



**HAL**  
open science

# Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle

Romain Suty

► **To cite this version:**

Romain Suty. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01733142

**HAL Id: hal-01733142**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733142>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THÈSE**



pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Romain SUTY**

le 03 octobre 2006

**ATTITUDE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
ENVERS LEUR PROPRE SANTÉ**

Enquête menée auprès de 530 médecins libéraux  
du département de Meurthe-et-Moselle

Examineurs de la thèse

Mr le Professeur François PAILLE  
Mr le Professeur Philippe CANTON  
Mr le Professeur Christophe PARIS  
Mr le Professeur Alain AUBREGE  
Mme le Docteur Fabienne EMPEREUR

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

---

**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Assesseurs :**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

**M. le Docteur François ALLA**

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

**M. le Professeur Marc BRAUN**

de la Vie Facultaire :

**M. le Professeur Bruno LEHEUP**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

---

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET  
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE  
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT  
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET

---

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

---

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

---

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)**

Professeur Alain LOZNIEWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Professeur Bernard FORTIER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)**

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation médicale*)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique*)**

Professeur François PAILLÉ – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE  
Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY  
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERRON – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur François ALLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Anne KENNEL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET  
RÉÉDUCATION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Docteur Jean PAYSANT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

-----

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS  
Monsieur Franck DALIGAULT

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

-----

**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**

Madame Tao XU-JIANG

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Alain AUBREGE  
Docteur Francis RAPHAEL  
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE  
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT  
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU  
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET  
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND  
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT**

**Monsieur le Professeur François PAILLE**

Professeur de Thérapeutique (option clinique)

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Vous qui nous avez manifesté votre confiance,  
c'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Philippe CANTON**

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous avons pu apprécier au cours de notre formation la qualité de vos enseignements.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Christophe PARIS**

Professeur de Médecine et Santé au travail

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Alain AUBREGE**

Professeur Associé de Médecine Générale

Pour avoir accepté avec enthousiasme de diriger ce travail.

Votre disponibilité et votre rigueur m'ont été précieux pour l'élaboration de ce travail.

Veillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance.

## **A NOTRE JUGE**

**Madame le Docteur Fabienne Empereur**

Médecin de Santé Publique, Praticien Hospitalier,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Pour votre collaboration, votre aide précieuse dans l'établissement du questionnaire, le recueil et l'analyse des données.

Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

A ma femme Mélanie, pour ton amour et ton soutien sans faille.

A mon fils Maxime, ma plus grande réussite.

A mes parents, pour leur relecture attentive et pour m'avoir encouragé pendant mes études.

A ma sœur Elisabeth, pour ses compétences linguistiques.

A mon frère François et mes sœurs Anne-Claire et Odile.

A ma famille.

A mes beaux-parents, pour m'avoir aidé dans la préparation et l'envoi des questionnaires.

A mes amis.

## SERMENT

*« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».*

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABBREVIATIONS.....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>21</b>
<b>ELEMENTS DE LA LITTERATURE MEDICALE.....</b>	<b>25</b>
A. Attitudes préventives des médecins.....	27
A1. Consommation de substances addictives.....	27
A1a. Tabagisme.....	27
A1b. Consommation d'alcool.....	31
A1c. Consommation de substances psychoactives illicites.....	33
A2. Vaccinations.....	34
A2a. Vaccination contre l'hépatite B.....	34
A2b. Vaccination contre la grippe.....	35
A3. Prévention cardio-vasculaire.....	36
A3a. Surveillance de la tension artérielle.....	36
A3b. Obésité.....	37
A3c. Pratique d'une activité physique.....	38
A3d. Dépistage du diabète.....	38
A3e. Dépistage des dyslipidémies.....	39
A4. Dépistage des cancers.....	40
A4a. Dépistage du cancer colo-rectal.....	40
A4b. Dépistage du cancer de la prostate.....	41
A4c. Dépistage du cancer du col de l'utérus.....	42
A4d. Dépistage du cancer du sein.....	43
B. Consommation médicale.....	44
B1. Consommation de tranquillisants, anxiolytiques.....	44
B2. Consommation d'antibiotiques.....	45
B3. Traitements de fond, maladies chroniques.....	46
B4. Consultations chez un confrère.....	48
B5. Automédication.....	49
B6. Arrêts de travail.....	50
C. Comportements de santé chez les médecins.....	51
C1. Le constat : il est difficile de se soigner soi-même.....	51
C2. Comment expliquer le comportement des médecins face à la maladie.....	52
C3. Comportement personnel et pratique professionnelle.....	53
C4. Conseils de santé.....	53

D. Abord des problèmes psychologiques liés à la profession.....	55
D1. Durée de travail, stress, vie professionnelle et familiale.....	55
D2. Burn-Out.....	57
D3. Dépression, suicide.....	59
D4. Présentation de programmes d'aide aux médecins.....	60
E. Mortalité des médecins.....	62
F. Quelques éléments statistiques dans la population française.....	63
F1. Consultations et consommation médicale.....	63
F2. Hygiène de vie.....	65
F3. Consommation de tabac, d'alcool, et autres addictions.....	65
F4. Comportements de prévention.....	67
<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>69</b>
<b>RESULTATS DE L'ENQUETE.....</b>	<b>74</b>
A- Profil des médecins interrogés.....	75
A1. Situation familiale.....	75
A2. Situation professionnelle.....	76
B. Facteurs de risque.....	77
B1. Tabac.....	77
B2. Alcool.....	79
B3. Autres conduites addictives.....	80
C. Prévention.....	81
C1. Vaccinations.....	81
C2. Facteurs de risque cardio-vasculaire.....	82
C3. Dépistages biologiques.....	83
C3a. Dosage de la glycémie à jeun.....	83
C3b. Dosage du LDL-cholestérol.....	84
C4. Dépistages spécifiques de cancers.....	85
D- Santé des médecins.....	86
D1. Suivi de la santé des médecins.....	86
D2. Maladies chroniques.....	87
D3. Traitements.....	88
E- Consommation de soins au cours de l'année 2005.....	89
E1. Taux de couverture par une mutuelle ou une complémentaire santé.....	89
E2. Consultation chez un médecin généraliste.....	89
E3. Consultation chez un psychiatre.....	90
E4. Consultation chez un gynécologue.....	90
E5. Consultation chez un spécialiste.....	91
E6. Consultation chez un dentiste.....	91
E7. Consommation médicamenteuse.....	92
E8. Arrêt de travail.....	93

F. Regard subjectif des médecins sur leur propre santé.....	95
F1. Prise en charge de leur santé.....	95
F2. Observance thérapeutique.....	96
F3. Hygiène de vie.....	97
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>98</b>
A. A propos de l'étude.....	99
A1. Echantillon.....	99
A1a. Age.....	99
A1b. Sexe.....	100
A2. Sélection de l'échantillon.....	101
A2a. Taille de l'échantillon.....	101
A2b. Biais de sélection.....	101
A3. Limites de l'étude.....	102
A3a. Nombre de réponses.....	102
A3b. Autoquestionnaire.....	102
B. Charge de travail et ses conséquences.....	103
B1. Temps de travail.....	103
B2. Relations entre vie professionnelle, vie familiale et de couple.....	104
B3. Conséquences psychologiques.....	104
C. Facteurs de risque.....	105
C1. Tabac.....	105
C2. Alcool.....	106
C3. Autres addictions.....	107
D. Prévention.....	108
D1. Vaccination.....	108
D1a. Hépatite B.....	108
D1b. Tétanos, diphtérie, poliomyélite.....	108
D1c. Grippe.....	109
D2. Hygiène de vie.....	110
D2a. Activité physique.....	110
D2b. Indice de masse corporelle.....	111
D3. Surveillance de la tension artérielle.....	111
D4. Surveillance biologique.....	112
D4a. Glycémie.....	112
D4b. Dyslipidémie.....	113
D5. Dépistage des cancers.....	114
D5a. Dépistage du cancer colo-rectal.....	114
D5b. Dépistage du cancer de la prostate.....	115
D5c. Dépistage du cancer du col utérin.....	115
D5d. Dépistage du cancer du sein.....	116

E. Consommation médicale.....	117
E1. Consommation en ressources humaines.....	117
E1a. Corrélation médecin traitant / médecin consulté.....	118
E1b. Consultation de médecins.....	118
E2. Consommation de soins.....	120
E2a. Corrélation traitements au long cours / maladies chroniques.....	120
E2b. Consommation médicamenteuse.....	120
E3. Arrêt de travail.....	121
F. Facteurs influençant les comportements de santé des médecins.....	122
F1. Facteurs influençant la prise en charge de leur santé personnelle.....	122
F2. Facteurs influençant leur observance thérapeutique.....	123
F3. Facteurs influençant leur hygiène de vie.....	124
G. Solutions proposées.....	125
G1. Par les médecins interrogés.....	125
G2. Exemples internationaux.....	126
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>127</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>131</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>137</b>
A. Questionnaire.....	138
B. Tableaux et graphiques complémentaires.....	142
C. Commentaires libres des médecins interrogés.....	153
<b>CITATIONS LITTÉRAIRES.....</b>	<b>162</b>

# LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé  
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
ATCD : antécédent(s)  
ATCD F : antécédent(s) familial(aux)  
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France  
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
DLP : dyslipidémie  
DNID : diabète non insulino-dépendant  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques  
FMC : formation médicale continue  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HTA : Hypertension artérielle  
IMC : Indice de masse corporelle  
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.  
INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques  
InVS : Institut national de veille sanitaire  
MG : médecin(s) généraliste(s)  
PSA : *prostate specific antigen*. (antigène spécifique de la prostate)  
TA : tension artérielle  
THS : traitement hormonal substitutif  
URMLB : Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne

« Médecin, guéris-toi toi-même. »

**La Bible**, Evangile de Jésus-Christ selon Saint Luc (4, 23)

# **Introduction générale**

Bavarde dans ses descriptions des maladies, dans ses évaluations des bénéfices et risques des procédures de soins pour les patients, la littérature médicale garde en revanche un silence pesant sur les maladies qui frappent les médecins eux-mêmes et sur leurs comportements envers leur santé. La France, bien que disposant d'une médecine réputée, est un des pays où les difficultés des médecins ont été les moins étudiées.

Pourquoi s'intéresser au « dossier médical » du médecin ? Celui du malade est sacré et la loi le protège. Pourquoi avoir un regard différent sur celui du médecin malade ?

La maladie des médecins a toujours eu une signification particulière et attiré la satire. François Rabelais disait : « il y a plus de vieux ivrognes que de vieux médecins » (Gargantua). Pour Montaigne, la maladie du médecin est un scandale : « Quoy, eux- mesmes nous font-ils voir de l'heur et de la durée en leur vie, qui nous puisse témoigner quelque apparent effet de leur science ». Tandis que Voltaire affirmait qu' « il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse » (31).

La maladie du médecin ainsi se tait. Afficher sa maladie, c'est afficher ses faiblesses. Le médecin n'a pas le droit d'être malade, sinon il est discrédité. Comment un médecin qui sait sa vulnérabilité physique peut-il inspirer la confiance nécessaire à ses patients ?

A la fin de sa vie, Freud atteint d'un cancer n'inspire plus cette confiance et sa clientèle diminue : « Il est compréhensible que les malades ne se précipitent pas chez un analyste d'un âge offrant si peu de garanties ». Son comportement face à la maladie est d'ailleurs assez conforme au modèle retracé chez les malades - choc devant l'annonce du diagnostic avec désir de suicide, dénégation avec recours aux multiples soins, dépression, acceptation de la maladie – avec certaines particularités propres aux médecins comme le refus de l'analgésie par crainte des effets secondaires des morphiniques. Cet exemple illustre l'interférence que cause le savoir médical entre le médecin, sa maladie, et ses thérapeutiques. Bien que se croyant condamné à mourir devant l'annonce du cancer et voulant mettre fin à ses jours, Freud vivra 17 ans après 33 opérations ! Le médecin à la fois producteur et consommateur de soins perd toute objectivité et raisonne entre le « ça passera » et « c'est un cancer » (64).

Dans un article du British Medical Journal, un médecin israélien rapporte l'histoire de son chef de service, qui, présentant une symptomatologie sévère de RGO non contrôlée par les médicaments, se fait réaliser un ECG « au cas où »... Malgré un tracé montrant une souffrance myocardique en territoire inférieur, il décide de garder l'ECG et de le montrer à un cardiologue à l'occasion, afin qu'il l'envoie éventuellement aux urgences... Peu de temps après, l'auteur est lui-même à son tour victime de violentes douleurs abdominales avec une défense, mais ignore la gravité des symptômes. Il pense qu'il est honteux pour un (jeune) interniste de se montrer dans le service d'urgences de son hôpital. Il consulte finalement un chirurgien, mais arrive à convaincre ce dernier que ce n'est qu'une simple gastro-entérite. Il se prescrit lui-même des antibiotiques, et comme il va mieux, les arrête au bout de trois jours et retourne au travail. Le soir-même, son état empire, et sa femme insiste pour qu'il aille consulter. Le chirurgien lui diagnostique alors une diverticulose avec abcès péri-colique, et lui impose six jours d'antibiotiques en IV avec deux semaines d'hospitalisation (les pires de sa vie). Il conclut ainsi qu'« un médecin qui se soigne lui-même est un mauvais médecin » (54).

Nombreux sont les exemples de médecins qui, confrontés un jour à la maladie, font de belles erreurs d'autodiagnostic. D'autres exemples illustrent le sentiment difficile pour un médecin de se retrouver de l'autre côté de la barrière, et le comportement particulier qui s'en suit.

Un médecin généraliste français raconte l'histoire de l'un de ses confrères qui autodiagnostique son mal mais en ajoutant : « j'avais besoin qu'un autre me confirme ma première impression diagnostique » (64). Le médecin, même lorsqu'il sait, a peut-être ainsi besoin de faire authentifier, de faire légitimer sa maladie, pour pouvoir jouer le rôle de malade. « Cela m'a frappé. J'étais devenu pour la première fois un patient ». Il ajoute que, bien qu'il s'agisse d'une maladie commune, elle est rendue exceptionnelle du fait de son statut. L'annonce de la chirurgie l'angoisse car il en connaît le scénario et les complications possibles, il connaît même le chirurgien et ses défauts. La période post-opératoire est aussi révélatrice : « j'ai pu facilement passer cette première journée sans narcotiques, ce qui m'a renforcé ma conviction de docteur que nous en prescrivons trop ». Or la tendance actuelle est de dire que les douleurs sont plutôt mal soulagées. Puis la convalescence du médecin est courte, pour des raisons financières et de fierté : « il est certain que l'absence de revenu pendant près d'un mois a joué un rôle déterminant dans la longueur de ma convalescence ». Fierté d'être meilleur que les autres ? Fierté de l'exemple ? Chez les médecins, cette volonté de reprendre rapidement le travail est-elle un aveu de sentiment de vulnérabilité face à la

maladie, une perte de dignité ? Beaucoup mettront en avant la charge de travail, déjà importante, qui s'accumule en leur absence, la responsabilité vis-à-vis de leurs patients, l'image négative du médecin-malade qui s'arrête de travailler, ou bien au contraire l'image héroïque du médecin-malade qui assure ses consultations pour s'occuper de ses patients.

Tous ces exemples illustrent combien il est difficile de cerner le comportement si particulier des médecins face à leur maladie. La presse médicale ne s'intéresse que peu à ce sujet, tout au plus ne rapporte-t-elle que quelques anecdotes afin de divertir ses lecteurs. Peut-être parce que les médecins eux-mêmes sont peu regardants envers leur propre santé et en parlent peu. En effet, au niveau individuel, le médecin malade consulte parfois, mais cette consultation ne s'ébruite pas : il consulte volontiers son milieu si la maladie n'est pas «honteuse», et toujours un autre milieu dans le cas contraire, surtout s'il s'agit de maladies psychiatriques (64). La maladie mentale est-elle toujours aussi incomprise qu'à une lointaine époque, même chez les médecins ? La stigmatisation de l'étiquette psychiatrique, la difficulté de la confidentialité de son dossier rendent le médecin très réticent au recours psychiatrique. Il existe ainsi certainement une sous-évaluation statistique. Niant sa maladie, échappant à la thérapie, le médecin malade devient une cible difficile à identifier. La société ne tient d'ailleurs pas à savoir que ses médecins sont malades, réalisant ainsi une double conspiration du silence.

De nombreux facteurs influencent donc les comportements des médecins face à leur propre santé. Le rôle de patient est difficile à tenir pour un médecin. Il s'agit d'un sujet à la fois passionnant et délicat, dont nous avons tenté de percer les secrets. Après une étude de la littérature médicale nationale et internationale, nous avons analysé ces comportements à travers une enquête menée auprès de 530 médecins généralistes libéraux du département de Meurthe-et-Moselle, puis nous les avons comparés à ceux de la population générale et des médecins français et étrangers.

# **Éléments de la littérature médicale**

Quelques études françaises s'intéressent à l'hygiène de vie des médecins, et à leur attitude préventive.

Les « Baromètres Santé Médecins Généralistes » 94/95 (06), 98/99 (07) et 2003 (08) de l'INPES analysent et commentent les réponses de 2000 généralistes, et aussi de 1000 pharmaciens d'officine pour l'année 2003. Les principaux thèmes abordés sont : leurs pratiques préventives, leurs opinions et leur comportement personnel en matière de santé, mais aussi le dépistage chez leurs patients des cancers, du VIH et de l'hépatite C, les vaccinations, la prise en charge et le traitement des problèmes d'addiction. Ce ne sont donc pas des études s'intéressant à la santé des médecins proprement dite, mais plutôt à leur comportement personnel en matière de prévention en corrélation avec l'éducation de leur patient et leur pratique préventive.

Deux études s'intéressent uniquement au tabagisme des médecins français : une étude prospective sur 25 ans réalisée par Fréour et Tessier (39), et le centre de tabacologie du CHU de Poitiers qui a interrogé 369 médecins de la Vienne (17).

Une étude régionale assez conséquente sur les médecins bretons et leur santé, dirigée par Levasseur (50), a deux objectifs : description de la santé physique et mentale des médecins, et comparaison des médecins en fonction de leurs conditions d'exercice, et de leur satisfaction dans divers aspects de la vie professionnelle.

Les autres sources françaises proviennent de cinq thèses de médecine générale : une sur le tabagisme des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 1991 (Criton, 25), et quatre sur le comportement de santé des médecins (43, 52, 56, 62).

La littérature anglo-saxonne et nordique est plus complète, avec des études sur la mortalité des médecins, sur leurs problèmes psychiatriques et d'addiction, et sur leur comportement vis-à-vis de la maladie. Estryn-Behar compile dans son excellent ouvrage (33) de nombreuses études internationales sur les risques professionnels et la santé des médecins.

## **A. Attitudes préventives des médecins**

### **A1. Consommation de substances addictives**

#### **A1a. Tabagisme**

Le tabagisme est la première cible de prévention de mortalité cardio-vasculaire dans les plans nationaux de santé publique et aussi le sujet certainement le plus étudié en ce qui concerne le comportement des médecins.

Selon Brucker et Josseran (15) les médecins français fument autant que leurs patients. Les auteurs s'appuient sur les travaux de Fréour et Tessier (39) dans lesquels le taux de tabagisme est de 66% en 1966 chez les médecins pour décroître de 1 à 2 % par an, et sur les résultats du Baromètre Santé Médecins Généralistes 98/99 (07) avec un taux de 32%. La consommation de tabac chez les médecins généralistes français suit de près celle de la population générale, alors que dans d'autres pays la prévalence du tabagisme est bien inférieure (notamment en Europe du Nord et aux USA).

Pourtant, Arènes *et al*, les auteurs du Baromètre précédemment cité, tirent une autre conclusion en comparant les chiffres à ceux de la population générale, puisque la population médicale n'est pas la même en terme de répartition des âges (28-76 ans contre 18-75 ans) et de sexe (79.3% d'hommes). En standardisant les données ils trouvent des différences significatives entre la population générale masculine (36.4% de fumeurs réguliers) et celle des médecins (29.4%) ( $p < 0.001$ ). De plus, même s'ils sont autant à fumer régulièrement que l'ensemble des « cadres et professions intellectuelles supérieures », ils fument moins en quantité avec une moyenne de 8.2 cigarettes par jour contre 14.3 chez les cadres (après standardisation).

Dans le Baromètre santé de 2003 (08), le taux de fumeurs chez les médecins généralistes est même passé de 32.1 à 28.8%.

On peut lire aussi dans le Quotidien du médecin (24) (qui reprend les chiffres du 5<sup>ème</sup> Baromètre Santé Médecins et Pharmaciens 2003), les mêmes conclusions : les médecins généralistes libéraux donnent l'exemple avec un quart de fumeurs en moins en 10 ans, et un taux plus bas de fumeurs que dans la population générale.

Deux études récentes retrouvent des chiffres similaires :

Chabaud *et al* (17) ont réalisé une étude dans la Vienne en 2004. Sur 369 médecins interrogés, 257 ont répondu. Ils retrouvent un taux de fumeurs toutes catégories confondues de 26%, et un taux de fumeurs réguliers de 16%.

Entre novembre 2002 et avril 2003, Levasseur (50) recense 27% de fumeurs parmi les généralistes d'Ille-et-Vilaine, du Finistère et du Morbihan, ainsi que parmi les anesthésistes d'Ille-et-Vilaine et les spécialistes bretons (soit une population de 1776 médecins dont 1316 généralistes).

Les autres données statistiques proviennent de 5 thèses relativement récentes.

En 1991, Criton (25) étudie le tabagisme des généralistes de Meurthe-et-Moselle. Il note un taux de 29.5% de fumeurs et 31.3% d'anciens fumeurs. Il existe une prépondérance masculine (32.3% de fumeurs contre 17.4% de fumeuses). Les jeunes sont moins nombreux à fumer (71% de non-fumeurs parmi les moins de 35 ans).

En 1999, Maulbecker (52) retrouve 23% de fumeurs et 29% d'anciens fumeurs parmi les 268 généralistes du Bas-Rhin ayant répondu. Les médecins alsaciens semblent figurer parmi les bons élèves : 5 ans plus tôt, ils étaient 21.6% d'hommes fumeurs et 12.5% de fumeuses.

En 2002, Roumane (62) dans son enquête en Ille-et-Vilaine (Bretagne) retrouve un taux de 21% de fumeurs sur les 236 médecins répondants, avec 29.4% d'anciens fumeurs.

Paradoxalement, en 2003, Le Roy (49) retrouve 32 % de médecins qui fument parmi 204 dans la même région, en Bretagne.

En 2004, Nouger (56) retrouve à Poitiers seulement 14.5% de fumeurs et 39.2% d'anciens fumeurs dans sa population de 255 médecins répondants sur 420, alors que précédemment nous avons cité en 2004 dans le même département (17) un taux de 26% fumeurs (réguliers ou occasionnels) et 16% de fumeurs réguliers : comment expliquer cette différence ? La composition de l'échantillon de Nouger est très féminine : 31 % de femmes, soit environ 10% de plus par rapport aux autres populations étudiées. Chabaud *et al* se sont intéressés aux médecins hospitaliers, mais il n'est pas dit qu'il y ait une différence de comportement entre médecins hospitaliers et libéraux.

Chacune de ces études constate que la prévalence du tabagisme semble augmenter avec l'âge, et que les hommes fument plus que les femmes. Si l'on prend des études comparables, c'est-à-dire les Baromètres Santé Médecins Généralistes 94/95, 98/99 et 2003, la prévalence du tabagisme tend à diminuer, même si ces différences ne sont pas statistiquement significatives d'une étude à l'autre.

Tableau 1 : Prévalence du tabac chez les médecins français

Auteur Année	Population	Taux de fumeurs	Taux d'anciens fumeurs	Taux d'hommes fumeurs	Taux de fumeuses
Chaubaud <i>et al</i> 2004 (17)	257 médecins hospitaliers (Vienne)	26%	30%	NR	NR
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne) hommes = 69%	14.5%	39.2%	NR	NR
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne) hommes = 78%	32%	NR	NR	NR
Baromètre 2003 (08)	2057 MG (France) hommes = 79%	28,8%	NR	NR	NR
Levasseur 2002/03 (50)	1776 dont 1316 MG (Bretagne)	27%	NR	NR	NR
Roumane 2002 (63)	236 MG (Ille-et-Vilaine) hommes = 74%	21%	29.4%	NR	NR
Maulbecker 1999 (52)	268 MG (Bas Rhin) hommes = 83%	23%	29%	23%	20%
Baromètre 1998/99 (07)	2073 MG (France) hommes = 80%	32.1% au total. 27.9% de réguliers. <40 ans : 28.9% 41 à 50 ans : 35.0% >51 ans : 30.2%	NR	33.9% (29.4% de réguliers)	25.4% (22.0% de régulières)
Baromètre 1994/95 (06)	1013 MG (France)	34.0% au total 29.3% de réguliers	NR	30.9% de réguliers	22.1% de régulières
Criton 1991 (25)	521 MG (Meurthe-et- Moselle)	29.5%	31.3%	NR	NR
Freour, Tessier 1966 (39)	France	NR	NR	66%	NR

Le tabagisme a fortement diminué parmi les médecins des pays nordiques et anglo-saxons. D'une manière générale, les jeunes et les femmes sont moins nombreux à fumer.

Au Royaume-Uni, Doll *et al* (29) ont réalisé une étude prospective durant 40 ans sur la mortalité en relation avec les habitudes tabagiques des médecins. Ils ont montré que la moitié des fumeurs réguliers de cigarettes mourront d'une affection liée au tabac. Dans le même temps, la proportion de fumeurs parmi les survivants après 40 ans était passée de 62 à 18%.

Aux Etats-Unis, les médecins et les infirmières ont largement diminué leur consommation de tabac entre 1974 et 1991, passant de 19% à 3% de fumeurs réguliers (55). L'étude de Franck E. *et al en 1998* (36) s'intéresse aux bonnes habitudes de santé des femmes médecins, et notamment concernant le tabagisme : 4% de fumeuses, contre 8% chez les femmes de statut équivalent, et 25% dans la population générale.

De même, en Allemagne en 1998 (60), les médecins sont de moins en moins nombreux à fumer, et se situent en dessous de la moyenne par rapport à la population générale.

Il existe une différence de comportement dans les pays du Sud, la prévalence du tabagisme chez les médecins étant autant voire plus élevée que dans la population générale. C'est le cas d'études espagnoles, mexicaines ou encore tchèques. En Bosnie-Herzégovine (59), presque la moitié des médecins de famille sont fumeurs.

Estryn-Behar (33) rapporte de nombreuses études de plusieurs pays.

Tableau 2 : Prévalence du tabagisme des médecins

Pays Année	Population	Pourcentage de fumeurs
Etats-Unis 1998 (36)		4% de fumeuses
Etats-Unis 1992 (33)	5664 médecins	3.9% de fumeurs consommant plus de 10 cigarettes/jour
Etats-Unis 1991 (55)		3% de fumeurs réguliers
Angleterre 1989 (33)	4000 généralistes	9% hommes = femmes
Norvège 1997 (33)		14% des hommes, 8% des femmes
Suède 1999 (33)	1004 généralistes	5% parmi les moins de 45 ans
Espagne, Madrid 1999 (33)	femmes médecins et infirmières	43.1% des madrilènes
Mexique 1997 (33)	3568 médecins, 66% d'hommes	27%

## A1b. Consommation d'alcool

Ici aussi les données disponibles proviennent essentiellement des Baromètres Santé Médecins Généralistes à l'initiative du CFES (Comité Français d'Education pour la Santé).

Dans le baromètre 1994/95 (06), ils sont 27.4% à avoir une consommation d'alcool régulière (tous les jours ou 3 à 5 fois par semaine), 40.5% à avoir une consommation occasionnelle (1 à 2 fois par semaine, ou le week-end seulement).

En 1998/99 (07), environ 30% des médecins ont une consommation régulière et 40% occasionnelle. Comme pour le tabac, il existe des différences de comportement selon le sexe et l'âge. Les hommes sont plus nombreux à avoir une consommation d'alcool régulière (34%), et presque la moitié parmi eux en consomment tous les jours. Les femmes sont quant à elles seulement 14% à avoir une consommation régulière : leur mode de consommation d'alcool est occasionnel ou exceptionnel. La consommation quotidienne d'alcool augmente progressivement selon la tranche d'âge : 6.4% chez les moins de 40 ans, 15.7% de 41 à 50 ans, et 27.7% chez les plus de 50ans.

En 2003 (08), la consommation est régulière pour 30.3% des généralistes. La consommation est avant tout masculine et augmente avec l'âge. Depuis 1998, la consommation d'alcool est restée stable parmi les généralistes.

Dans le Bas-Rhin en 1999 (52), 81% des généralistes sont consommateurs d'alcool, 16% quotidiens, 47% occasionnels.

En Bretagne en 2002 (62), ils sont 16% à consommer quotidiennement, 28 % au total plusieurs fois par semaine et 50% occasionnellement.

Dans la Vienne en 2004 (56), 35.7% consomment occasionnellement, 27.1% régulièrement (17% consomment tous les jours).

Deux études bretonnes ne se sont intéressées qu'à la consommation d'alcools forts. Pour Levasseur en 2003 (50), 10% des généralistes consomment quotidiennement des alcools forts contre 2.8% dans la population générale en 2000 (12). La même année, Le Roy (49) a retrouvé moins de 10% de consommateurs réguliers, mais 61% de consommateurs occasionnels.

Dans beaucoup d'études, les auteurs émettent la probabilité d'une sous-estimation de la consommation, ce sujet étant sensible dans l'opinion publique. A catégorie socioprofessionnelle équivalente, les médecins semblent cependant moins consommer selon les Baromètres Santé 94/95 et 98/99.

Tableau 3 : Consommation d'alcool chez les médecins français

Auteur Année	Population	Taux de consommateurs réguliers (au moins 3 fois par semaine)	Taux de consommateurs occasionnels (1 à 2 fois par semaine)
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	27.1% (16.9% tous les jours)	35.7% (16.9% le week-end)
Baromètre 2003 (08)	2057 MG	30.3 %	<i>NR</i>
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	moins de 10 % consomment régulièrement des alcools forts	60.8% consomment occasionnellement des alcools forts
Levasseur 2002/03 (50)	1776 dont 1316 MG (Bretagne)	10 % consomment régulièrement des alcools forts	<i>NR</i>
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et- Vilaine)	28.2% (15.9% tous les jours)	49.8%
Maulbecker 1999 (52)	268 MG (Bas-Rhin)	16% tous les jours dont 73% 1 verre par jour	47%
Baromètre 1998/99 (07)	2073 MG	29.9% - hommes : 33.8% - femmes : 14.9% <40 ans : 6,4% 41 à 50 ans : 15.7%, >50ans : 27.7%	41.4%
Baromètre 1994/95 (06)	1013 MG	27.5% 15.2% tous les jours	40.5%

Une étude sur les conduites addictives chez les médecins hospitaliers de Caroline du Nord (USA)(40) a révélé que sur 233 médecins titulaires (dont 15% de femmes), 9% présentaient des problèmes de dépendance. En revanche, ils sont 41% parmi les 34 médecins-assistants interrogés (dont 37% de femmes). En premier lieu on énumère les problèmes d'alcool, puis en second la consommation d'opiacés. Les médecins de plus de 55 ans sont ceux qui ont le plus de dépendances.

### **A1c. Consommation de substances psychoactives illicites**

On ne retrouve pas de statistiques sur les consommations de substances illicites chez les médecins en France. Cependant, selon le Baromètre Santé Médecins Généralistes 98/99 (07), la position des médecins est d'autant plus permissive qu'ils sont concernés à titre personnel ou professionnel par la consommation de substances psychoactives. Ainsi, si très peu de généralistes (12.9%) sont d'accord avec l'affirmation « *la drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie* », cette proportion augmente significativement lorsque l'omnipraticien consomme régulièrement de l'alcool et du tabac. De la même façon, si un médecin sur cinq adhère à l'affirmation « *il faut mettre les drogues douces en vente libre* », on remarque une augmentation du pourcentage d'agrément chez les médecins voyant au moins un héroïnomane par mois (27.1% versus 18.1% pour ceux qui n'en voient pas) et consommant du tabac et de l'alcool.

Nous n'avons pas non plus retrouvé de chiffres précis dans la littérature internationale, mais il existe de nombreuses études traitant des problèmes de dépendances aux opiacés et aux psycholeptiques chez les médecins.

## A2. Vaccinations

### A2a. Vaccination contre l'hépatite B

Selon l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, cette vaccination est obligatoire pour les professionnels de santé (47). Pourtant, les chiffres montrent un taux de couverture vaccinale qui pourrait être amélioré, en particulier parmi les médecins de plus de 50 ans.

Les médecins de moins de 40 ans montrent l'exemple. Ainsi dans le Baromètre Santé Médecins Généralistes 98-99 (07), 87.5% des médecins (tous âges confondus) sont vaccinés, et cette proportion monte à 96% en ne considérant que les médecins de moins de 40 ans.

Dans les autres études, le taux global de vaccination des médecins est légèrement plus bas, compris entre 81 et 84% (49, 50, 52, 62), avec une exception pour l'étude de 2004 dans la Vienne (67.8%) (56).

Tableau 4 : Taux de vaccination contre l'hépatite B chez les médecins français

Auteur Année	Population	Taux de vaccination
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	67.8%
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	82.4%
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine)	83.8% - <50 ans : 86.8% - >50 ans : 79.8%
Levasseur 2002/03 (50)	1776 dont 1316 MG (Bretagne)	81% - <40 ans : 87.7% - 41-50 ans : 83.3% - >50 ans : 59.3%
Maulbecker 1999 (52)	268 MG (Bas-Rhin)	84% et 0.74% ont eu la maladie
Baromètre 1998/99 (07)	2073 MG	87.5% (dont 0.8% ont eu la maladie) - <40 ans : 96% - 41-50 ans : 87.3% - >50 ans : 76.9%
Baromètre 1994/95 (06)	1013 MG	79.6% (dont 1.4% ont eu la maladie) >50 ans : 60.4%

## A2b. Vaccination contre la grippe

Le vaccin contre la grippe n'est pas obligatoire mais fortement recommandé chez les professionnels de santé (47). Selon les études, le taux de vaccination durant l'hiver précédant l'enquête varie de 56 à 67%.

Tableau 5 : Taux de vaccination contre la grippe chez les médecins français

Auteur Année	Population	vaccination hiver précédent
Baromètre 2003 (08)	2 057 MG	63.2 %
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	63.7%
Levasseur 2002/03 (50)	1776 dont 1316 MG (Bretagne)	62%
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine)	67.1%
Maulbecker 1999 (52)	268 MG (Bas Rhin)	56%

### A3. Prévention cardio-vasculaire

#### A3a. Surveillance de la tension artérielle

Peu de chiffres sont disponibles puisqu'on ne retrouve aucune étude à l'échelon national, mais seulement des enquêtes réalisées en vue de thèses.

Selon Nougier (56), dans la Vienne en 2004, 88.6% des médecins généralistes se sont fait contrôler leur TA dans les deux années précédentes. En 2003 en Bretagne (49), en 2002 dans l'Ille-et-Vilaine (62) et en 1999 dans le Bas-Rhin (52), ce sont environ deux tiers des médecins qui contrôlent leur TA au moins une fois par an. A noter que dans l'étude de Le Roy en Bretagne (49), les médecins n'ont pu répondre que par « au moins une fois par an » ou bien « jamais ».

Tableau 6 : Fréquence de surveillance de la TA chez les médecins français

Auteur Année	Population	Au moins une fois par an	Moins d'une fois par an	jamais
Nougier 2004 (56)	255 MG (Vienne)	88.6%	<i>NR</i>	<i>NR</i>
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	66%	<i>NR</i>	25%
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et- Vilaine)	63%	37%	<i>NR</i>
Maulbecker 1999 (52)	268 (Bas-Rhin)	63%	32%	5%

### A3b. Obésité

Selon Roumane (62), en 2002 en Ille-et-Vilaine, environ deux tiers des hommes et des femmes ont un poids normal. Presque 30% des hommes présentent une surcharge pondérale contre seulement 7% des femmes. Par contre, il y a plus d'obésité parmi les femmes (7%) que parmi les hommes (2%). Selon Nouger (56) dans la Vienne en 2004, 62% des médecins ont un poids normal, 31% présentent une surcharge pondérale et 4% une obésité.

Tableau 7 : Indice de Masse Corporelle (IMC) des médecins français

Année Auteur	Population	Maigreur IMC<19	Poids normal 19<IMC<24.9	Surcharge pondérale 25<IMC<29.9	Obésité IMC>30
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	5.4%	61.9%	31.4%	3.9%
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine)	H = 2.3% F = 16.9%	H = 65.5% F = 69.5%	H = 29.9% F = 6.8%	H= 2.3% F= 6.8%

### A3c. Pratique d'une activité physique

Selon l'étude bretonne de 2003 (50), près de trois médecins sur quatre ont une activité physique régulière.

En 1999 dans le Bas-Rhin (52), 8% font du sport au moins 1 fois par semaine, et 33% 3 fois par semaine. En Bretagne en 2003 (49), ce sont 70% qui ont une activité physique régulière, 37% 3 fois par semaine. Enfin, dans la Vienne en 2004 (56), 55.3% des médecins pratiquent régulièrement un sport, sans différence significative selon l'âge et le sexe.

Tableau 8 : Pratique sportive chez les médecins français

Auteur Année	Population	Activité physique régulière	jamais ou rarement
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	55.3% 58% des hommes, 49.4% des femmes	43.9%
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	70% au total 37.3% en pratiquent 3 fois par semaine	NR
Levasseur 2002/03 (50)	1776 dont 1316 MG (Bretagne)	activité régulière : 3/4	NR
Maulbecker 1999 (52)	268 MG (Bas-Rhin)	2/3 au total 1/3 en pratiquent 3 fois par semaine	1/3

### A3d. Dépistage du diabète

Seul Nouger (56) s'est intéressé au dépistage biologique du diabète. Selon lui, en 2004 dans la Vienne, 87.8% des médecins ont déjà réalisé une glycémie à jeûn et 12.2% n'en ont jamais réalisé. Parmi ceux qui l'ont réalisée, 86.6% l'ont fait dans les 3 dernières années précédant l'étude. Les autres thèses ne s'intéressent pas à ce paramètre mais seulement aux examens biologiques dans leur ensemble, sans précision, hormis pour la cholestérolémie.

Tableau 9 : Fréquence de dépistage du diabète chez les médecins français

Auteur Année	Population	dépistage fait au moins 1 fois	jamais
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	87.8% dont 86.6% les 3 années précédentes 78% des moins de 40 ans 87.3% des 40-49 ans 92.9% des plus de 50 ans	12.2%

### A3e. Dépistage des dyslipidémies

Selon Maulbecker (52), dans le Bas-Rhin en 1999, 17% des médecins présentent une hypercholestérolémie, et « seulement » 73% des médecins ont déjà contrôlé leur taux, ce qui laisse entendre une possible sous-estimation du pourcentage de médecins atteints d'une hypercholestérolémie.

En 2002 en Ille-et-Vilaine, selon Roumane (62), 89.8% des médecins ont déjà contrôlé leur taux de cholestérol. 38.4% présentent un taux élevé : parmi eux, un quart n'a pas modifié ses habitudes alimentaires.

En 2004 dans la Vienne, selon Nouger (56) 24.7% ont une hypercholestérolémie, 92.9% ont déjà contrôlé leur taux de cholestérol et parmi ceux-ci 81% dans les trois dernières années (pas de différence significative de comportement entre les deux sexes).

Tableau 10 : Fréquence de dépistage des dyslipidémies chez les médecins français

Auteur Année	Population	Médecins présentant une dyslipidémie	Médecins ayant réalisé un dépistage de dyslipidémie
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	24.7% 26.2% des hommes 21.5% des femmes	92.9% au total 81% il y a moins de 3 ans
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine)	38.4%	89.8%
Maulbecker 1999 (52)	268 MG (Bas Rhin)	17% 18% des hommes, 11% des femmes	73%

## A4. Dépistage des cancers

### A4a. Dépistage du cancer colo-rectal

Selon le Baromètre santé médecins généralistes 2003 (08), la recherche de sang occulte dans les selles, réalisée par 7.4 % des médecins interrogés, est plus répandue parmi les hommes (8.4 %) et parmi les médecins de 51 ans ou plus (11.9 %).

Dans l'étude de Nouger (Vienne, 2004) (56), 7.1% des médecins ont réalisé une recherche de sang occulte dans les selles, avec un pourcentage doublé parmi les plus de 50 ans. Ceux qui ont un antécédent familial ne sont en revanche pas plus nombreux à avoir réalisé une recherche de sang occulte dans les selles.

16.1% ont réalisé une coloscopie parmi toutes les tranches d'âge, 26.3% des plus de 50 ans, et 43.9% de ceux qui ont un antécédent familial de cancer colo-rectal. Il existe une différence significative entre les deux sexes puisque les hommes sont plus nombreux à avoir réalisé une coloscopie (19.3% contre 8.9%).

L'ANAES a recommandé, en janvier 1998, le dépistage de masse du cancer colo-rectal parmi les personnes âgées de 50 à 74 ans, sans facteur de risque de cancer, par recherche de sang occulte dans les selles grâce au test Hémocult®II tous les 2 ans, avec lecture centralisée des tests et coloscopie en cas de test positif (53).

Tableau 11 : Fréquence de dépistage du cancer du colon chez les médecins français

Auteur Année	Population	Recherche de sang dans les selles	Coloscopie
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	7.1% 14.1% des > 50 ans 10.3% si ATCD familial	16.1% 26.3% des > 50 ans 43.9% si ATCD familial
Baromètre 2003 (08)	2 057 MG	7.4 % 8.4 % des hommes 11.9% des hommes >50ans	<i>NR</i>

## A4b. Dépistage du cancer de la prostate

Seul Nouger (56) donne des chiffres sur les médecins qui pratiquent le dépistage individuel du cancer de la prostate.

Parmi les hommes de 50 ans et plus, les deux tiers ont déjà dosé leur taux de PSA (dont 80% moins d'un an auparavant), et un tiers a eu un toucher rectal (dont la moitié moins d'un an auparavant).

Parmi les hommes qui ont un antécédent familial de carcinome prostatique, 60% ont déjà dosé leur PSA (dont 89% dans l'année) et un quart a eu un toucher rectal (100% dans l'année).

Tableau 12 : Fréquence de dépistage du cancer prostatique chez les hommes médecins français

Auteur Année	Population	Dosage PSA	Toucher rectal
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne) hommes =69%	39.2% des hommes en ont fait  - plus de 50 ans : 65.5% (dont 80% < 1an) - ceux qui ont un ATCD : 60% (dont 88.9% < 1an)	22.1% en ont fait (dont 48% < 1 an) - plus de 50 ans : 34.1% (dont 53.6% < 1 an) - ceux qui ont un ATCD : 26.6% (dont 100% < 1an)

#### A4c. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Selon le Baromètre santé 2003 (08), 80.9% des femmes ont fait leur dernier frottis il y a moins de trois ans. Pour Nouger (56), elles sont 88.6% des femmes.

En 1999 dans le Bas-Rhin selon Maulbecker (52), 57% des femmes ont un frottis datant de moins de 2 ans, 17% de deux à quatre ans, et 17% de plus de quatre ans.

En Bretagne, en 2002 selon Roumane (62), 53.4% des femmes médecins ont un frottis de moins de 2 ans, 35.6% entre 2 et 4 ans.

En 2003 selon Le Roy (49), 64.4% des femmes ont un frottis de moins de deux ans, et 29.9% entre deux et quatre ans.

Les recommandations de l'ANAES (1998) préconisent un dépistage par frottis cervico-vaginal tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (53).

Tableau 13 : Fréquence de réalisation de frottis chez les femmes médecins françaises

Auteur Année	Population	Frottis réalisé il y a moins de 3ans
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne) femmes = 31%	88.6%
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne) femmes = 22%	64.4% (moins de 2 ans)
Baromètre 2003 (08)	442 femmes MG	80.9 %
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine) femmes = 26%	53.4% (moins de 2 ans)
Maulbecker 1999 (52)	46 femmes sur 268 MG (Bas-Rhin)	57% (moins de 2 ans)

#### A4d. Dépistage du cancer du sein

Seulement deux études s'y intéressent.

Dans le Baromètre santé 2003 (08), la dernière mammographie date de moins de trois ans pour 65.2% des femmes médecins.

Dans la Vienne en 2004 (56), les chiffres sont comparables avec 62% des femmes généralistes qui ont déjà fait une mammographie, dont plus de 8 sur 10 dans les 3 dernières années. Parmi les femmes de plus de 50 ans, plus de 9 sur 10 en ont réalisé une. Parmi les femmes de plus de 50 ans qui font des mammographies, 1 sur 5 la fait tous les ans, 2 sur 3 tous les 2 ans. Celles qui ont un antécédent familial ont toutes réalisé une mammographie de dépistage.

Les thèses de 1999 (52), 2002 (62) et 2003 (49) ne s'intéressent pas au dépistage du cancer du sein par mammographie. Ce système s'est implanté entre 1989 et 1999 dans 32 départements, et s'est généralisé à partir d'octobre 2001. Il concerne les femmes de 50 à 74 ans (sans antécédents) pour le dépistage de masse organisé, mais plus précocement dans des cas particuliers (antécédents personnels et familiaux notamment) (53, 57).

Tableau 14 : Fréquence de dépistage du cancer du sein chez les femmes médecins françaises

Auteur Année	Population	Réalisation de mammographies
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne) femmes = 31%	62% en ont déjà fait une 93.3% des femmes >50ans 21.4% des plus de 50 ans la font 1 fois/an 64.3% tous les 2 ans 100% de celles qui ont un ATCD familial en ont fait une
Baromètre 2003 (08)	442 femmes MG	la dernière date de moins de 3 ans pour 65.2%

## B. Consommation médicale

### B1. Consommation de tranquillisants, anxiolytiques

Selon les Baromètres Santé MG 98/99 (07) et 2003 (08) la consommation de somnifères et d'anxiolytiques est restée stable chez les médecins généralistes : 25% en consomment au moins une fois dans l'année, et 1% quotidiennement. Parmi ceux qui en consomment, plus de la moitié le font occasionnellement.

Dans le Bas-Rhin en 1999 (52), 15% des médecins ont consommé des tranquillisants et 18% des somnifères dans l'année précédente.

En Ille-et-Vilaine en 2002 (62), 26.3% ont consommé des psychotropes.

En Bretagne en 2003 (49), les chiffres sont étonnamment élevés puisque 31.9% des médecins ont consommé un somnifère ou un anxiolytique au cours des deux derniers mois.

Deux tiers des médecins de la Vienne en 2004 (56) se sentent stressés au quotidien. 43% disent utiliser un moyen pour gérer leur stress, et parmi eux 17% des moyens médicamenteux (dont 58% des anxiolytiques ou benzodiazépines).

Aux Etats-Unis (42), une étude a montré que les médecins ont un risque 5 fois plus élevé de consommer des sédatifs et des tranquillisants mineurs sans avis médical, 4 fois plus que par rapport aux classes socio-économiquement comparables. Ceux qui abusent de médicaments sont à haut risque suicidaire.

Tableau 15 : Consommation de psychotropes chez les médecins français

Auteur Année	Population	Pourcentage de consommateurs
Baromètre 2003 (08)	2057 MG	24,6% dans l'année femmes : 27,4%
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	31.9% dans les 2 derniers mois
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine)	26.3% dans l'année
Maulbecker 1999 (52)	268 MG (Bas-Rhin)	tranquillisants : 15% dans l'année somnifères : 18% dans l'année
Baromètre 1998/99 (07)	2073 MG	24.8% dans l'année quotidiennement : 1.1% plusieurs fois par semaine : 1.5% plusieurs fois par mois : 6.5% plus rarement : 15.7%

## B2. Consommation d'antibiotiques

Dans sa thèse, Maulbecker (52) compte 20% de médecins qui ont pris des antibiotiques durant l'année 1999 dans le Bas-Rhin.

En Bretagne, les chiffres sont plus élevés car en 2002 selon Roumane (56) 38.6% des médecins en ont pris (en Ille-et-Vilaine), et en 2003 selon Le Roy (49) 18.1% dans les deux mois qui ont précédé l'enquête (mois de septembre et octobre).

Tableau 16 : consommation d'antibiotiques chez les médecins français.

Auteur Année	Population	Médecins ayant consommé un antibiotique
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	18.1% dans les 2 mois précédents
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine)	38.6%
Maulbecker 1999 (52)	268MG (Bas Rhin)	20%

### **B3. Traitements de fond, maladies chroniques**

Pour Maulbecker (52), en 1999 dans le Bas-Rhin, 14% des médecins sont suivis pour une maladie chronique. Parmi eux, 35% ont une pathologie cardiaque, 16% gastro-entérologique. 17% des médecins prennent un traitement de fond (pour 31% des anti-hypertenseurs, 18% des hypolipémiants, 16% des veinotoniques et 9% des antidépresseurs). Il est intéressant de noter les écarts de réponse, notamment chez les femmes puisque 20% prennent un traitement de fond et 11% ont une maladie chronique. En ce qui concerne les maladies psychiatriques, les antidépresseurs représentent 9% parmi les 17% qui prennent un traitement de fond, alors que les maladies psychiatriques représentent 5% parmi les 14% qui ont une maladie chronique : la dépression n'est-elle pas reconnue comme une maladie, ou bien a-t-on le droit de prendre des antidépresseurs sans être malade ?

Selon Roumane (62), en 2002 dans l'Ille-et-Vilaine, un tiers des médecins ont une maladie chronique, dont un quart d'origine cardiovasculaire. quatre médecins sur cinq se procurent leurs médicaments régulièrement par échantillons médicaux, deux tiers le font régulièrement par ordonnance (réponses multiples possibles, la somme des réponses n'est pas égale à 100%). Ceux qui ont une maladie cardiovasculaire suivent régulièrement leur traitement à l'inverse de ceux qui ont des pathologies rhumatologiques.

En 2003 en Bretagne, pour Le Roy (49), 31.4% des médecins présentent une maladie chronique, et parmi ceux-ci 79.7% prennent un traitement de fond. Ceux qui suivent un traitement se l'autoprescrivent dans 93% des cas.

Nouger (56) avance le chiffre de 26.7% des médecins de la Vienne qui ont une maladie chronique en 2004 avec une nette prépondérance masculine. Dyslipidémie et HTA arrivent en tête des réponses avec un quart du total. Parmi ces médecins, 89.7% suivent un traitement, et régulièrement dans trois quarts des cas. L'ordonnance est prescrite dans 60% des cas par eux-mêmes et le reste par un spécialiste

Tableau 17 : Maladies chroniques chez les médecins français

Auteur Année	Population	Taux de médecins atteints d'une maladie chronique	Hommes	Femmes
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	26.7%	30.7%	17.7%
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	31.4%	<i>NR</i>	<i>NR</i>
Roumane 2002 (62)	236 MG (Ille-et-Vilaine)	34.3%	<i>NR</i>	<i>NR</i>
Maulbecker 1999 (52)	268MG (Bas-Rhin)	14%	15%	11%

Tableau 18 : traitements de fond chez les médecins français

Auteur Année	Population	Taux de médecins suivant un traitement régulier	Hommes	Femmes
Nouger 2004 (56)	255 MG (Vienne)	89.7% de ceux qui ont une maladie chronique	<i>NR</i>	<i>NR</i>
Le Roy 2003 (49)	204 MG (Bretagne)	79.7% de ceux qui ont une maladie chronique	<i>NR</i>	<i>NR</i>
Maulbecker 1999 (52)	268MG (Bas-Rhin)	17%	16%	20%

## **B4. Consultations chez un confrère**

Pour Maulbecker (52), en 1999 dans le Bas-Rhin, sur les 14% de médecins qui sont suivis pour une maladie chronique, 38% se prennent en charge eux-mêmes, 32% consultent un spécialiste, 8% un médecin hospitalo-universitaire, les autres se prennent en charge eux-mêmes conjointement à un spécialiste ou un hospitalo-universitaire.

Pour Roumane (56), en Ille-et-Vilaine en 2002, 56% des médecins consultent un dentiste au moins une fois par an, 26% tous les deux ans. Dans l'année précédant l'étude, sur les 187 médecins ayant présenté une maladie aiguë, un seul a consulté un généraliste, 98 un spécialiste, et les autres se sont traités eux-mêmes.

Selon Le Roy (49) en Bretagne en 2003, 93% des médecins ne consultent jamais un confrère généraliste au cours d'une année. 48% consultent un spécialiste une à deux fois par an et 3 % de 3 à 5 fois (les femmes plus que les hommes). 80% des médecins consultent un dentiste 1 à 2 fois par an. 93% ne consultent jamais de psychiatres ou de psychologues.

En 2004 dans la Vienne, selon Nouger (56), 4.3% des médecins atteint de maladie chronique ont consulté un confrère généraliste, 56.5% un spécialiste et les autres se suivent eux-mêmes.

Marie-Hélène Boucand, ancien chef d'un service de médecine-réadaptation, est atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos (28). Elle a dû mettre un terme à sa carrière, et de médecin elle est passée au rôle de patient. Mais le médecin qui lui fait face est déstabilisé, car il croit qu'elle en sait autant que lui. Ainsi, tout n'est pas dit ou bien expliqué. Ainsi, elle pense qu'il est important, que dans une relation médecin-malade, chacun tienne un rôle différent de l'autre. Si les deux rôles deviennent identiques, il n'y a plus d'échange, plus de distance, tout devient confus. Lorsqu'un médecin est touché par la maladie, il ne faut pas oublier qu'il est d'abord un patient, avec ses angoisses, sa vulnérabilité, et même ses interrogations. Mais à la différence du malade ordinaire, le médecin-patient sait ou croit savoir ce dont il souffre, il fait son propre diagnostic et peut se persuader qu'il a une maladie grave. Le médecin-soignant doit donc s'efforcer d'avoir les mêmes relations qu'avec les autres patients.

## **B5. Automédication**

Un questionnaire publié par le Quotidien du médecin (589 répondants, dont 62% de généralistes)(16) indique que l'automédication est la pratique majoritaire chez les médecins : moins de 1% n'y recourent jamais, tandis que 32% la pratiquent toujours et 40% souvent. Moins de 1% ne s'autoprescrivent jamais d'antibiotiques ou d'anti-inflammatoires. Ils se prescrivent aussi facilement des corticoïdes locaux ou par voie générale ainsi que des anxiolytiques. Quoiqu'il en soit, l'automédication a une influence sur les pratiques de prescription, puisque les médecins les modifient après avoir « testé » un médicament.

Selon Levasseur (50) dans son enquête chez les médecins bretons, « le recours à l'automédication et à l'autoprescription d'examen complémentaires est presque systématique, en particulier chez les généralistes ». Mais l'auteur ne donne pas de chiffres. Selon lui, quelques hypothèses peuvent expliquer ce comportement : le sentiment de suffisance dans l'« auto suivi » et l'« auto traitement », le déni de sa propre vulnérabilité, la gêne vis à vis des confrères ou les difficultés à consulter liées aux horaires de travail.

## B6. Arrêts de travail

Selon Nouger (56), 33% des généralistes de la Vienne ont eu au moins un arrêt de travail au long de leur carrière. 37% pour les femmes et 31% pour les hommes, sans différence statistiquement significative. Pour 14% des femmes, l'arrêt de travail était en rapport avec une grossesse.

Selon une enquête du Quotidien du médecin (16) auprès des médecins libéraux et hospitaliers, 97% d'entre eux ne s'accordent jamais d'arrêt de travail. Les raisons invoquées sont diverses : manque de temps, éthique et souci de l'équipe (cas de médecins travaillant en hôpitaux mais aussi en cabinet de groupe), responsabilité vis-à-vis de la clientèle, contraintes financières (pas ou peu d'indemnités journalières, trop de charges), manque de remplaçants, perte de crédibilité d'un médecin qui devient malade.

Entre 2000 et 2002, la CARMF a enregistré une croissance importante du nombre de journées indemnisées pour les médecins libéraux en arrêt maladie (13) : +3,8% en 2000, +12,4% en 2001, et +6,5% en 2002. Ces chiffres sont inquiétants dans la mesure où ils concernent les arrêts de travail supérieurs à trois mois, le régime d'invalidité de la CARMF n'indemnisant qu'à partir du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt (indemnité forfaitaire d'environ 80 euros par jour). Au total 1% des praticiens libéraux est indemnisé pour une maladie longue durée. Moins d'un arrêt sur dix est en relation avec une grossesse. Les autres causes concernent les cancers (21%), les affections psychiatriques (18%), les traumatismes (13%), les maladies cardio-vasculaires (12%). Les invalidités permanentes sont éventuellement reconnues par la CARMF au bout de un à trois ans selon l'âge du médecin. Ceux qui touchent une pension souffrent essentiellement de maladies psychiatriques (40%), cardio-vasculaires (17%) neurologiques (11%), traumatiques ou néoplasiques (8%). En 2002 ce sont 700 médecins libéraux qui touchent une pension d'invalidité permanente pour 1435 médecins en arrêt de plus de 3 mois. Selon la CARMF, la place des pathologies psychiatriques indemnisables est essentiellement liée au phénomène du *burn-out*.

## C. Comportements de santé chez les médecins

### C1. Le constat : il est difficile de se soigner soi-même.

« Physicians can't heal themselves » -les médecins ne peuvent se guérir eux-mêmes-, titrait un article de la prestigieuse revue anglaise « The Lancet » (63), en soulignant l'indifférence des médecins envers leur propre santé.

Par exemple, Waldron H.A, médecin du travail, relate dans son article (71) les résultats du questionnaire qu'il a envoyé à 200 médecins de Londres (55% de réponses) : les médecins prennent peu d'arrêts maladie lorsqu'ils en auraient besoin, et bien que la moitié des répondants soient hospitaliers, aucun n'a consulté la médecine du travail. Il conclut donc que les médecins se mettent eux-mêmes en danger en négligeant les possibilités offertes.

Une enquête postale britannique (34) a été adressée en 1999 à 1724 praticiens libéraux généralistes et spécialistes, avec 66,8% de réponses (724 généralistes = 64% de répondants, et 427 spécialistes = 72%). Son objectif était de déterminer l'adhésion des médecins aux lignes de bonne conduite établies en 1995 par la BMA (British Medical Association) (cf. chap. C4), et de mesurer l'utilisation personnelle des services de santé. 96% des répondants ont un médecin traitant mais ils ne le consultent pas souvent et 63% n'ont pas consulté dans les 12 mois précédents. 71% des médecins admettent prescrire pour eux-mêmes et leur famille. 10% se prescrivent habituellement ou parfois des opiacés, ou des psycholéptiques. Les femmes ont plus tendance à s'automédiquer que les hommes. Ils prennent peu d'arrêts de travail, mais quand c'est le cas ils le font sur de longues périodes. Les médecins n'adhèrent donc pas beaucoup aux lignes de bonne conduite établies et sont réticents à consulter ; ils préfèrent s'autotrainer, aller travailler et éventuellement consulter entre deux portes.

Un médecin généraliste anglais, le Dr Anderson, apporte quelques exemples personnels pour dire que, contrairement aux idées reçues, les médecins ayant un problème de santé se font moins bien soigner que les autres patients (05). C'est le cas d'un médecin à qui l'on a annoncé par téléphone qu'il avait un mélanome malin, après s'être fait retirer sa lésion en fin de programme opératoire d'un chirurgien consulté dans le couloir de son hôpital. Le Dr Anderson pense que les médecins devraient toujours avoir à l'idée qu'ils sont au moins aussi vulnérables que le reste de la population, et même plus sensibles à l'égard de certaines maladies psychiatriques ou dépendances. Il établit ainsi des conseils que nous verrons un peu plus loin.

## **C2. Comment expliquer le comportement des médecins face à la maladie**

Une étude qualitative irlandaise a été menée en 2001 afin d'explorer la perception des médecins généralistes des effets de leur profession, et de former leurs attitudes envers leur santé et celle de leurs collègues (66). Les idées qui en ressortent sont :

- les médecins sont réticents à déclarer leur maladie. Il existe une culture professionnelle de taire sa maladie. Au cours de leur formation, la maladie n'était pas tolérée et les étudiants devaient être présents à leur poste.
- Les médecins ont peur que leur maladie s'ébruïte malgré le secret médical.
- Ils perçoivent les maladies psychiatriques comme une faiblesse. Paradoxalement ils rassurent leurs patients en leur disant que ce sont des maladies comme les autres.
- Ils pensent que les patients associent leurs compétences à leur bonne santé.
- Ils n'arrivent pas à jouer le rôle de patient et ont des difficultés à accepter les traitements. Les rôles de médecin et de patient sont incompatibles.
- Les médecins ne savent pas appliquer leurs connaissances médicales à eux-mêmes. Ils basculent entre déni et panique lorsqu'ils présentent des symptômes. « Pendant une minute c'est un mal de tête, la minute d'après vous êtes sûr que c'est une tumeur ».
- L'activité libérale est un obstacle à se prendre en charge.
- L'organisation du cabinet, l'obligation envers les collègues, et le sens du devoir influent sur le comportement : l'absentéisme oblige les collègues à assumer la charge de travail supplémentaire et crée ainsi des tensions.

Selon Truchot (67), les praticiens libéraux « dont la profession est dévalorisée » « n'osent consulter personne car ce sont des confrères ». Ils ont peur que « cela se sache, surtout en province, où tout se sait vite, malgré le secret médical ». Contrairement à d'autres pays, les médecins français n'ont pas la possibilité de consulter anonymement.

### **C3. Comportement personnel et pratique professionnelle**

Une enquête américaine (38) chez des patients a montré que les médecins sont plus crédibles et plus motivants quand ils ont une bonne hygiène de vie, et de plus ils discutent plus volontiers des comportements de prévention avec eux.

De même dans une synthèse de quelques études américaines (35), le même auteur montre que les médecins sont en bonne santé et ont une bonne hygiène de vie, notamment en ce qui concerne le tabagisme. De plus leurs comportements paraissent modifier les attitudes de leurs patients et les motivent à changer leur hygiène de vie. Les médecins qui ont de bons comportements de santé parlent plus de prévention et le font plus efficacement.

### **C4. Conseils de santé**

La BMA (British Medical Association) a établi en 1995 des principes généraux concernant les soins de médecins patients (11):

- Les médecins devraient éviter de se traiter eux-mêmes, leur famille ou de dépanner des amis autant que possible.
- Les médecins et leur famille devraient être enregistrés auprès d'un médecin traitant en dehors du cercle familial qui prendrait en charge les soins dans leur totalité.
- Il est déconseillé aux médecins de prescrire pour eux-même ou pour un proche autre chose que des médicaments en vente libre.
- Les médecins-patients sont étiquetés du même niveau de soins et de respect que les autres patients.
- Les médecins ont le même devoir de confidentialité envers leurs médecins-patients qu'envers tout autre patient.
- Il n'est pas déontologique de placer les intérêts d'un collègue au-dessus de la sécurité des patients.
- Tout médecin doit s'assurer que sa santé ne doit pas affecter les soins envers ses patients.
- Les médecins qui pensent avoir été exposés à une maladie contagieuse doivent rechercher et suivre les instructions d'un médecin qualifié, tel qu'un spécialiste en médecine du travail, maladies infectieuses, ou santé publique, et s'ils s'avèrent contaminés, ils doivent avoir un suivi médical régulier.

Pour limiter les risques liés à l'autoprescription comme les dépendances, Vaillant (USA) (42) propose un programme en quatre points :

- l'autoprescription pour les médecins et pour leur famille devrait être interdite.
- Les médecins devraient être encouragés à pratiquer des dépistages urinaires et plasmatiques de toxiques chez leurs médecins patients présentant des symptômes inexplicables.
- Les hôpitaux devraient répertorier les médecins présentant une addiction pour proposer des traitements appropriés et une surveillance au long terme.
- Les comités médicaux devraient établir des programmes de tests urinaires randomisés pour tous leurs membres.

Selon Brandon (71) au Royaume-Uni, améliorer le suivi de santé des médecins ne passe pas par un renforcement des services de médecine du travail, mais il faut tracer des lignes de conduite pour les médecins vis-à-vis de leur santé, persuader les médecins à demander de l'aide et à prendre des arrêts de travail appropriés quand cela le devient nécessaire. La principale difficulté est d'assurer une confidentialité.

Comme le dit l'américain Anderson (05), il faut changer les mentalités de déni des maladies de soi-même ou des autres médecins, qui sont probablement dues à « l'image macho inculquée durant notre formation ». Un médecin qui en soigne un autre ne doit pas oublier le pouvoir de la consultation, et ne pas oublier ses règles : conditions optimales en cabinet de consultation et non entre deux portes, vérifier la déclaration d'un médecin traitant, reprendre l'anamnèse, les antécédents, les traitements suivis et les automédications, faire un examen complet... Donc examiner un médecin comme n'importe quel autre patient. A l'inverse le médecin dans le rôle de patient devrait suivre ces règles traduites de l'auteur, « Be a good doctor patient » :

- « 1. Déclarez un médecin traitant. Quelqu'un à qui vous pourrez parler facilement de problèmes de dépression, dépendances... Pas un de vos associés, il pourrait y avoir des conflits d'intérêts.
2. Ne consultez jamais un spécialiste sans l'avis de votre médecin traitant.
3. Consultez dans de bonnes conditions, voyez votre médecin dans son cabinet comme tout autre patient. C'est là qu'il conserve toutes vos données médicales.
4. Suivez à la lettre les prescriptions et les avis de votre médecin. Les protocoles ont été établis pour le patient « moyen », et les médecins ne présentent pas moins de complications ou d'effets secondaires. »

## **D. Abord des problèmes psychologiques liés à la profession**

### **D1. Durée de travail, stress, vie professionnelle et familiale**

L'enquête de 2003 chez les médecins bretons (50) montre que les contraintes professionnelles sont nombreuses : tâches administratives et gardes sont citées par 1 médecin sur 2, exigences des patients et durée du travail journalier sont citées par 4 médecins sur 10.

Les médecins déclarent travailler en moyenne 10 heures par jour auxquelles s'ajoute en moyenne une heure de travail hors soins. Les gardes posent des problèmes à plus d'un médecin sur 2 : surcharge de travail, fréquence, insécurité et désaccord du conjoint.

55% des médecins ont l'impression de trop travailler, 80% estiment que leur temps personnel n'est pas satisfaisant et 71% ont la même opinion sur le temps consacré à leur famille.

16% des répondants déclarent ne jamais ou rarement bien dormir, plus d'un sur deux a présenté des épisodes de nervosité et 14% des épisodes de dépression en 2002.

Les lombalgies, la nervosité et les migraines sont fréquents, et 6 fois sur 10 les répondants attribuent leurs problèmes de santé à l'exercice de leur profession.

En France, Estryn-Behar (33) cite le travail de Maillard *et al* en 1996 auprès de médecins hospitaliers travaillant en moyenne 60 heures par semaine : 37% ont décrit un effet négatif sur leur santé et 72% sur leur vie personnelle et familiale.

Dans l'étude de Roumane (62), en Ille-et-Vilaine en 2002, 21% des médecins trouvent leur travail très stressant, et 70% plutôt stressant. Il existe une corrélation inverse entre stress professionnel et satisfaction, ainsi qu'entre satisfaction et charge de travail.

Une enquête sur le moral des médecins et la démotivation (68) indique que « 47 % d'entre eux sont prêts à changer d'activité. 4 % s'orienteraient alors vers une activité médicale salariée, 25% changeraient de profession, 23 % choisiraient la retraite anticipée. Les motifs de cette profonde dépression sont connus : une surcharge de travail. »

Le Roy (49) a étudié en 2003 les conditions de travail et la vie privée des médecins bretons. Ils travaillent en moyenne 55 heures, les hommes plus que les femmes. Les gardes représentent un problème pour 80% des médecins, dont 17% relèvent le problème d'insécurité (les femmes plus que les hommes). deux tiers des médecins ont l'impression de travailler beaucoup trop (les hommes plus que les femmes). 30% souhaiteraient changer de profession. 46% se sont sentis parfois stressés dans le mois précédant l'enquête et 36% souvent. 46% estiment le temps passé avec leur famille insuffisant et 28% pas du tout satisfaisant.

A Nancy en 2003, Thiebaut (65) a réalisé une thèse sur la qualité de vie des médecins généralistes et leur charge de travail. Il a montré qu'il existe un impact de la charge de travail des médecins généralistes sur leur vie de famille et sur leur qualité de vie sans noter de différence significative entre les médecins exerçant en milieu rural ou en milieu urbain ou bien entre les deux sexes. Il souligne qu'il existe des mesures pouvant amener à une amélioration des conditions de travail : certaines ne dépendent que des décisions prises par le médecin, passant souvent par une réduction de son chiffre d'affaire (secrétariat, journées non travaillées...), d'autres au contraire ne peuvent s'accomplir que par la mise en place d'une volonté politique à soutenir une profession d'intérêt public.

Gleizes (69) a étudié le stress professionnel qui touche près de la moitié des médecins généralistes et l'enquête a identifié les causes principales de ce stress : la perturbation de la vie privée par le travail (charge de travail, sentiment de culpabilité à refuser des demandes), les contraintes administratives (manque de formation en gestion administrative qui devient consommatrice de temps) et financières (augmentation des charges, niveau faible de rémunération comparé aux autres professions libérales), les demandes de l'entourage du patient. Pour lutter individuellement contre le stress, 13% des médecins généralistes interrogés ont recours à un spécialiste, 33% ont recours à l'automédication (cette facilité d'accès aux médicaments étant reconnue comme une exposition professionnelle spécifique). Sur le plan collectif, les réunions (colloques, FMC, groupe Balint...) favorisent la gestion du stress par la discussion et le partage de l'expérience.

Une étude écossaise de 2002 a cherché à étudier le bien-être et l'absence de stress, à identifier leurs causes, et à améliorer le moral des médecins (44). Quatre facteurs-clés ont été déterminés : charge de travail, style de vie personnel, conditions d'exercice, relation vie privée / vie professionnelle.. L'exercice en association est un facteur de satisfaction et de diminution du stress, mais peut être vu différemment dans son rôle vis-à-vis des vies personnelles des médecins (absence d'évolution de carrière par exemple). La croissance de la charge de travail (paperasserie, demandes des patients...), les pressions (recommandations, restrictions de remboursement qui diminuent l'éventail thérapeutique) limitent les médecins dans leur habilité à prendre des décisions cliniques. Elles influencent largement le moral des médecins, les dynamiques de travail en collaboration, et le style de vie personnel.

2 tiers des médecins allemands sont stressés en raison des tâches administratives croissantes et des difficultés économiques, et plus de la moitié présente des troubles du sommeil (60).

## D2. Burn-Out

Le *burn-out syndrom* est un syndrome d'épuisement professionnel touchant principalement le secteur de la santé et les professions au contact d'autrui. Il a été défini en 1986 par Malash et Jackson comme un « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel ». L'épuisement provient d'un stress permanent et prolongé aux causes multiples. Les conséquences principales sont l'altération de la qualité des soins et la mise en danger du médecin lui-même (conduites addictives, dépression, suicide) (19).

Gautier, membre du Conseil de l'Ordre des médecins de Paris (41), identifie les facteurs favorisant le *burn-out syndrom* à travers certains traits de caractère : altruisme, abnégation, surmoi fort, qui conduisent les médecins à se dépasser, à résister à l'épuisement, à nier la fatigue et la maladie. Cette conscience professionnelle, ce perfectionnisme font que le médecin en retour souhaite être considéré. Mais en quelques années, l'évolution des mentalités a terni l'idéal de la profession : les patients deviennent des usagers de droits et des consommateurs de soins. Le contrat de soins devient un devoir de preuve d'information. La relation médecin-malade en est changée et d'autres facteurs (souffrance, peur de la maladie de la part des patients par exemple) font que le médecin adapte son comportement au fil des rencontres et des situations. Trouver la bonne distance émotionnelle est un art fatigant, et lorsque ces facultés d'adaptation sont dépassées, le médecin s'enferme dans des attitudes négatives : refus, pessimisme intolérance, ou toute puissance. La qualité des soins est alors parasitée par une attitude standardisée, des rapports déshumanisés, c'est le syndrome de dépersonnalisation. Pour prévenir le *burn-out*, le Dr I. Gautier propose des solutions simples : ne pas attendre pour parler, consulter en cas de fatigue et démotivation, apprendre à déléguer les problèmes matériels, savoir élargir ses centres d'intérêts, rompre l'isolement au cours de réunions de FMC ou de groupes de paroles.

Truchot, maître de conférences en psychologie sociale à Besançon, est un des spécialistes français du *burn-out*, avec plusieurs enquêtes et études à son actif (67). En Champagne-Ardenne, il trouve en 2003 42% de médecins présentant un épuisement émotionnel, 44% un syndrome de dépersonnalisation. Parmi les causes, c'est la sphère relationnelle qui aurait le plus de poids sur le *burn-out* : relations avec les patients, chocs émotionnels, relations avec les collègues. La charge de travail n'a d'influence que sur l'épuisement émotionnel et le manque de temps sur la dépersonnalisation. Les pressions

administratives et fiscales n'auraient pas d'influence. La personnalité du médecin ou « identité professionnelle » entre aussi en compte : ainsi l'« activiste social », militant engagé, est moins à risque de présenter un *burn-out* que le carriériste ou son contraire le « self-due » (qui privilégie son confort de vie personnel). 66% des médecins ayant changé d'orientation de carrière présenteraient un *burn-out*.

Baumann, médecin généraliste, apporte son point de vue sur les causes possibles de *burn-out* (10) : manque de formation en sciences humaines, illusion de la toute-puissance de la médecine par les patients, médicalisation des problèmes de société, dévalorisation du rôle de généraliste, dépendance financière, politique et intellectuelle par rapports aux pouvoirs. Il propose entre autre quelques moyens pour éviter le *burn-out* : remettre en question ses relations avec les patients, trouver la bonne distance émotionnelle.

Pour lutter contre le *burn-out*, l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) a instauré un système d'aide téléphonique permettant une prise en charge anonyme des médecins par des psychologues (23)(48).

Selon un article du JAMA compilant plusieurs études américaines (19), les composants du *burn-out* sont très répandus chez les médecins :

- 46 à 81 % rapportent un degré modéré d'épuisement émotionnel,
- 22 à 93 % un degré modéré à élevé de dépersonnalisation,
- 16 à 79 % un degré modéré d'accomplissement personnel.

On peut remarquer cependant des écarts importants selon les études puisqu'il s'agit de critères subjectifs mais ces chiffres semblent tout de même élevés.

Les conséquences du *burn-out* sont multiples :

- diminution de la satisfaction personnelle,
- réduction du temps de travail voir changement de métier,
- augmentation de la fréquence des dépressions : 51% des médecins présentant un *burn-out* ont des signes cliniques entrant dans le cadre d'un syndrome dépressif et 31% ont une dépression majeure, contre respectivement 20% et 11% chez ceux qui ne sont pas atteints de *burn-out*.
- impact négatif sur la prise en charge de patients.

Il existe une corrélation inverse entre *burn-out* et âge du médecin (les plus jeunes seraient plus touchés et seraient plus à même de changer de métier), et une relation entre *burn-out* et charge de travail perçue.

### **D3. Dépression, suicide**

Parmi les médecins bretons en 2003 (50), près d'un sur cinq déclare qu'il lui arrive de s'ennuyer assez souvent ou très souvent dans l'exercice de sa profession. Cette insatisfaction par rapport à la formation et aux attentes, se conjugue avec la charge de travail et explique que 30% des médecins changeraient de profession s'ils en avaient la possibilité. Depuis le début de l'année 2002, et jusqu'au terme de l'enquête (avril 2003), 13.7% ont présenté des épisodes de dépression.

Les médecins sont deux fois plus déprimés que la population générale (10 à 15 % selon des études), soit près d'un médecin sur trois touché par la dépression (41).

Dans un article du quotidien du médecin paru en avril 2004, Bourguignon parle de mortalité élevée des médecins par suicide (14). A défaut d'une étude nationale, elle cite le travail d'enquête d'un médecin du Vaucluse auprès de 26 départements. Cette enquête a démarré suite au chiffre alarmant de 11 suicides en 5 ans dans son département, sur 22 décès de médecins actifs de moins de 65 ans ! Les données exploitables fournies par 26 départements révèlent un taux important de 14% de suicide parmi les médecins, alors qu'il n'est « que » de 5.6% dans la population générale des 35-65 ans en 1999.

Rimpela A. *et al* (61) ont montré en Finlande entre 1971 et 80 qu'il existe une surmortalité chez les médecins par accidents et suicides (risque multiplié par deux).

Dans une étude à l'initiative de l'école de médecine de Harvard de 2005 (26), Eva Schernhammer et Graham Colditz ont examiné les résultats de 25 études américaines et nord-européennes sur les suicides de médecins et ont conclu que les hommes médecins se suicidaient à un taux 41 % plus élevé que la population générale. Plus surprenant est le taux alarmant de suicide des femmes médecins : soit 2,27 fois plus. Sans admettre de raisons évidentes, les auteurs avancent plusieurs faits : l'alcoolisme est plus répandu chez les femmes médecins que chez les femmes de la population générale, les femmes sont stressées car elles doivent faire d'autant plus leurs preuves dans un monde médical dominé par le sexe masculin. Les femmes seules et sans enfants sont particulièrement exposées au risque suicidaire.

#### **D4. Présentation de programmes d'aide aux médecins**

Le CPME (Comité Permanent des Médecins Européens) (20) a adopté en 2003 un programme pour les médecins européens souffrant de problèmes mentaux et/ou d'une propension à la dépendance, devant le constat que les médecins et les professionnels de la santé en général sont les populations qui reçoivent le moins de soins. Il a été montré que les médecins en particulier, n'agissent pas en bons patients lorsqu'ils sont malades. En outre, les maladies mentales et/ou les dépendances sont encore considérées comme une tare sociale importante même au sein du même groupe du secteur de la santé. Les professionnels de la santé souffrant de ces problèmes ont peur que leur maladie soit découverte par leurs collègues ou des patients. La tendance est alors de vivre avec ces troubles avec un sentiment de culpabilité, en essayant de les cacher, en remettant à plus tard la demande d'aide et aggravant ainsi le pronostic. Le CPME a donc estimé qu'il était nécessaire de coordonner et de développer des actions et des programmes communs dans tous les pays de la Communauté européenne : améliorer l'accès au soins pour les professionnels de santé, garantir la confidentialité, développer des programmes et des services de soins de santé en hospitalisation ou en clinique externe, favoriser les études sur la santé des médecins et leurs conditions de travail, protéger la santé des médecins en particulier sur le plan mental. Ces programmes devraient être financés par les institutions publiques et gérés, contrôlés par des associations professionnelles.

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) (58) est un organisme autonome sans but lucratif qui existe depuis 1990. Il est issu de la volonté des médecins de mettre à la disposition de leurs collègues de la province tout entière une aide professionnelle et discrète en cas de besoin et de mener des campagnes de prévention et de sensibilisation. Il s'adresse aux médecins, résidents, étudiants, et membres directs de leur famille, aux personnes physiques ou morales voulant venir en aide à un médecin. Le PAMQ offre de l'aide discrète (entretien téléphonique ou consultatif, identification et résolution de problèmes, réinsertion sociale et professionnelle...), des conseils et soutiens, de la prévention ( colloques ,conférences, cours aux étudiants).

La CSAM (Canadian Society of Addiction Medicine) (32) est un organisme, créé en 1989, qui offre des renseignements sur les addictions pour les professionnels et le grand public : explications, prévention, traitements. Il a pour but d'aider les médecins dans leur rôle de prévention et de traitement des dépendances, d'évaluer leurs compétences, d'informer le public sur les possibilités offertes faces aux problèmes engendrés par les toxicomanies, mais aussi de promouvoir les programmes de prévention et de traitement chez les médecins présentant une addiction (médicaments, alcool).

L'AFSP (American Foundation for Suicide Prevention) (01) a instauré en 2002 un projet de prévention de la dépression et du suicide chez les médecins qui ont un risque plus élevé que la population générale américaine. Cette association appelle à encourager les médecins souffrant de problèmes psychologiques à demander de l'aide. Elle a formé des groupes d'experts qui ont un regard sur l'éducation des médecins en matière de dépression et suicide, sur les politiques hospitalières concernant les médecins dépressifs, sur les problèmes liés aux polices d'assurances affectant les médecins dépressifs.

Les abus et les dépendances (alcool, drogues, médicaments) font partie des désordres comportementaux et des maladies curables. Ce sont des maladies de plus en plus fréquentes dans la communauté médicale américaine selon de nombreuses études. Un programme de santé des médecins du Missouri a été établi en 1995 pour aider ces médecins à retrouver une vie professionnelle et personnelle saine (12). Il s'agit d'un programme volontaire, confidentiel. Il a pour objectif une détection précoce des médecins exposés, une intervention, la mise en route d'un traitement, une écoute, et une protection. Sur 197 participants, le taux de succès a été de 90% !

## E. Mortalité des médecins

Rimpela A. *et al* (61) ont montré en Finlande entre 1971 et 1980 une mortalité chez les médecins, toute cause confondue, significativement moins élevée que dans la population générale, mais supérieure à celle des professions de statut socio-économique équivalent. Les décès dus à des causes tumorales sont moins nombreux par rapport aux autres groupes. Il y a une petite différence mais non significative pour la mortalité cardio-vasculaire par rapport au reste de la population active, mais légèrement supérieure par rapport aux groupes de niveau socio-économique similaire. Par contre il existe une surmortalité chez les médecins par accidents et suicides (risque multiplié par deux). L'étude montre que la moindre mortalité globale des médecins est due à leur haut statut socio-économique mais n'est pas spécifique à leur métier : moins de tabac, meilleure alimentation, meilleur pouvoir d'achat, meilleures conditions de travail. Les médecins présentent des risques supplémentaires liés à leur profession : stress, suicide, alcoolisme, abus de substances pharmaceutiques, exposition aux radiations et gaz anesthésiques.

Une étude sur le nombre d'années d'exercice des médecins de famille (51) montre que les médecins américains ont en 1960 une espérance de vie de 2 ans plus longue que les hommes de la population générale. Leur vie active est aussi longue, mais la longueur des études fait qu'ils s'arrêtent plus tard, et ils profitent moins longtemps de leur retraite (3 ans contre 8).

Une étude américaine plus récente (2000) (37) confirme ces résultats : les médecins de sexe masculin vivent en moyenne 73 ans, contre 72 pour les avocats, 71 pour les diplômés d'études supérieures, et 70 pour la population générale.

## **F. Eléments statistiques de santé dans la population française**

Selon une enquête de l'INSEE en 2000 (30), les trois quarts des français se considèrent en bonne santé. La santé n'a pas qu'une valeur médicale, mais aussi une dimension sociologique, puisque selon le sexe, les conditions de vie et de travail, le jugement sur la santé n'est pas le même. Les femmes sont ainsi plus tempérées dans leur jugement : elles s'estiment moins souvent en excellente ou en très mauvaise santé. Ceux qui ont un emploi, de bonnes conditions de logement, qui n'ont pas de soucis financiers ou autres dans leur vie quotidienne auront un jugement plutôt positif.

Une autre enquête de l'INSEE de 2002 (02) révèle que les femmes sont plus attentives à leur santé que les hommes. Même si elles sont moins sportives, plus sujettes au stress, aux problèmes de sommeil ou de solitude, elles ont de meilleures habitudes alimentaires et consomment moins de tabac et d'alcool.

### **F1. Consultations et consommation médicale**

Selon l'INSEE en 2002 (02), le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté : 85 % des personnes de 15 ans ou plus ont fait appel à lui au cours des douze derniers mois. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes dans ce cas : 88 % contre 82 %. Elles consultent aussi plus souvent que les hommes : 5,6 fois en moyenne au cours des douze derniers mois contre 4.4.

De même, une femme sur trois a consulté un ophtalmologiste au cours des 12 derniers mois contre un homme sur quatre.

Par ailleurs, au cours des 12 derniers mois, environ quatre personnes sur dix ont acheté des médicaments pour elles-mêmes sans avis médical, après avoir demandé conseil à un pharmacien.

Voici les chiffres de 2003 de l'INSEE qui sont sensiblement identiques

Tableau 19 : Consultations selon le sexe (2003, en %) (45)

Consultation	Femmes	Hommes	Ensemble
d'un médecin généraliste	88.7	81.1	85.1
d'un médecin spécialiste	68.5	48.6	58.9
d'un dentiste	54.6	49.2	52.0

Tableau 20 : Consultations selon l'âge (2003, en %) (45)

Consultation	25-39 ans	40-59 ans	60 ans ou plus
d'un médecin généraliste	81.9	81.8	93.6
d'un médecin spécialiste	56.3	59.5	67.8
d'un dentiste	53.8	54.1	44.1

Tableau 21 : Consultations selon la catégorie socioprofessionnelle (2003, en %) (45)

Consultation	d'un généraliste	d'un spécialiste	d'un dentiste
Agriculteurs exploitants	78.2	42.3	49.7
Cadres et professions intellectuelles supérieures	77.7	63.0	60.1
Retraités	93.3	67.6	44.6
Ensemble	85.1	58.9	52.0

Toutes les catégories socioprofessionnelles n'ont pas été reportées dans ce tableau, mais les extrêmes ont été représentés ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures auxquels les médecins sont assimilés. Les cadres et professions intellectuelles supérieures consultent presque autant les spécialistes que les généralistes en 2003. Mais avec la mise en place de la réforme du médecin traitant en janvier 2006, il serait intéressant de voir l'évolution des consultations : probablement une hausse de la fréquentation des généralistes concordantes avec une diminution des consultations chez les spécialistes.

## F2. Hygiène de vie

Plus de 60% des adultes déclarent ne jamais pratiquer de sport (02). Les hommes sont globalement plus nombreux que les femmes à en faire (44 % contre 35 %). Parmi les sportifs, les hommes sont un peu plus assidus que les femmes : 53 % d'entre eux font du sport plusieurs fois par semaine contre 42 % des femmes.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire attention à leur alimentation (02). L'attention portée à son alimentation a un double objectif : la santé et le poids. Pourtant, 36 % des hommes de moins de 55 ans seraient en surcharge pondérale, contre 25 % chez les femmes.

## F3. Consommation de tabac, d'alcool, et autres addictions

En 2005, selon le baromètre santé de l'INPES (43), 29.9 % des Français disent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Les plus fortes baisses concernent les femmes et les 12-15 ans. Le tabagisme des hommes est également en recul (-9 %) mais reste supérieur à celui des femmes (33.3 % contre 26.6 %). Le nombre de gros fumeurs est cependant resté stable. Les trois quarts des fumeurs réguliers ont déjà essayé d'arrêter au moins une semaine, et ce plus de trois fois en moyenne.

En 2003, en France (45), 6.9 millions d'hommes et 5.1 millions de femmes, âgés de 18 ans et plus, sont des fumeurs réguliers. Depuis vingt ans, l'usage du tabac a diminué pour toutes les générations d'hommes. Chez les femmes, si en vingt ans la proportion de fumeuses a crû, elle diminue légèrement depuis 1999. En 10 ans, le doublement du prix relatif du tabac a eu un effet dissuasif sur sa consommation. En 2000, environ 60 600 décès par an (dont 9 fois sur 10 chez les hommes) sont attribuables au tabac.

Tableau 22 : taux de fumeurs réguliers selon la catégorie socioprofessionnelle (2003, %) (45)

Catégorie socioprofessionnelle	Hommes		Femmes	
	1980	2003	1980	2003
Cadres	45.2	23.8	27.9	20.9
Ouvriers	55.5	48.5	18.9	30.5
Retraités	34.6	12.9	3.7	4.8
Ensemble	46.9	31.8	16.7	21.7

La France reste l'un des pays les plus consommateurs d'alcool en Europe. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000 (45).

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France. Si près de onze millions de Français l'ont expérimenté, seule une faible minorité en consomme régulièrement. L'usage de cannabis est surtout le fait des tranches d'âges les plus jeunes. Les autres drogues dures sont d'un usage marginal.

Tableau 23 : Consommation de substances addictives (2005,%) (45)

	Occasionnels	Réguliers	Quotidiens
Alcool	66.7	20.9	12.4
Tabac	25.5	20.7	
Médicaments psychotropes	14.2	6.1	3.8
Cannabis	6.7	1.4	0.8
Héroïne, cocaïne, ecstasy	0.6	...	...

Buveur régulier : personne déclarant consommer au moins trois fois de l'alcool dans la semaine.

Consommateur de drogue : - occasionnel : au moins une fois dans l'année.  
 - régulier : dix fois dans le mois.

## **F4. Comportements de prévention**

Les chiffres sont ceux fournis par la DREES, en 2003 (32).

Dans la population âgée de 18 ans ou plus, trois enquêtés sur dix se déclarent vaccinés contre l'hépatite B en 2002-2003. Mais de fortes disparités existent selon l'âge. Ce sont les plus jeunes (18-24 ans) qui déclarent le plus souvent avoir été vaccinés avec plus de sept enquêtés sur dix. Cette proportion décroît rapidement et régulièrement avec l'âge : si les 25-29 ans sont encore 60 % à déclarer être vaccinés, les 40-44 ans ne sont plus que 35 % dans ce cas. Chez les adultes de 25 ans ou plus, ce sont les femmes qui déclarent davantage être vaccinées contre l'hépatite B.

En 2000, le cancer colorectal constituait la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes après celui du poumon et de la prostate, et la deuxième cause de mortalité chez les femmes après le cancer du sein (InVS, 2002). Dans l'enquête santé 2002-2003, le dépistage du cancer colorectal à l'aide du test Hémocult a été déclaré par 24 % des personnes âgées de 50 ans ou plus. Les hommes sont plus nombreux à déclarer avoir effectué ce type d'examen (27 % contre 21 % des femmes, parmi les 50 ans ou plus). Entre 60 et 74 ans, environ trois personnes sur dix déclarent s'être fait dépister, mais à partir de 75 ans, la proportion de dépistages déclarés diminue considérablement. Parmi les personnes de 50 ans ou plus ayant déclaré avoir eu recours à un tel dépistage, 45 % ont précisé que cet examen a été réalisé dans le cadre d'un programme de dépistage systématique. Dans 26 % des cas, l'examen a été proposé par un médecin en dehors de tout signe, symptôme ou maladie, tandis que pour deux personnes sur dix, il s'agissait d'un examen à visée diagnostique (suite à l'apparition de signes, symptômes ou maladies).

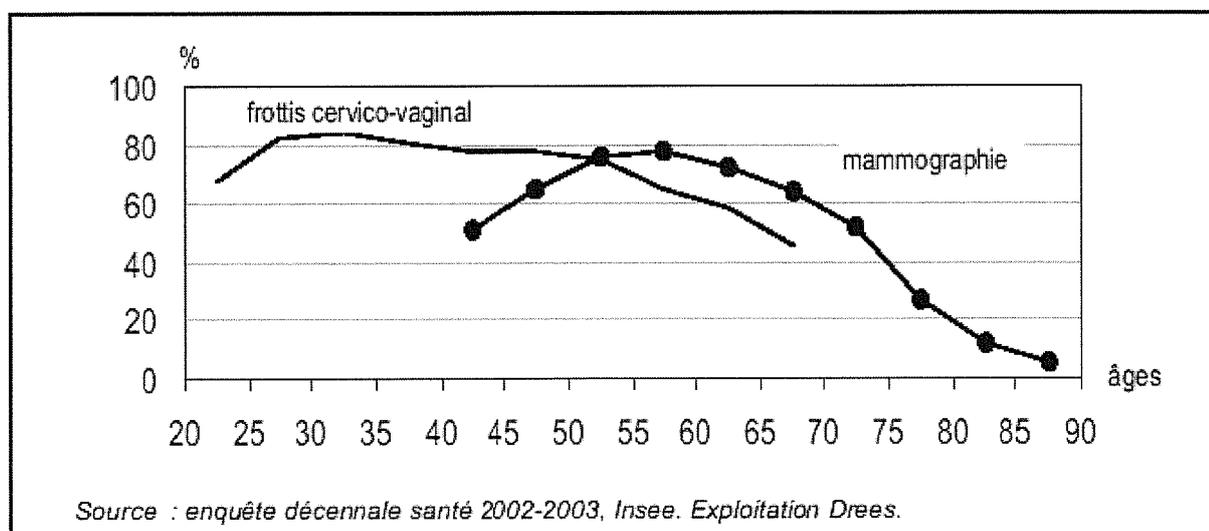
85 % des femmes âgées de 20 à 69 ans interrogées dans l'enquête ont déclaré avoir effectué un frottis cervico-vaginal au cours des cinq dernières années. Cette proportion est de 76 % en ce qui concerne les seules femmes de 25 à 65 ans ayant eu ce type d'examen au cours des deux années précédant l'enquête, et serait sans doute encore plus élevée avec une période de référence de trois ans. 81 % des 25-49 ans ont déclaré avoir eu un frottis au cours des deux années précédentes. Les femmes de 50 ans sont 60 % à déclarer avoir eu un frottis durant les deux dernières années. Cette tendance à la réduction de la couverture du dépistage après 50 ans est un point préoccupant, dans la mesure où l'incidence du cancer du col de l'utérus reste élevée à ces âges. (InVS, 2002).

Tableau 24 : répartition des enquêtées selon la déclaration du dernier frottis et de la dernière mammographie

Examen déclaré	Frottis entre 20 et 69 ans	Mammographie après 40 ans
Jamais	6.4	21.0
Moins d'un an	45.3	30.1
1 à 2 ans	29.6	27.1
3 à 5 ans	10.1	10.8
Plus de 5 ans	8.1	10.5
Ne sait pas	0.6	0.4

L'enquête santé 2002-2003 indique que 68 % des femmes de 40 ans ou plus ont déclaré avoir effectué une mammographie durant les cinq années précédentes. Les femmes de 50 à 74 ans sont plus précisément 69 % à déclarer avoir réalisé cet examen durant les deux dernières années. Des différences existent cependant selon l'âge et la génération à laquelle les femmes appartiennent : entre 50 et 60 ans, environ huit femmes sur dix déclarent bien avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années. En revanche, après 60 ans, les proportions de dépistage déclaré diminuent sensiblement, alors que la courbe d'incidence du cancer du sein augmente régulièrement avec l'âge (InVS, 2002). 11 % des femmes ont réalisé une mammographie à visée diagnostique. Parmi elles, 61 % ont déclaré que l'examen a été proposé par un médecin en dehors de tout symptôme, 14 % qu'elles l'ont demandé elles-mêmes et 14 % qu'elles l'ont effectué en réponse à un courrier de la Sécurité sociale.

Graphique 1 : proportion de femmes ayant déclaré un frottis cervico-vaginal ou une mammographie au cours des deux années précédentes, selon le groupe d'âge



# **Matériel et méthodes**

## **A. Résumé du protocole**

Il s'agit d'une étude réalisée sous la forme d'une enquête descriptive sur le comportement des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle vis-à-vis de leur propre santé.

## **B. Objectifs et hypothèses testées**

### **2.1 Objectif principal.**

Décrire chez les médecins généralistes la prise en charge de leur propre santé en terme de prévention, de parcours et de consommation de soins.

### **2.2 Objectifs et critères de jugement secondaires.**

Comparer leur prise en charge selon des critères socio-démographiques (age, sexe...) et de conditions de travail (lieu d'exercice, charge de travail...)

## **C. Population étudiée, échantillonnage**

### **3.1. Description de la population**

La population cible est représentée par les 745 médecins généralistes exerçant en activité libérale dans le département de Meurthe-et-Moselle au 1<sup>er</sup> janvier 2006.

### **3.2. Description et effectif de l'échantillon**

- Nature des sujets : l'échantillon est composé d'un nombre limité de médecins généralistes exerçant en activité libérale dans le département de Meurthe-et-Moselle sélectionnés au hasard.
- Taille de l'échantillon : le nombre de médecins sélectionnés est de 530, le nombre de répondants est de 286 soit un taux de réponse de 54%.

### **3.3. Source de recrutement**

Un questionnaire a été envoyé à 530 médecins généralistes exerçant en activité libérale dans le département de Meurthe-et-Moselle, tirés au hasard à partir des coordonnées fournies dans les pages jaunes de l'annuaire téléphonique.

Chaque médecin a reçu le questionnaire sur deux feuilles recto-verso avec un mot d'introduction pour présenter le travail. Les réponses ont été traitées anonymement. Une enveloppe timbrée pour le retour a été fournie.

Les sujets étant sélectionnés au hasard, les coordonnées ne sont pas conservées, et il n'y a pas de possibilité de savoir qui a répondu. Nous n'avons pas fait de courrier de relance.

### **3.4. Critères d'inclusion**

Tout médecin généraliste exerçant en cabinet dans le cadre d'une activité libérale, avec une adresse professionnelle dans le département 54 (Meurthe-et-Moselle) : omnipraticiens et médecins généralistes à orientations particulières (acupuncture, homéopathie...).

Quel que soit l'âge.

Quel que soit le sexe.

Quelles que soient les conditions d'exercice.

Quels que soient les ATCD, les facteurs de risque.

### 3.5 Justification de l'effectif

S'agissant d'une étude descriptive, nous avons tenté de sélectionner un échantillon représentatif de la population étudiée par rapport à un déterminant de santé dont la prévalence n'est pas trop faible (ce qui aurait entraîné une petite taille d'échantillon). Pour calculer notre nombre de sujets nécessaires (NSN), permettant de représenter le plus significativement possible la population des médecins généralistes de Meurthe et Moselle, nous avons utilisé le déterminant de santé suivant : fréquence de fumeurs parmi les médecins. Cette proportion étant relativement bien documentée ( $p = 29\%$ ) (08), nous avons estimé que nous pouvions construire un intervalle de confiance à 95% avec une précision de 5 points et ainsi obtenir le NSN suivant : 316.

Les bornes de l'intervalle de confiance sont obtenues par la formule :

$$\text{précision} = 0.05 = \sqrt{[1.96 * (p*(1-p)) / n]}$$

$$\text{Donc } 0.05^2 = 1.96^2 * (0.29*0.71)/N$$

$$\text{Et } N = (1.96^2*0.29*0.71)/0.05^2. \text{ (N étant le nombre de répondants théorique)}$$

On retrouve ainsi un effectif de répondants devant être au moins égal à 316.

En estimant le pourcentage de répondants à 60% à partir d'autres enquêtes de ce type (49, 52, 56, 62), le nombre de sujets nécessaires doit être de  $NSN = 316/0.6 = 527$ .

## D. Caractéristiques de l'étude

- Etude épidémiologique
- Enquête descriptive
- Etude transversale

## **E. Description des données collectées et méthodes de mesure**

Le questionnaire envoyé comporte 44 items :

- 9 questions sur la situation familiale et professionnelle,
- 6 questions sur les facteurs de risque,
- 14 questions sur la prévention : 3 sur les vaccinations, 3 sur le risque cardiovasculaire, 4 sur les fréquences de dépistage biologique, 4 sur les dépistages spécifiques de cancers,
- 6 questions sur le suivi médical des médecins,
- 9 questions sur la consommation de soins.

La dernière partie du questionnaire sert à recueillir des commentaires libres de la part des médecins qui le souhaitent.

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel EpiData v3.1.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS.

La conception de l'enquête, la rédaction du protocole, la conception du questionnaire, la réalisation du masque de saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisés avec l'aide du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Les résultats ont été analysés selon les critères socio-démographiques, la charge de travail, les facteurs de risque, la présence ou non d'une maladie chronique.

## **F. Déroulement de l'étude**

Le questionnaire a été envoyé par courrier le 30 janvier 2006. Les médecins avaient jusqu'au 21 février 2006 pour le renvoyer à l'aide de l'enveloppe réponse affranchie. Les réponses retardataires ont été acceptées jusqu'au 21 mars 2006. Un questionnaire a été reçu après cette date et n'a pas été comptabilisé.

# Résultats de l'enquête

## A. Profil des médecins interrogés

### A1. Situation familiale

L'année de naissance permet de calculer la moyenne d'âge des médecins.

L'année d'installation permet de calculer la moyenne du nombre d'année d'exercice jusqu'à aujourd'hui.

Beaucoup n'ont pas répondu à certaines questions concernant leur situation familiale.

Tableau 25 : Profil familial des médecins interrogés

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%) ou Moyenne (écart-type) [mini-maxi]
<b>Age moyen</b> (années)	283	49.0 (7.8) [30-72]
<b>Sexe</b>	286	
hommes		201 (70.3%)
femmes		85 (29.7%)
<b>Médecins vivant en couple</b>	267	233 (87.3%)
<b>Avec des enfants</b>	250	232 (92.8%)

Tableau 26 : Répartition de l'échantillon par tranche d'âge et selon le sexe

	moins de 40 ans	40 à 49 ans	50 ans et plus	total
<b>Hommes</b>	15 (7.5%)	62 (31.2%)	122(61.3%)	199 (100%)
<b>Femmes</b>	20 (23.8%)	38 (45.2%)	26 (31.0%)	84 (100%)
<b>Total</b>	35 (12.4%)	100 (35.3%)	148 (52.3%)	283 (100%)

2 hommes et 1 femme n'ont pas répondu quant à leur âge.

Plus de 6 hommes sur 10 ont 50 ans ou plus.

Les femmes sont majoritaires chez les répondants de moins de 40 ans.

## A2. Situation professionnelle

Tableau 27 : Situation professionnelle

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%) ou Moyenne (écart-type) [mini-maxi]
<b>Nombre moyen d'années d'exercice depuis l'installation</b>	284	18,4 (9.5) [0-46]
<b>Lieu d'exercice</b>	285	
urbain (>10000 hab)		124 (43.5%)
semi-urbain		101 (35.4%)
rural (<2000 hab)		60 (21.1%)
<b>Conditions d'exercice</b>	286	
seul		151 (52.8%)
associé		135 (47.2%)
<b>Temps de travail hebdomadaire moyen (heures / semaine)</b>	279	53.8 (*) [22-99]
<b>Nombre de demi-journées libres par semaine</b>	285	
aucune		25 (8.8%)
1 ou 2		195 (68.5%)
3 ou plus		65 (22.8%)
<b>Nombre de semaines de vacances</b>	283	
moins de 2		19 (6.7%)
2 à 5		152 (53.7%)
plus de 5		112 (38.9%)

(\*) La répartition étalée des réponses ne permet pas de calculer un écart-type.

Un médecin travaille en mi-temps salarié au CHU et 30 heures en exercice libéral.

Le nombre d'heures de travail est difficilement quantifiable : certains comptabilisent leur temps de travail dans sa globalité (consultations, visites, gardes, travaux administratifs), d'autres comptabilisent le temps passé au cabinet et les visites et précisent le nombre de gardes de week-end et de nuit effectuées par mois. Dans ce dernier cas, nous avons calculé le temps de travail total puisque les gardes de nuit durent 12 heures et celles de week-end 44 heures.

## B. Facteurs de risque

### B1. Tabac

Tableau 28 : Consommation tabagique et tentatives de sevrage

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%) ou Moyenne (écart-type) [mini-maxi]
<b>Tabagisme</b>	285	
non fumeurs		157 (55.1%)
anciens fumeurs		75 (26.3%)
fumeurs occasionnels		22 (7.7%)
fumeurs réguliers (>1 fois par jour)		31 (10.9%)
<b>Nombre de tentatives d'arrêt d'au moins 1 semaine si fumeur</b>	50	
0		16 (32%)
1 ou 2		6 (12%)
3 ou plus		28 (56%)
<b>Nombre moyen de paquets-années totalisés</b>	91	16.1 (*) [1-70]

(\*) La répartition étalée des réponses ne permet pas de calculer un écart-type.

Rappel : le nombre de paquets/année est le produit du nombre de paquets de 20 cigarettes fumés par jour par le nombre d'années.

Sur 128 fumeurs ou ancien fumeurs, 37 n'ont pas su ou voulu répondre au nombre de paquets-année totalisé. La formule n'était pas rappelée dans le questionnaire. Certaines personnes ont indiqué qu'ils ne maîtrisaient pas ce terme.

Tableau 29 : Répartition des habitudes tabagiques selon le sexe

	Non fumeurs	Anciens fumeurs	Occasionnels	Réguliers	Total
<b>Hommes</b>	97 (48.3%)	63 (31.3%)	12 (6.0%)	29 (14.4%)	201 (100%)
<b>Femmes</b>	60 (71.4%)	12 (14.3%)	10 (11.9%)	2 (2.4%)	84 (100%)

Les femmes sont significativement moins nombreuses à fumer.

Tableau 30 : Répartition des habitudes tabagiques des hommes selon la tranche d'âge

	Non fumeurs	Anciens fumeurs	Occasionnels	Réguliers	Total
<b>&lt; 40ans</b>	7 (46.7%)	5 (33.3%)	0 (0.0%)	3 (20.0%)	15 (100%)
<b>40 à 49 ans</b>	44 (71.0%)	9 (14.5%)	2 (3.2%)	7 (11.3%)	62 (100%)
<b>50ans et plus</b>	45 (36.9%)	49 (40.2%)	10 (8.2%)	18 (14.8%)	122 (100%)

Tableau 31 : Répartition des habitudes tabagiques des femmes selon la tranche d'âge

	Non fumeuses	Anciennes fumeuses	Occasionnelles	Régulières	Total
<b>&lt; 40ans</b>	15 (75.0%)	1 (5.0%)	4 (4.8%)	0 (0.0%)	20 (100%)
<b>40 à 49 ans</b>	25 (67.6%)	6 (16.2%)	4 (10.8%)	2 (5.4%)	37 (100%)
<b>50ans et plus</b>	19 (73.1%)	5 (19.2%)	2 (7.7%)	0 (0.0%)	26 (100%)

## B2. Alcool

Tableau 32 : Consommation d'alcool

Variable	Nombre de répondants	Moyenne (écart-type) ou Nombre de sujets (%)
<b>Nombre moyen de verres d'alcool consommé par semaine</b>	283	5 (*)[0-70]
<b>Rythme de consommation</b>	254	
occasionnel		176 (69.3%)
régulier (>3 fois par semaine)		59 (23.2%)
quotidien		19 (7.5%)

(\*) La répartition étalée des réponses ne permet pas de calculer un écart-type.

29 médecins disent avoir une consommation d'alcool de 0 verre par semaine mais se décrivent comme buveurs occasionnels.

198 hommes et 85 femmes ont répondu à propos de leur consommation d'alcool.

169 hommes consomment moins de 14 verres d'alcool par semaine. 3 hommes consomment 28 verres d'alcool ou plus par semaine. La consommation maximale d'un médecin est de 70 verres par semaine.

En ce qui concerne les femmes, une seule consomme 14 verres ou plus par semaine.

Tableau 33 : Répartition de la consommation d'alcool selon le sexe

	Rythme de consommation occasionnel	Rythme de consommation régulier	Rythme de consommation quotidien	Total
<b>Hommes</b>	118 (63.8%)	49 (26.5%)	18 (9.7%)	185 (100%)
<b>Femmes</b>	58 (84.1%)	10 (14.5%)	1 (1.4%)	69 (100%)

Il existe une différence significative de comportement vis-à-vis de la consommation d'alcool selon le sexe : les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir une consommation régulière ou occasionnelle.

Tableau 34 : Répartition de la consommation d'alcool selon l'âge

	Rythme de consommation occasionnel	Rythme de consommation régulier	Rythme de consommation quotidien	Total
<b>Moins de 40 ans</b>	29 (96.7%)	1 (3.3%)	0 (0%)	30 (100%)
<b>40 à 50 ans</b>	64 (74.4%)	19 (22.1%)	3 (3.49%)	86 (100%)
<b>plus de 50 ans</b>	82 (60.3%)	38 (27.9%)	16 (11.8%)	136 (100%)

Il existe une différence significative de comportement vis-à-vis de la consommation d'alcool selon l'âge : plus l'âge augmente, et plus le rythme de consommation est fréquent

### **B3. Autres conduites addictives**

Tableau 35 : Consommation de drogues illicites

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>cannabis</b>	280	2 (0.7%)
<b>drogues dures</b> (opiacés, cocaïne...)	270	0 (0%)

On observe qu'un certain nombre de personnes n'a pas répondu à ces questions, notamment en ce qui concerne les drogues dures.

Les deux répondants qui consomment du cannabis ont moins de 40 ans.

## C. Prévention

### C1. Vaccinations

Tableau 36 : Couverture vaccinale

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>D-T Polio</b>	vacciné et à jour	286
	ne sait pas	265 (92.7%) 3 (1.0%)
<b>Hépatite B</b>	vacciné et à jour	286
	ne sait pas	248 (86,.)% 3 (1.0%)
<b>Grippe</b>	tous les ans, ou presque	285 232 (81.4%)

Deux médecins ont présenté une hépatite B et ont été considérés comme vaccinés.

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la vaccination anti-grippale selon l'âge ou le sexe.

Il existe une différence significative de comportement vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B selon l'âge, mais pas selon le sexe :

Tableau 37 : Couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B selon l'âge

	Non vaccinés ou non à jour	Vacciné et à jour	Vaccination inconnue	Total
<b>Moins de 40 ans</b>	3 (8.6%)	30 (85.7%)	2 (5.7%)	35 (100%)
<b>40 à 50 ans</b>	9 (9.0%)	91 (91.0%)	0 (0%)	100 (100%)
<b>plus de 50 ans</b>	22 (14.9%)	125 (84.5%)	1 (0.6%)	148 (100%)

## C2. Facteurs de risque cardio-vasculaire

Tableau 38 : Contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%) ou Moyenne (écart-type) [mini-maxi]
<b>Prise de la pression artérielle</b>	285	
tous les ans ou plus souvent		178 (62.5%)
moins d'1 fois par an		75 (26.3%)
jamais		32 (10.9%)
<b>IMC</b>	285	
IMC moyen de l'échantillon		24,5 (3.3)[17.7-35.8]
maigreur IMC<19		7 (2.4%)
normal IMC [19;25[		157 (55.3%)
excès pondéral IMC [25;30[		105 (37.0%)
obésité IMC ≥30		15 (5.3%)
<b>Activité sportive</b>	280	
jamais ou rarement		122 (43.6%)
1 à 2 heures par semaine		98 (35.0%)
plus de 3 heures par semaine		60 (21.4%)

NB : L'IMC (Indice de Masse Corporelle) a été calculé à partir de la taille et du poids renseignés par les médecins répondants. Rappel :  $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ .

Un seul médecin cumule tabagisme, excès de consommation d'alcool et surpoids.

### C3. Dépistages biologiques

#### C3a. Dosage de la glycémie à jeun

Tableau 39 : Fréquence des dépistages biologiques : dosage de la glycémie à jeun

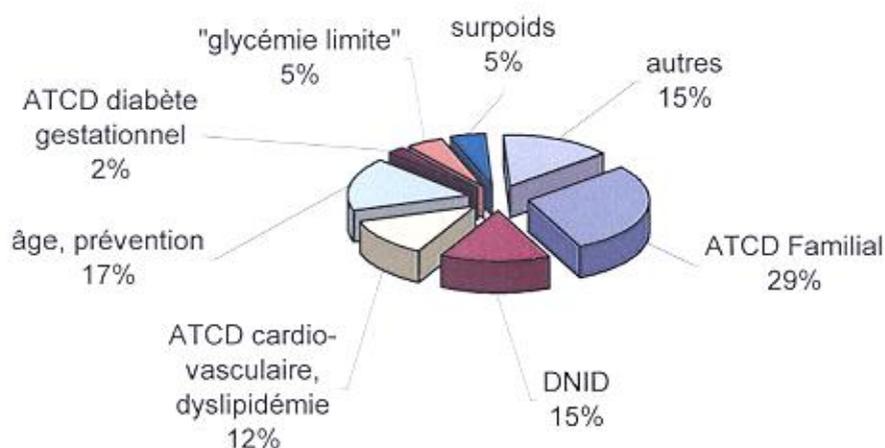
Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Dosage régulier de la glycémie</b>	274	48 (16.9%)
<b>Si non, date de votre dernier dosage</b>	242	
moins de 5 ans		202 (83.5%)
plus de 5 ans		27 (11.2%)
jamais réalisé		13 (5.4%)

Plusieurs médecins dosant régulièrement leur glycémie ont répondu à la seconde question.

Il n'y a pas de différence significative de comportement selon le sexe.

Sur les 48 médecins dosant régulièrement leur glycémie à jeun, 41 en ont précisé le motif.

**Graphique n°2 : Motifs de contrôle régulier de la glycémie à jeun**  
41 répondants



Les autres motifs de contrôle de la glycémie comprennent : traitement contraceptif, THS, assurances, médecine du travail (pompier).

Un médecin ne dose pas sa glycémie, mais se dépiste au moyen de glycémies capillaires.

### C3b. Dosage du LDL-cholestérol

Tableau 40 : Fréquence des dépistages biologiques : dosage du LDL-cholestérol

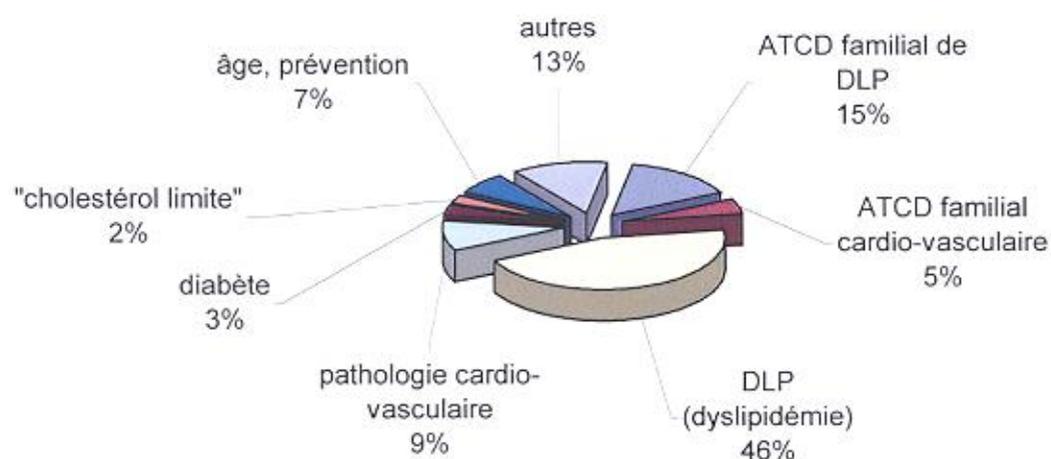
Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Dosage régulier du LDL-cholestérol</b>	286	95 (33.2%)
<b>Si non, date de votre dernier dosage</b>	217	
moins de 5 ans		171 (78.8%)
plus de 5 ans		32 (14.7%)
jamais réalisé		14 (6.5%)

De même, certaines personnes qui avaient répondu « oui » à la première question ont quand-même répondu à la seconde.

Il n'y a, ici non plus, pas de différence de comportement selon le sexe.

86 des 95 médecins dosant régulièrement leur LDL-cholestérol, en ont précisé le motif.

**Graphique n°3 : Motifs de dosage régulier du LDL-cholestérol**  
86 répondants



Les autres motifs de contrôle du LDL-cholestérol comprennent : traitement (sans précision), traitement contraceptif (6%), THS, assurances, médecine du travail (pompiers).

Parmi les 39 médecins présentant une dyslipidémie, 4 ont une pathologie associée (diabète pour un, pathologie cardio-vasculaire pour les 3 autres).

Sur les 6 médecins diabétiques, 4 se sentent concernés par un dosage régulier de leur LDL-cholestérol.

## C4. Dépistages spécifiques de cancer

Tableau 41 : Fréquence de dépistages spécifiques de cancers

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Dépistage du cancer du colon*</b>	121	
réalisé moins de 5 ans auparavant		30 (24.8%)
plus de 5 ans		14 (11.6%)
jamais réalisé		77 (63.6%)
<b>Dépistage du cancer de la prostate réalisé par les hommes de plus de 50 ans*</b>	109	76 (69.7%)
<b>Dépistage du cancer du col de l'utérus réalisé par les femmes</b>	84	
réalisé moins de 3 ans auparavant		67 (79.8%)
plus de 3 ans		14 (16.7%)
jamais réalisé		3 (3.6%)
<b>Dépistage du cancer du sein réalisé par les femmes *</b>	26	
réalisé moins de 2 ans auparavant		20 (76.9%)
plus de 2 ans		3 (11.5%)
jamais réalisé		3 (11.5%)

\* : ces résultats ont été corrigés pour ne reprendre que ceux des 50 ans ou plus.

Rappel concernant l'échantillon : 201 hommes et 85 femmes, avec 122 hommes et 26 femmes de 50 ans ou plus .

Le questionnaire comprenait une zone de commentaire libre afin que les médecins puissent indiquer les raisons qui ont motivé la réalisation ou non de leur dépistage. Ces motifs sont repris en détail en annexe.

Dans le cas du dépistage du cancer du colon (hémocult et/ou coloscopie), 19 médecins ont précisé qu'ils avaient des antécédents familiaux : 15 ont réalisé un dépistage moins de 5 ans auparavant, 2 l'ont fait il y a plus de 5 ans (un médecin a moins de 50 ans et l'autre plus de 50 ans), et 2 ne l'ont jamais réalisé (1 le prévoit à partir de 50 ans et l'autre à partir de 35 ans). Il n'y a pas de différence significative de comportement selon le sexe vis-à-vis du dépistage du cancer du colon.

En ce qui concerne les dépistages du cancer de la prostate, du cancer du col utérin et du cancer du sein, la plupart des répondants les ont réalisés selon une démarche volontaire.

## D. Santé des médecins

### D1. Suivi de la santé des médecins

Tableau 42 : Suivi de la santé des médecins de l'échantillon et déclaration du médecin traitant

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Suivi de la santé des médecins par :</b>	253	
eux-mêmes		239 (94.5%)
un autre médecin généraliste		5 (2.0%)
un spécialiste		9 (3.5%)
<b>Déclaration du médecin traitant :</b>	284	
aucun		61 (21.5%)
oui, eux-mêmes		198 (69.7%)
oui, un autre généraliste		23 (8.,1%)
oui, un spécialiste		2 (0.7%)

Seulement 253 réponses ont été comptabilisées à la première question, 35 réponses n'ont pas été prises en compte car plusieurs médecins ont coché 2 items à la fois (en général eux-mêmes et un spécialiste).

Un médecin déclare n'être suivi par personne.

Il ressort un écart entre le pourcentage de médecins généralistes qui suivent la santé de nos médecins (2,0%) et de ceux qui en sont les médecins traitants (8,1%).

On observe une tendance inverse pour les spécialistes : peu sont médecins traitants (0,7%) par rapport à ceux qui suivent la santé des généralistes (3,5%).

Une femme médecin est suivie par son mari.

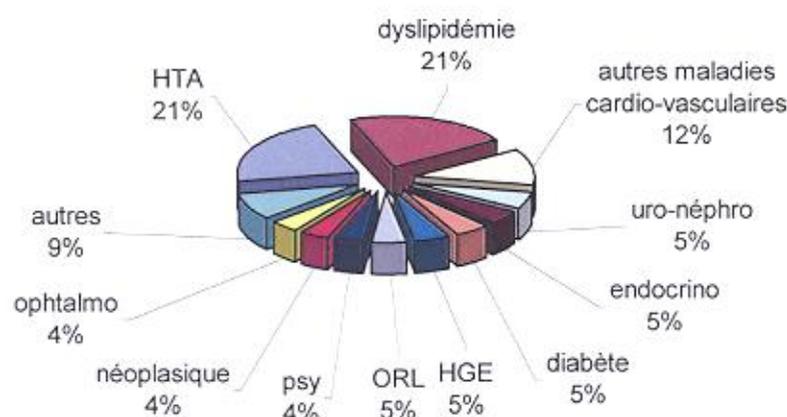
## D2. Maladies chroniques

Tableau 43 : Fréquence des maladies chroniques et impact sur la vie professionnelle

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Présence d'une maladie chronique :</b>	282	86 (30,5%)
<b>Si oui, conséquences sur l'aménagement du travail :</b>		11 (12,8%)

Les maladies cardio-vasculaires représentent plus de la moitié des pathologies rencontrées chez les médecins répondants.

**Graphique 4 : Types de maladies chroniques parmi 86 médecins présentant au total 128 maladies**



39 médecins ont déclaré avoir une dyslipidémie motivant des dosages réguliers du LDL-cholestérol, mais seulement 28 l'ont « déclaré » comme maladie chronique. Plus de la moitié des maladies chroniques sont d'origine cardiovasculaire.

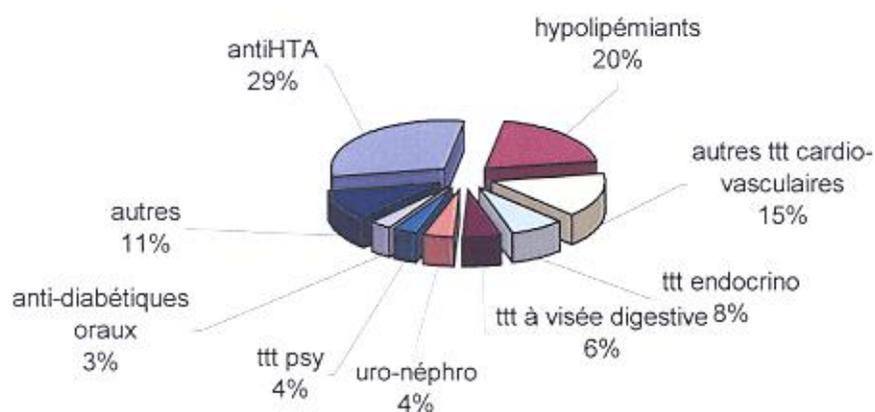
Sur les 11 médecins qui ont aménagé leur temps de travail, 4 ont demandé une exemption de gardes, 4 réduisent leur temps de travail au cabinet, 2 se font remplacer 1 ou 2 jours par semaine, 1 est en arrêt longue maladie depuis plus d'un an.

### D3. Traitement

Tableau 44 : Nombre de médecins suivant un traitement régulier

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
Prise de traitement au long cours :	268	90 (33,6)%

graphique 5 : Traitements au long cours  
parmi les 90 médecins



## E. Consommation de soins au cours de l'année 2005

### E1. Taux de couverture par une mutuelle ou complémentaire santé

Tableau 45 : Nombre de médecins couverts par une mutuelle ou une complémentaire santé

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Couverture mutuelle :</b>	286	280 (97.9%)

### E2. Consultation chez un médecin généraliste

Tableau 46 : Taux de consultation d'un médecin généraliste chez un confrère en 2005

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Médecins ayant consulté un confrère généraliste</b>	278	13 (4.7%)
<b>Si oui, nombre de fois en 2005</b>	11	
1 fois		7
2 fois		3
5 fois		1

### E3. Consultation chez un psychiatre

Tableau 47 : Taux de consultation chez un psychiatre en 2005

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Médecins ayant consulté un psychiatre</b>	285	14 (4.9%)
<b>Si oui, nombre de fois en 2005</b>	12	
1 fois		2
2 fois		3
3 à 10 fois		2
11 fois et plus		5

Plusieurs médecins ayant consulté un psychiatre ne se considèrent pas comme ayant une maladie chronique psychiatrique : parmi eux, un médecin a consulté un psychiatre et prend des antidépresseurs, deux médecins en ont consulté 7 et 12 fois, et un autre suit une psychothérapie hebdomadaire.

### E4. Consultation chez un gynécologue

Tableau 48 : Taux de consultation de femmes médecins chez un gynécologue en 2005

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Femmes médecins ayant consulté un gynécologue</b>	85	48 (56.5%)
<b>Si oui, nombre de fois en 2005</b>	48	
1 fois		33
2 fois		11
3 à 5 fois		2
6 fois et plus		2

## E5. Consultation chez un spécialiste

Tableau 49 : Taux de consultation chez un spécialiste (sauf psychiatre / gynécologue) en 2005

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Médecins ayant consulté un spécialiste</b>	275	109 (39.6%)
<b>Si oui, nombre de fois en 2005</b>	105	
1 fois		61 (58.1%)
2 fois		22 (21.0%)
3 à 5 fois		16 (15.2%)
6 fois et plus		6 (5.7%)

Certains médecins ont, bien que cela ne soit pas demandé, précisé la spécialité du médecin consulté, cf. en annexe.

## E6. Consultation chez un dentiste

Tableau 50 : Taux de consultation chez un dentiste en 2005

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
<b>Médecins ayant consulté un dentiste</b>	286	229 (80.1%)
<b>Si oui, nombre de fois en 2005</b>	224	
1 fois		97 (43.3%)
2 fois		68 (30.4%)
3 à 5 fois		45 (20.1%)
6 à 10 fois		9 (4.0%)
11 fois et plus		5 (2.2%)

## E7. Consommation médicamenteuse

Tableau 51 : Consommation de médicaments en 2005

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
Antidépresseurs	278	24 (8.6%)
Somnifères / tranquillisants	280	66 (23.6%)
Antibiotiques	283	115 (40.6%)

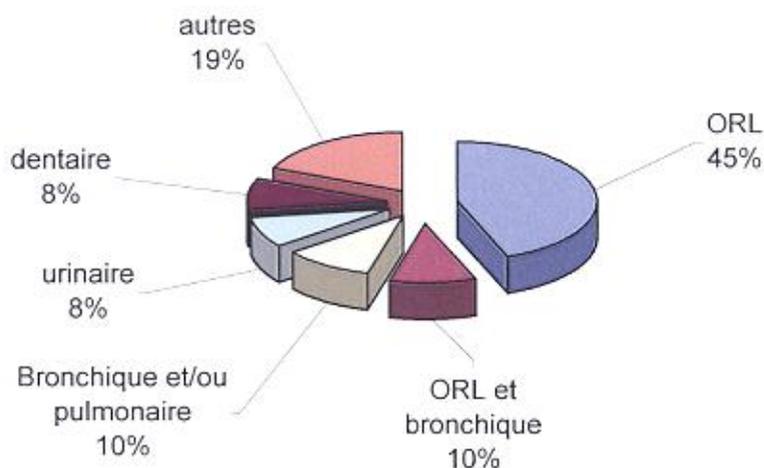
10 médecins ayant consommé des antidépresseurs avec éventuellement des somnifères ne l'ont pas signalé comme traitement chronique ou ne considèrent pas avoir une maladie chronique.

Il n'y a pas de différence significative de consommation en antidépresseurs ou en somnifères / tranquillisants selon le sexe.

Respectivement 8 et 6 médecins n'ont pas répondu sur leur consommation d'antidépresseurs et de somnifères/tranquillisants.

Ces médicaments font l'objet actuellement d'une volonté politique de réduction de consommation.

**graphique 6 : Part des pathologies traitées par antibiotique.  
59 pathologies**

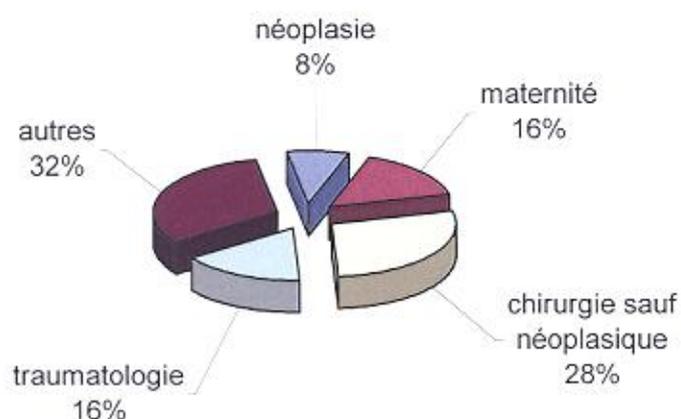


## E8. Arrêt de travail

Tableau 52 : Taux d'arrêts de travail en 2005.

Variable	Nombre de répondants	Nombre de sujets (%)
Prise d'un arrêt de travail en 2005	278	25 (8.8%)

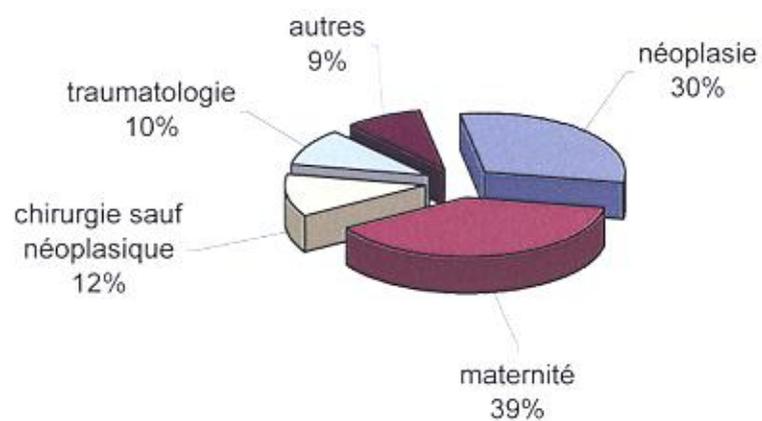
Graphique 7 : Types de pathologies ayant entraîné un arrêt maladie  
25 répondants



Les différents motifs d'arrêt de travail sont détaillés en annexe. Ces pathologies sont responsables d'arrêts-maladie plus ou moins longs : le graphique suivant tel qu'il est présenté permet de faire ressortir les types de pathologies responsables d'un grand nombre de journées d'arrêt.

La durée moyenne d'un arrêt de travail est de 50 jours.

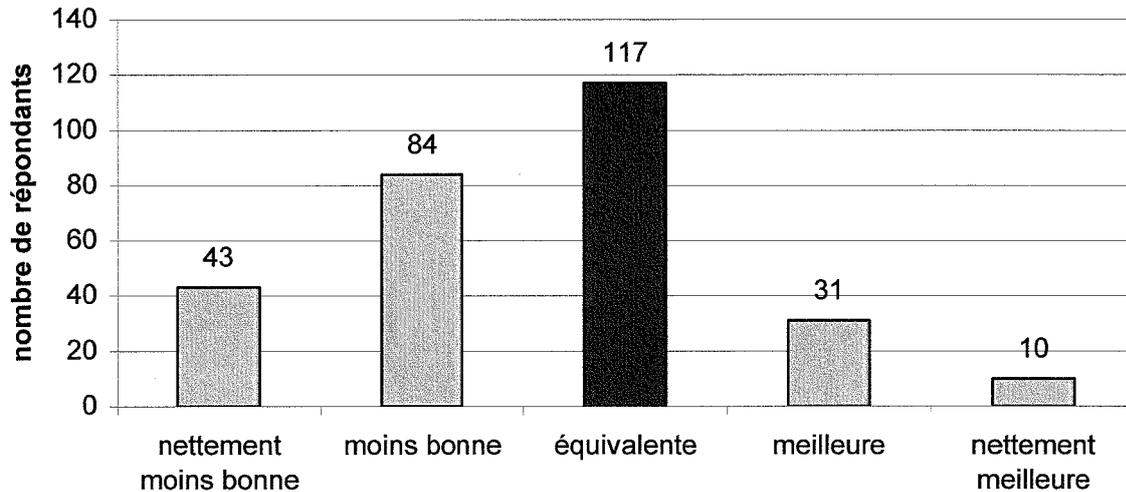
**Graphique 8 : Pourcentage de la durée des arrêts-maladie sur un total de 1239 jours d'arrêt-maladie**



## F. Regard subjectif des médecins sur leur propre santé

### F1. Prise en charge de leur santé

**Graphique 9 : Evaluation de la prise en charge de leur santé par rapport à leurs patients de même âge et de même sexe**



285 répondants.

41% des médecins pensent que la prise en charge de leur santé est équivalente.

Presque la moitié (44,6%) pensent qu'elle est moins bonne ou nettement moins bonne.

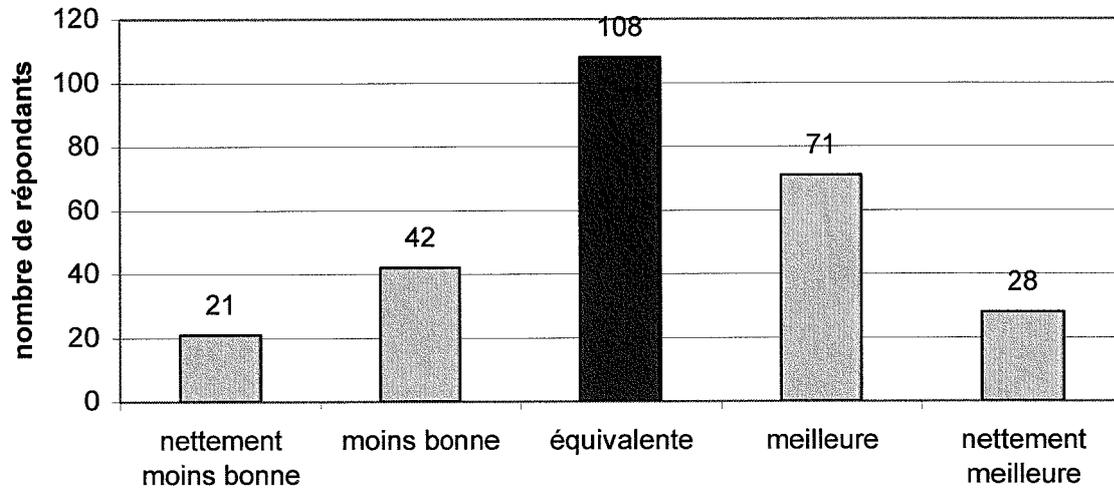
Nous n'avons pas retrouvé parmi ces réponses de différence significative selon le sexe.

Parmi ceux qui cotent la prise en charge de leur santé « meilleure », une femme médecin de 49 ans n'a jamais réalisé de glycémie à jeun, ni de dosage du LDL-cholestérol, son dernier frottis date de plus de trois ans. Elle n'a jamais non plus réalisé de mammographie mais elle ne rentre pas dans le cadre du dépistage organisé (moins de 50 ans).

Un médecin s'est placé hors catégorie en notant la prise en charge de sa santé à 6 (plus que « nettement meilleure »).

## F2. Observance thérapeutique

**Graphique 10 : Evaluation de leur observance thérapeutique par rapport à leur patients de même âge et de même sexe**



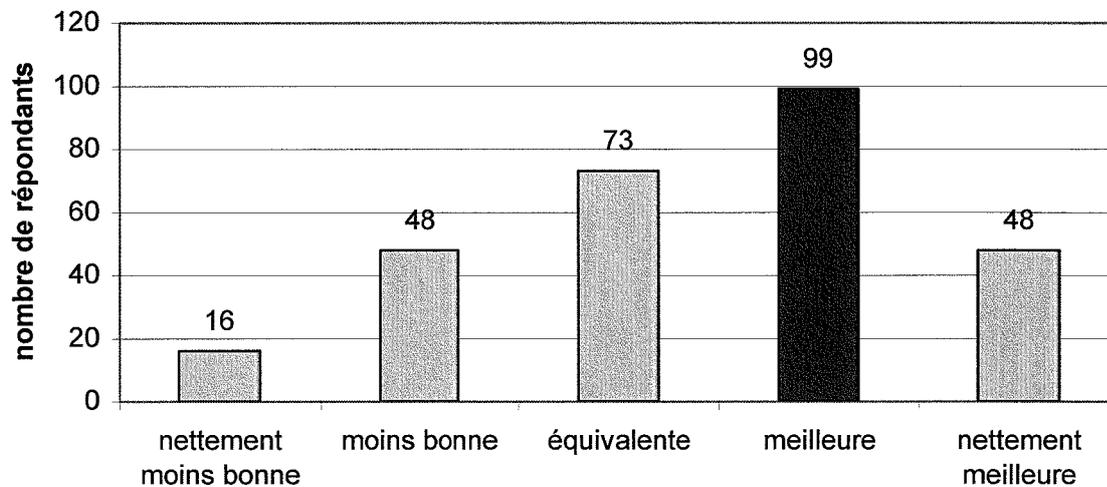
270 répondants, quelques médecins n'ayant pas répondu car ne prenant pas de traitement habituellement.

40% des médecins répondants considèrent leur observance thérapeutique comme équivalente. Presque autant la jugent meilleure ou nettement meilleure.

Un médecin s'est placé hors catégorie en notant son observance thérapeutique à 6 (plus que « nettement meilleure »)

### F3. Hygiène de vie

**Graphique 11 : Evaluation de leur hygiène de vie par rapport à leur patients de même âge et de même sexe**



284 répondants.

Un peu plus de la moitié des médecins répondants (51,8%) considèrent leur hygiène de vie meilleure ou nettement meilleure. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe.

Parmi ceux qui cotent leur hygiène de vie « nettement meilleure » :

- Un médecin est fumeur à 10 PA et un autre à 20 PA
- Un médecin boit l'équivalent de 14 verres d'alcool par semaine.
- Un médecin est fumeur à 30 PA, est en surpoids et ne fait pas de sport
- Un médecin est fumeur à 10 PA (« mais des Havanes »), et est en surpoids.
- Un médecin s'est placé hors catégorie en notant son hygiène de vie à 6 (plus que « nettement meilleure ») bien que buvant 28 verres d'alcool par semaine, étant fumeur et en surpoids.

Parmi ceux qui cotent leur hygiène de vie « meilleure » :

- Deux médecins boivent respectivement 20 et 21 verres d'alcool par semaine et ne font pas de sport.
- Un médecin est fumeur à 25 PA, un autre fumeur à 10 PA et ne pratiquant pas de sport.
- Un médecin de 52 ans est fumeur à 32 PA et boit l'équivalent de 30 verres d'alcool par semaine

# Discussion

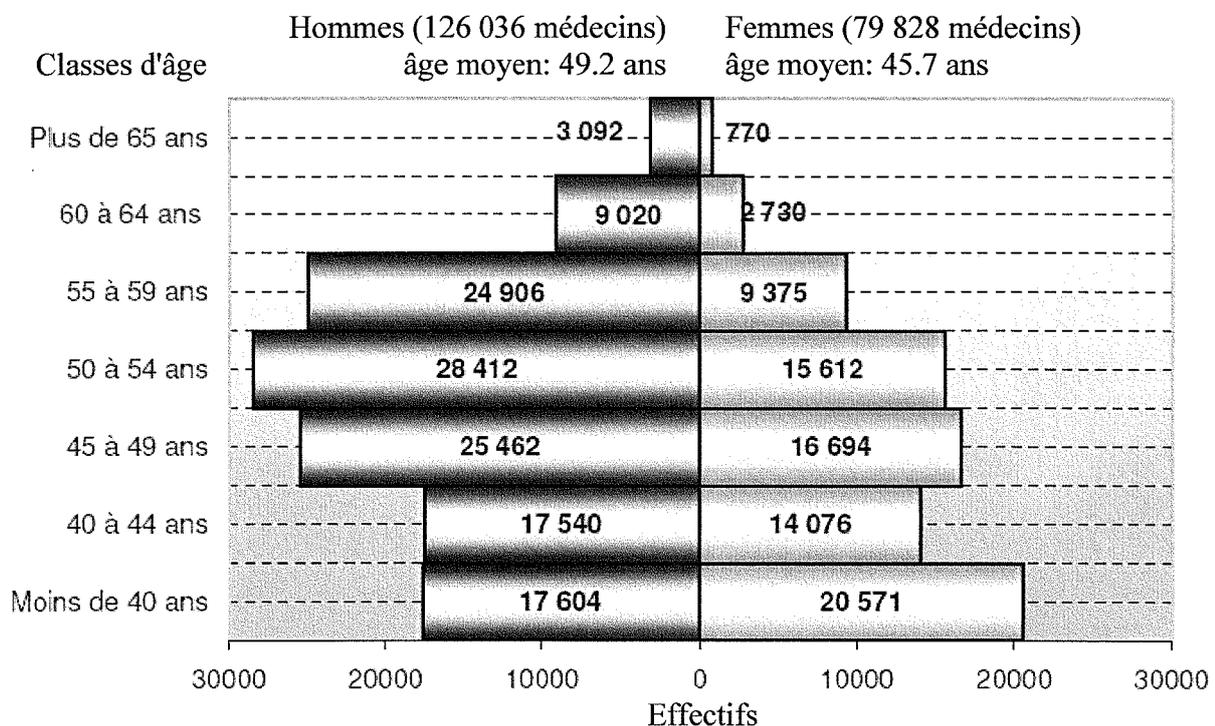
## A. A propos de l'étude

### A1. Echantillon

#### A1a. Age

En France, l'âge moyen des médecins en activité est de 47.9 ans (respectivement 45.7 ans pour les femmes et 49.2 ans pour les hommes) selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)(21). Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges notamment en ce qui concerne les hommes indique une population vieillissante.

Graphique 12 : Pyramide des âges des 205 864 médecins en activité (activité globale) - (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2005

Dans notre étude, la moyenne d'âge des répondants est de 49 ans, ce qui est à peine plus élevé que la moyenne de notre département. Un peu plus de la moitié (52.3%) des répondants a 50 ans ou plus. La faible proportion des moins de 40 ans (12.4%) rappelle, tout comme le rapport du CNOM, l'insuffisance de médecins généralistes libéraux en activité régulière à venir dans les dix ans.

## A1b. Sexe

Les femmes représentent 38.8 % des actifs en France métropolitaine, généralistes et spécialistes confondus. En Meurthe et Moselle on compte 1388 médecins de toute activité confondue (spécialité, mode d'exercice) répartis en 41,1% de femmes et 58.9% d'hommes. Mais en regardant d'un peu plus près les données de l'Ordre National des médecins (21), on constate que les proportions de femmes généralistes qui exercent en en activité libérale sont sensiblement différentes dans notre département : en effet, elles sont 30.1% à avoir une activité régulière libérale exclusive, et 29.1% une activité régulière libérale exclusive ou mixte (salarisée/hospitalière).

Tableau 53 : Répartition des médecins généralistes en activité régulière au 01-01-2005 (dpt54).

	Libéral			Libéral-salarié			Libéral-hospitalier		
sexe	H	F	total	H	F	total	H	F	total
effectif.	505	217	722	33	4	37	17	7	24

Les médecins répondants de notre échantillon se répartissent en 29.7% de femmes et 70.3% d'hommes, ce qui correspond donc aux proportions de notre département.

Si on compte cinq hommes pour une femme parmi les 50 ans et plus, la tendance s'inverse parmi les tranches d'âge inférieures et les femmes deviennent majoritaires chez les moins de 40 ans.

## **A2. Sélection de l'échantillon**

### **A2a. Taille de l'échantillon**

Notre échantillon est composé de 286 médecins, soit environ 39% des médecins généralistes en activité libérale régulière dans notre département de la Meurthe-et-Moselle (dpt54). L'importance de l'effectif de notre échantillon, et la randomisation de la sélection des médecins contactés sont des éléments qui peuvent nous faire dire que notre échantillon est représentatif de la population étudiée.

### **A2b. Biais de sélection**

Notre étude s'est intéressée aux médecins généralistes libéraux en activité régulière, c'est-à-dire excluant les médecins remplaçants (car ils ne disposent pas d'adresse professionnelle) ou temporairement sans activité. Ces dernières populations sont plus jeunes et plus féminisées selon le CNOM (21).

D'après les renseignements qui nous ont été communiqués par le conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, au 1<sup>er</sup> Janvier 2006 :

- l'effectif des médecins généralistes libéraux était de 735 médecins,
- l'effectif des médecins généralistes remplaçants était d'environ 117 médecins,
- l'effectif des médecins généralistes non exerçants était d'environ 45 médecins.

Les effectifs relativement importants de ces deux dernières catégories non incluses de médecins auraient pu avoir un impact sur les résultats par exemple en matière de tabagisme (les jeunes médecins fument moins), de vaccination (la vaccination contre l'hépatite B est plus importante chez les jeunes médecins), ou bien un impact négatif sur la consommation en soins (moins de consultations chez les jeunes médecins).

### **A3. Limites de l'étude**

#### **A3a. Nombre de réponses**

Notre étude a recueilli 286 questionnaires sur les 530 envoyés, soit un taux de réponses de près de 54%, ce qui est un bon taux pour une enquête postale. Cela montre l'intérêt porté par les médecins pour ce sujet. Pourtant, d'autres enquêtes comparables (25, 49, 52, 56, 62) ont eu des taux légèrement supérieurs. La période à laquelle notre questionnaire a été envoyé est peut-être un facteur qui a influencé négativement le taux de réponse : le mois de février est synonyme pour la plupart des médecins d'une activité intense, ou pour d'autres de départ en vacances avec à leur retour surcharge de travail supplémentaire, beaucoup de médecins parmi eux n'auront donc pas pris le temps de répondre.

#### **A3b. Autoquestionnaire**

Notre étude est basée sur un autoquestionnaire, et le recueil des données repose sur le volontariat des participants. Il était donc important de susciter une motivation suffisante de leur part. Nous avons donc ainsi proposé un questionnaire précis, avec des réponses rapides à compléter, et peu de réponses à texte libre. Nous avons assuré la confidentialité et l'anonymat du recueil et du traitement des questionnaires. Cependant, nous avons pu constater qu'il y avait moins de réponses à des questions trop personnelles (vie familiale, consommations en substances addictives, traitements suivis,...). D'autre part nous ne pouvons pas être sûr de l'exactitude de certains renseignements fournis, ou de la compréhension de certains items. Dans certains cas, des médecins n'ont pas répondu aux questions qui leurs posaient problème. Aucun participant ne nous a contacté afin d'obtenir une aide à remplir le questionnaire, malgré la notification de coordonnées e-mail, téléphonique ou postale. Il semble évident que la peur de perdre de l'anonymat ait été un frein à demander une telle aide.

## **B. Charge de travail et ses conséquences**

### **B1. Temps de travail**

Selon le CNOM (21), les médecins "à temps complet" déclarent travailler près de 53 heures par semaine, et ceux qui déclarent travailler à temps partiel effectuent environ 28 heures de travail par semaine. Ces moyennes masquent des différences importantes selon la spécialité, le mode d'exercice et mais aussi les caractéristiques démographiques. Par exemple, les femmes travaillent plus souvent à temps partiel (25 % d'entre elles contre 2 % des hommes). Lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles font 10 heures de moins par semaine que les hommes

Selon la DRESS en 2001 (70) les médecins français travaillent en moyenne 51 heures par semaine et une femme travaille en moyenne 6 heures de moins par semaine qu'un homme. Par ailleurs l'activité se réduit quelque peu à partir du deuxième enfant : une heure hebdomadaire en moins.

Le profil professionnel des médecins de notre échantillon est superposable à celui des médecins généralistes du pays. En effet, le temps de travail moyen déclaré des médecins de l'échantillon est de 53,8 heures hebdomadaires. Plus de deux tiers travaillent 10 à 11 demi-journées par semaine. Le mode d'exercice privilégié est en cabinet isolé dans notre échantillon comme dans la population médicale française (22), et plutôt en milieu urbain.

L'activité médicale libérale est vécue pour beaucoup comme très prenante : ainsi 16 médecins ont insisté librement sur le fait qu'ils manquaient de temps libre pour eux-mêmes ou leur famille, et 4 autres pour pouvoir être à l'écoute de leur propre santé.

L'activité libérale comporte, outre le temps consacré aux patients, une part de travail importante liée à la gestion du cabinet : ce temps a été estimé par Levasseur (50) à une heure quotidienne, soit environ 10% du temps de travail total.

## **B2. Relations entre vie professionnelle, vie familiale et de couple**

La charge de travail, les pressions administratives, les contraintes fixées par le calendrier des gardes, les exigences des patients, ont des impacts sur la vie personnelle des médecins.

Dans notre étude, 7% des médecins ont pris moins de 2 semaines de vacances au cours de l'année 2005, et 54% entre 2 et 5 semaines, alors que la plainte qui revient le plus souvent chez les médecins est le rythme de travail important et le manque de temps libre (16 commentaires libres s'y rapportent). A cela se rajoute la pression administrative et la paperasserie pour 7 d'entre eux, le stress et les conditions de travail difficiles pour 4, la pression des patients ou le manque de remplaçants (3 commentaires chacun).

Levasseur (50) indique que plus de la moitié des médecins bretons ont l'impression de trop travailler, et les trois quarts déclarent manquer de temps pour eux-mêmes ou pour leur famille.

Au contraire, la vie de couple et la vie de famille sont en retour des facteurs importants pour avoir un bon vécu professionnel, ce qui a été cité par 6 médecins.

## **B3. Conséquences psychologiques**

Dans notre échantillon :

- Un médecin pense que le problème le plus important est l'épuisement psychologique des médecins.
- 4 médecins se disent stressés.
- 1 médecin a fait un *burn-out*.
- 1 femme médecin est stressée par la surcharge de travail, l'impossibilité de s'arrêter et pense « ne pas être loin du *burn-out*. »
- 1 médecin a des idées suicidaires.

Stress, *burn-out*, consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs sont les conséquences remarquables chez les médecins de notre échantillon comme ceux des autres études. Ces problèmes sont d'autant plus fréquents ou marqués lorsque les médecins n'arrivent pas à prendre du recul par rapport à leur travail : ce peut être par exemple prendre des vacances un peu plus souvent, se réserver un peu de temps libre, pratiquer une activité physique régulière.

## C. Facteurs de risque

### C1 Tabac

La proportion de fumeurs toutes catégories de notre échantillon est de 10.9% de fumeurs réguliers, et de 18.6% au total (fumeurs réguliers ou occasionnels). Les femmes sont seulement 2 sur les 84 (soit 2.4%) à fumer régulièrement, mais elles sont, en comparaison, assez nombreuses à fumer occasionnellement.

Le dernier Baromètre Santé des Médecins (2003) retrouve un taux de 28.8% de fumeurs parmi les médecins. L'étude de Criton en 1991 annonce 29.5% de fumeurs chez les généralistes lorrains.

En 2005 29.9% des français déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps. En 2003, parmi les cadres français, 23.8% des hommes et 20.9% des femmes sont fumeurs réguliers

Les médecins de notre échantillon ont donc un bon comportement en ce qui concerne le tabac, par rapport à la population française générale et au niveau socio-économique équivalent, et comparé aux médecins français en 2003. Les femmes médecins de notre échantillon ont un très bon comportement en ce qui concerne le tabac.

Mais il est normal que les médecins « montrent l'exemple » puisqu'ils connaissent très bien les dangers du tabac. L'usage du tabac ayant mauvaise presse dans notre société actuelle, l'image d'un médecin fumeur en est d'autant plus ternie : un médecin qui fume peut donc être vu comme un mauvais médecin puisqu'il n'applique pas ce qu'il dit à ses patients. Il perd de sa crédibilité.

Il reste encore quelques des progrès à faire en comparaison avec les médecins des pays anglo-saxons et nordiques : moins de 10% de fumeurs réguliers.

## C2. Alcool

Dans notre échantillon de médecins du département, le nombre moyen de verres d'alcool bus est de 5 par semaine, ce qui ne semble pas excessif. Moins de 10% consomment de l'alcool quotidiennement et moins d'un quart régulièrement. Seulement 3 hommes sur les 198 répondants ont une consommation de plus de 28 verres par semaine, représentant un danger pour la santé selon les critères de l'OMS.

En France, les études montrent une consommation d'alcool stable chez les médecins avec environ 30% de consommateurs réguliers. Mais nous n'avons pas retrouvé de chiffres parlant de quantité d'alcool bu en nombre de verres par semaine pour pouvoir comparer à notre échantillon.

Dans la population générale française, on retrouve un peu plus de consommateurs quotidiens.

L'alcool n'est pas pénalisé par la même image que celle du tabac dans notre société. L'alcool le plus consommé est le vin, produit noble, convivial, mondain, produit ancré dans notre culture. Cela peut expliquer que, contrairement au tabagisme, les médecins français ne semblent pas se distinguer particulièrement face à leur consommation d'alcool.

### **C3. Autres addictions**

On retrouve seulement 2 usagers de cannabis parmi les médecins de notre étude, soit moins de 1%. A noter que la question posée était : « consommez-vous » et non « avez-vous déjà consommé » du cannabis.

Il y a dans la population générale française 13 fois plus d'usagers (occasionnels, réguliers ou quotidiens). Nous n'avons pas trouvé de données relatives à ce sujet chez les médecins dans d'autres pays.

En ce qui concerne les drogues dites « dures », aucun médecin ne semble n'en consommer dans notre échantillon, mais il faut souligner que 16 personnes n'ont pas souhaité répondre à la question.

Les français seraient 0.6% usagers de ce type de produits (45).

La littérature américaine (40) ne donne pas de chiffres précis mais le problème a été posé lors d'une étude chez des médecins hospitaliers : presque 10 % des médecins hospitaliers présentent une conduite addictive, à savoir les problèmes d'alcoolisme en premier lieu, puis la consommation d'opiacés.

Les médecins de notre échantillon semblent donc avoir un bon comportement vis-à-vis des drogues illicites, mais on doit émettre une réserve quant à ce résultat en raison d'une sous-déclaration probable.

## **D. Prévention**

### **D1. Vaccinations**

#### **D1a. Vaccination contre l'hépatite B**

La vaccination contre l'hépatite B a été rendue obligatoire par l'article L10 du code de la Santé Publique pour "toute personne qui [...] exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination". La vaccination a été faite systématiquement aux étudiants en médecine à partir de 1992.

En France en 1998 (07), 87.5% des médecins se disent être vaccinés contre l'hépatite B, dont 96% chez les moins de 40 ans. Seulement les trois quarts de médecins de plus de 50 ans sont vaccinés.

Dans la population générale française, 30% des personnes en 2003 sont vaccinées contre l'hépatite B (32), avec une nette prépondérance chez les 18-25 ans (60% de vaccinés).

Les médecins de notre étude sont vaccinés et à jour dans 86.5% des cas, ce qui est un bon taux, mais qui doit pouvoir être amélioré avec la vaccination systématique des étudiants et des nouvelles générations de médecins.

#### **D1b. Vaccination contre le tétanos**

En France, l'article L 3111-4 du Code de la santé impose de même une dose de vaccin tétanique tous les dix ans « à toute personne qui [...] exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination. » Des rappels sont également recommandés à l'ensemble de la population, à 6 ans, 11-13 ans, 16-18 ans, puis tous les dix ans (47).

Les médecins de notre étude sont à 92.7% vaccinés et à jour. Même si elle est excellente, cette couverture vaccinale doit être améliorée du fait de son caractère obligatoire.

## **D1c. Vaccination contre la grippe**

Selon les études, entre 2002 et 2003 (08, 49, 50, 62) le taux de vaccination durant l'hiver précédant l'enquête varie de 62 à 67%.

Les médecins de notre étude se vaccinent à 81.4% tous les ans ou presque, ce qui semble être un taux très important, alors qu'il ne s'agit pas d'une vaccination obligatoire mais fortement recommandée.

Rappelons que cette année a vu la crainte de l'émergence de la grippe aviaire, et il y a eu une augmentation globale du nombre de vaccinations dans la population générale. Beaucoup de médecins ont pu se vacciner contre la grippe en espérant une certaine protection vis-à-vis du nouveau virus H5N1.

## **D2. Hygiène de vie**

Dans notre étude, 4 médecins ont exprimé leur sentiment d'avoir une bonne hygiène de vie, et 3 médecins ont écrit qu'il est difficile de s'appliquer à soi-même les conseils prodigués à leurs patients.

Les médecins de notre échantillon pensent avoir, en moyenne, une hygiène de vie meilleure que celle de leurs patients de même âge et de même sexe.

Parmi ceux qui pensent qu'il est difficile pour un médecin de s'appliquer de bonnes règles hygiéno-diététiques, c'est par manque de temps (par exemple repas du midi pris rapidement entre deux consultations ou visites), ou bien en raison de l'irrégularité du rythme de vie (difficulté alors de pratiquer régulièrement une activité physique).

### **D2a. Activité physique**

Plus de la moitié des médecins de notre étude ont une activité physique régulière. 3 médecins ont écrit que le sport est pour eux un moyen de rester en bonne santé, et un moyen de se détresser. Le rythme de vie semble être un facteur influençant négativement la pratique régulière d'un sport : en effet, 5 médecins aimeraient pratiquer une activité physique s'ils avaient plus de temps libre.

Pourtant, les médecins de notre échantillon semblent avoir une meilleure hygiène de vie que la population générale française, dans laquelle plus de 60% des adultes n'ont aucune activité physique (contre 44% dans notre échantillon de médecins).

De même, quelques autres études montrent un pourcentage de médecins français ayant une activité physique régulière assez important : entre la moitié et les trois quarts, avec un peu plus d'assiduité pour les hommes. Dans notre enquête, l'opinion des médecins concernant leur sentiment d'avoir une meilleure hygiène de vie semble donc se confirmer.

## **D2b. Indice de Masse Corporelle**

Dans la population française, 36% des hommes et 25% des femmes de moins de 55 ans présenteraient un excès pondéral. Parmi les médecins, ils seraient environ 30% selon deux études de thèse.

Notre étude retrouve 37% de médecins généralistes en surpoids, ce qui semble excessif, mais il faudrait standardiser les données face à la population générale en supprimant les effets d'âge et de sexe : les jeunes et les femmes présentent moins d'excès pondéral, alors que notre échantillon est plus âgé et plus masculinisé.

## **D3. Surveillance de la tension artérielle**

Près des deux tiers des médecins de notre échantillon surveillent leur tension artérielle annuellement ou plus souvent, ce qui correspond aux autres thèses (49 52 62). Il est tout de même surprenant que 11% des médecins de Meurthe-et-Moselle ne la mesurent jamais, malgré l'accessibilité quotidienne au matériel nécessaire.

## D4. Surveillance biologique

### D4a. Glycémie

Les médecins de notre échantillon sont 5,4% à n'avoir jamais dosé leur glycémie à jeun.

Les médecins de la Vienne (56) sont 12,2%.

Au sein de notre échantillon, 83,5% des médecins qui n'ont pas de motif médical de dosage régulier de leur glycémie, ont effectué cet examen moins de cinq ans auparavant. Ils ont donc globalement un bon comportement vis-à-vis du dépistage du diabète.

Il est possible que certains médecins se dépistent au moyen de glycémies capillaires (puisque'ils ont le matériel nécessaire à portée de main) : ont-ils répondu qu'ils avaient réalisé un dosage de glycémie à jeun ou non ?

Il n'y a pas de recommandations françaises précises sur les modalités de dépistage (4), mais aux Etats-Unis, l'ADA (American Diabetes Association) en recommande un tous les trois ans :

- chez les personnes de 20 à 44 ans ayant un poids élevé et sédentaires,
- chez les personnes de 45 à 64 ans ayant un poids élevé ou sédentaires,
- chez les personnes de plus de 65 ans ayant un poids élevé, ou un parent de premier degré diabétique de type 2, ou chez les femmes ayant mis au monde un bébé de plus de 4 kg.

En dehors de recommandations officielles, il est souvent admis en France qu'il faut contrôler la glycémie à jeun tous les trois ans après 45 ans.

Les facteurs de risque reconnus sont : HTA, excès pondéral, ATCD familial, diabète gestationnel ou enfant de plus de 4 kg à la naissance, hypertriglycéridémie, taux de HDL-cholestérol < 0.35mg/dl.

120 médecins de notre échantillon ont un excès pondéral ou une obésité : seulement 2 considèrent qu'ils nécessitent un dosage régulier de leur glycémie.

## **D4b. Dyslipidémies**

Au sein de notre échantillon, 78.8% des médecins qui n'ont pas de motif médical de dosage régulier de leur cholestérol LDL, ont effectué cet examen moins de cinq ans auparavant. 6.5% ne l'ont jamais réalisé. Là aussi, nous pouvons dire qu'ils ont un bon comportement vis-à-vis du dépistage des dyslipidémies.

Dans les autres études, les médecins qui n'ont jamais contrôlé leur cholestérolémie sont plus nombreux : 27% en Alsace (mais en 1999) (52), 10.2% en Ille-et-Vilaine (2002) (62), et 7.1% dans la Vienne (2004) (56). Ils sont donc de moins en moins nombreux à ne pas avoir fait de dosage, car aujourd'hui l'hypercholestérolémie est en première ligne de prévention.

Un tiers des médecins de notre échantillon se dit concerné par un contrôle régulier de son LDL-cholestérol : presque la moitié d'entre eux présentent une dyslipidémie associée ou non à une autre maladie (44 médecins, soit 15.4% de l'effectif total).

Sur les 6 médecins diabétiques, 2 ne sentent pas concernés par un dosage régulier de leur LDL-cholestérol.

Dans les trois autres thèses, ce sont 17% dans le Bas-Rhin, 38.4% en Ille-et-Vilaine, et 24,7% dans la Vienne qui présentent un taux élevé de cholestérol.

Pourquoi les médecins ont-ils moins souvent contrôlé leur LDL-cholestérol que leur glycémie ? La question posée concernait le dosage du LDL-cholestérol, et quelques médecins ont pu répondre qu'ils l'avaient dosé alors que seul le cholestérol total était dosé (avant 2005, le dosage du LDL-cholestérol n'était remboursé qu'en cas d'élévation du cholestérol total) : cela pourrait expliquer cette petite différence.

## **D5. Dépistage des cancers**

### **D5a. Dépistage du cancer colo-rectal**

Environ 7% des médecins ayant répondu au Baromètre Santé 2003 (08) et au questionnaire de Nouger (56), ont effectué une recherche de sang occulte dans les selles. Ce taux monte respectivement à 12% (08) et 14% (56) chez les plus de 50 ans, et parmi ceux ayant un antécédent familial (10.3%)(56).

Nouger a aussi interrogé les médecins sur la pratique de coloscopie. Deux fois plus de médecins ont réalisé cet examen : 16% parmi les médecins de tout âge, 26% chez les plus de 50 ans. Et quatre fois plus parmi ceux qui ont un antécédent familial (44%).

Dans la population générale française, 24% des plus de 50 ans avaient déjà effectué un test Hémo occulte en 2002, la moitié dans le cadre d'un dépistage systématique organisé, un quart dans le cadre d'un dépistage individuel conseillé par leur médecin (32).

Dans notre étude, nous avons demandé simplement s'ils avaient réalisé un dépistage du cancer du colon (une méthode ou l'autre) : plus de 19,7% l'avaient fait moins de 5 ans auparavant, et 7,0% plus de 5 ans auparavant. Parmi ceux de 50 ans ou plus, ces taux remontent respectivement à 24,8% (moins de 5 ans) et 11,6% (plus de 5 ans).

Ce sont donc en Meurthe-et-Moselle deux tiers des médecins de plus de 50 ans qui n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du colon, ce qui démontre une démarche attentiste. De plus, quelques médecins ont réalisé cet examen en raison d'une symptomatologie, et pas seulement dans le cadre d'un dépistage.

L'acceptabilité moyenne du test peut expliquer ces chiffres, notamment en ce qui concerne la coloscopie. Cela implique, pour le médecin, de prendre une journée de congé (non rémunérée), de se mettre « dans la peau d'un patient » et de « passer de l'autre côté de la barrière », sans compter que ce geste porte atteinte à l'intimité. Pourtant, les cancers du colon représentent la troisième cause de mortalité par cancer. Le test Hémo occulte II préconisé est facilement réalisable, a une spécificité (trouver du sang dans les selles) d'environ 98% et une valeur prédictive positive de 10% pour un cancer et 30% pour un adénome, selon l'ANAES. Il permet d'éviter 3000 coloscopies par an (et leurs complications) (53).

De plus on peut penser que les médecins ont peur des conséquences, en cas de positivité d'un test Hémocult II, ou en cas d'anomalies retrouvées à la coloscopie.

Les médecins de notre échantillon qui ont précisé avoir des antécédents familiaux (soit 19) sont beaucoup plus nombreux à avoir réalisé ce dépistage : 15 dans les 5 dernières années, et 2 plus de 5 ans auparavant. Les deux autres qui n'en ont pas fait le prévoient : à partir de 35 ans pour l'un, et 50 ans pour l'autre.

### **D5b. Dépistage du cancer de la prostate**

70% des médecins de plus de 50 ans de notre échantillon ont déjà réalisé un dosage du PSA.

Dans la Vienne, selon Nouger (56), ils sont 66% dans la même tranche d'âge.

Il n'y a pas de recommandation officielle concernant un dépistage de masse du cancer de la prostate dans la population générale, mais des lignes de bonne conduite pour les hommes envisageant un dépistage individuel (03). Cela peut expliquer qu'il y ait 30 % de médecins de l'échantillon qui n'ont pas fait cette démarche, malgré l'acceptabilité du test (simple prise de sang). Pourtant, le cancer de la prostate est la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme (après celui du poumon), et est facilement guérissable car d'évolution lente et détectable précocement.

### **D5c. Dépistage du cancer du col utérin**

L'ANAES recommande un frottis cervico-vaginal tous les trois ans (53).

Selon le Baromètre Santé 2003 (08), 80,9% des femmes médecins ont réalisé leur dernier frottis il y a moins de trois ans, et 88,6% dans la Vienne en 2004 selon Nouger (56).

Dans la population générale française en 2003 (32), les femmes sont 74,9% à avoir réalisé leur dernier frottis moins de deux ans auparavant, et 10.1% de plus si on augmente le délai à cinq ans.

Dans notre échantillon, 67 des 84 femmes médecins (soit 79.8%) ont fait leur dépistage moins de 3 ans auparavant, ce qui ne montre pas de différence évidente de comportement par rapport à la population générale.

## **D5d. Dépistage du cancer du sein**

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein par mammographie, 60% des femmes médecins de plus de 50 ans font leur mammographie tous les deux ans, dans le département de la Vienne (56).

Dans la population française de femmes généralistes en 2003 (08), les deux tiers des femmes de tout âge ont fait leur dernière mammographie il y a moins de 3 ans.

Dans la population générale française, 8 femmes sur 10 âgées de 50 à 60 ans l'ont réalisée dans les deux années précédentes. Après 60 ans, elles sont moins nombreuses à réaliser cet examen. (32)

Les femmes de plus de 50 ans de notre échantillon de médecins sont 20 sur 26 (76,9%) à avoir fait leur dernière mammographie moins de deux ans auparavant. La taille de l'échantillon est trop faible pour pouvoir tirer une conclusion, même s'il ne semble pas avoir de différence de comportement par rapport à la population générale.

## **E. Consommation médicale**

### **E1. Consommation en ressources humaines**

La loi du 13/08/2004 et la convention médicale du 12/02/2005 fixent deux principes fondamentaux :

- un accès aux soins dans le cadre d'un parcours coordonné autour du médecin traitant et du médecin correspondant pour lesquels il est prévu de nouvelles rémunérations : MCS, MCC, MCG...
- un accès aux soins en dehors du parcours coordonné impliquant un droit à dépassement pour le médecin conventionné, à tarif opposable, et une augmentation du ticket modérateur à charge de l'assuré social.

La notion de parcours de soins est conditionnée par la désignation préalable d'un médecin traitant par le patient et l'envoi de la déclaration de choix du médecin traitant.

L'organisme de l'Assurance Maladie laisse implicitement le choix à tout médecin, en tant qu'assuré social, de se déclarer soi-même...

Le choix d'un médecin traitant et la notion de parcours de soins coordonné ont été mis en place courant de l'année 2005.

Les chiffres ci-après reprennent les taux de consultations d'autres médecins, et correspondent à l'année 2005. Par contre, le taux de médecins ayant déclaré un médecin traitant correspond à la date de réponse au questionnaire, soit le mois de février 2006. Ainsi, beaucoup de médecins ont pu faire le choix de leur médecin traitant à la fin de l'année 2005 ou en 2006. Par conséquent, cela peut expliquer que les médecins traitants n'aient pas été souvent consultés au cours de l'année 2005.

## **E1a. Corrélation médecin traitant / médecin consulté**

23 (8,1%) personnes ont pour médecin traitant un médecin généraliste, mais seulement 5 se disent être suivis par un médecin généraliste pour leurs problèmes de santé.

69,7% des médecins se sont déclarés eux-mêmes comme médecin traitant, alors que la plupart des médecins (94,1%) assurent seuls leur suivi médical. 21,5% des médecins n'avaient, au moment du questionnaire, pas encore choisi de médecin traitant. Beaucoup de médecins ont inscrit en annotation à la question, leur étonnement que l'on puisse se déclarer médecin traitant soi-même. Ce qui laisse supposer qu'une bonne partie des médecins ont choisi un autre confrère généraliste comme médecin traitant par « absence de choix ».

9 personnes qui ont un médecin traitant généraliste ne l'ont pas consulté.

Un médecin a consulté 5 fois dans l'année un généraliste, mais ne l'a pas déclaré comme médecin traitant bien qu'il assure son suivi.

Au Royaume-Uni, les médecins sont un peu plus assidus car 96% des médecins ont un médecin traitant, et « seulement » 63% ne l'ont pas consulté l'année précédant l'enquête (1999)(25), ceci car le problème de la santé des médecins est un problème connu depuis longtemps par les autorités britanniques.

## **E1b. Consultation de médecins**

13 médecins ont consulté un généraliste dans le courant de l'année, soit 4.7% de l'échantillon.

Dans la population générale française, le généraliste est l'acteur de santé le plus consulté : 85.1% de la population en a consulté un au cours de l'année 2003. 77.7% parmi les « cadres et professions intellectuelles supérieures ».

Pourquoi les généralistes ne consultent-ils pas leurs confrères ?

- Un médecin (seulement !) écrit justement : « Même en consultant un confrère, la démarche médicale est perturbée du fait de notre profession. Il faudrait consulter anonymement. ». En effet, comme le dit Boucand (28), le médecin qui fait face à un collègue malade est déstabilisé par le fait que son interlocuteur en sait autant que lui. Le chirurgien laisse la décision au médecin de se faire opérer ou non, sans même argumenter son point de vue personnel. Le médecin croit pouvoir tout dire à son collègue malade en oubliant de laisser une place à l'espérance si nécessaire à tout patient quel qu'il soit.

- Le recours à l'autoprescription est la pratique la plus répandue chez les médecins comme le rappellent deux enquêtes auprès de quelques centaines de médecins en France (20) et en Grande-Bretagne (34).

- Tout au long de ses études, les étudiants en médecine sont formés à être toujours plus performants : réussir son concours d'entrée en 2<sup>ème</sup> année, réussir ensuite ses examens mieux que ses voisins pour pouvoir choisir de meilleurs stages pour sa formation. Cela passe entre autres par un esprit de vantardise. Combien de fois ont-ils entendus : « comment, tu ne sais pas ça, toi ? c'est pourtant la base... ». Consulter un confrère généraliste peut donc être vécu comme un aveu à demi-mot que l'on ne sait pas, et le médecin a honte de montrer une défaillance dans son savoir. On a le donc le « droit » de consulter un spécialiste qui a l'excuse d'en savoir plus car il s'agit de son domaine, mais pas celui de consulter un autre médecin généraliste qui n'est « que » son égal.

Moins il s'agit d'un domaine à portée de leurs compétences, plus les généralistes consultent. Ainsi les médecins de notre étude sont 40% à avoir consulté un spécialiste au cours de l'année 2005 et deux fois plus nombreux à avoir consulté un dentiste. Parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures de la population française, ils sont respectivement 63 et 60%. Plus de la moitié des femmes médecins ont répondu avoir consulté un gynécologue. Enfin les psychiatres sont aussi fréquemment consultés que les généralistes par les médecins de notre échantillon.

## **E2. Consommation de soins**

### **E2a. Corrélation traitements long cours / maladies chroniques**

Nous avons demandé dans notre questionnaire, si le médecin interrogé présentait une maladie chronique, et si oui, laquelle. Puis nous lui avons demandé le type de traitement suivi au long cours. Ces résultats sont repris en annexe. Dans quelques cas, des médecins suivent des traitements régulièrement sans pour autant considérer qu'ils sont atteints d'une pathologie chronique. Par exemple, statines pour quatre d'entre eux, antidépresseur ou bêta2-mimétique.

Dans le cas des antidépresseurs, ils sont 3 à déclarer en prendre de manière chronique en 2005. Pourtant 14 médecins ont consulté un psychiatre durant la même période, et la moitié à au moins trois reprises. Et 24 médecins ont déclaré avoir consommé un antidépresseur. On peut donc supposer qu'il y a une sous-déclaration des maladies et des traitements psychiatriques. Ces maladies forment donc pour les médecins une entité à part. Les médecins ne suivent donc pas un traitement régulier pour soigner une affection psychiatrique, mais ils « consomment » des antidépresseurs pour faire face à une « baisse de moral » dû à une vie professionnelle épuisante et stressante. Ils ne sont donc pas malades, ce qui les rassure dans leur ego, puisqu'un médecin n'en a pas le droit.

### **E2b. Consommation médicamenteuse**

Dans notre échantillon, environ 1 médecin sur 10 a consommé un antidépresseur au cours de l'année précédant l'enquête, et 1 médecin sur 4 des somnifères et/ou tranquillisants. Dans la population française, 14% des adultes ont consommé des psychotropes au cours de l'année 2003 (45). Le stress et la facilité d'accès à ces médicaments pour les médecins notamment avec les échantillons médicaux peuvent expliquer ce phénomène de surconsommation. Certes, le comportement des médecins en matière de tabagisme et de consommations de drogues illicites est assez exemplaire en regard de la population générale française, mais ils reportent leurs conduites addictives sur les drogues légalement autorisées et facilement accessibles. La surconsommation des psychotropes est une particularité française, il semble que les médecins aient une part de responsabilité, puisque même en supposant qu'ils ne font que suivre une « mode », ils ne montrent pas l'exemple (rappelons que les autres études retrouvent des chiffres similaires).

40% des médecins de l'échantillon ont consommé des antibiotiques au cours de l'année, dont la majorité pour des infections ORL (angines, sinusites) et respiratoires basses. Il serait intéressant d'avoir des données sur la population générale, mais nous pouvons douter d'une consommation aussi importante. L'Assurance Maladie a fait en 2005 de la baisse de la consommation des antibiotiques un de ses programmes prioritaires. Il semble fort que les médecins eux-mêmes ne se sentent pas ou peu concernés. Le changement d'attitude doit être amorcé par les prescripteurs eux-mêmes. Il est possible que l'exposition quasi permanente aux pathologies infectieuses est responsable en grande partie de cette surconsommation mais les chiffres semblent particulièrement élevés. De même, il ne s'agit pas là d'une particularité des médecins de notre échantillon puisque les autres études ont des taux similaires.

### **E3. Arrêt de travail**

Dans notre échantillon, 5 médecins pensent qu'il est très difficile voir impossible de prendre un arrêt de travail. 2 femmes médecins pensent qu'il serait intéressant d'évaluer la durée des congés de maternité des femmes travaillant en libéral.

25 médecins ont pris un arrêt de travail au cours de l'année 2005 avec en moyenne 50 jours. Peu d'arrêts sont de courte durée, et dans ce cas sont plus que justifiés. Parmi les arrêts de travail de moins de 15 jours, on ne relève pas de pathologie bénigne telle dorso-lombalgie, gastro-entérite, ou encore bronchite... (ces motifs sont repris en annexe). On relève 4 arrêts-maladie de plus de 90 jours (seuil d'indemnisation par la CARMF) : un concerne un carcinome mammaire compliqué d'un angor, les trois autres des grossesses gémellaires et/ou compliquées.

L'activité libérale est un obstacle évident à prendre des arrêts : outre le régime peu favorable de la CARMF (bien que la plupart des médecins ont des assurances complémentaires qui couvrent les arrêts de moins de 90 jours), le sentiment de devoir envers ses patients et envers ses collègues « oblige » le médecin à rester à son poste.

Il n'y a donc pas d'abus de la part des médecins, et les arrêts de travail sont donc justifiés. Les pathologies bénignes ne bénéficient pas ou rarement d'arrêts de travail.

## **F. Facteurs influençant les comportements de santé des médecins**

### **F1. Facteurs influençant la prise en charge de leur santé personnelle**

Dans notre enquête, 45% des répondants pensent que leur prise en charge médicale est moins bonne ou nettement moins bonne. Ils sont 60% en Bretagne (Levasseur, 50).

Ces différents facteurs sont repris de la littérature médicale et des remarques des répondants :

- Charge de travail, manque de temps libre. Ce sont des facteurs de stress, mais aussi ils contribuent à la négligence de la santé de la part des médecins : certaines petites opérations sont reportées le plus tard possible, voire à l'âge de la retraite, comme le cite un médecin.

- Irrégularité du rythme de vie : facteur de stress également, qui empêche entre autres d'avoir une activité physique régulière. Elle a aussi un impact sur le moral et la vie de famille.

- Manque d'objectivité quand on se soigne seul : on oscille entre le « c'est viral, ça va passer tout seul » et le « c'est un cancer ». Entre panique et négligence, il est difficile de trouver le juste milieu.

- Difficultés à consulter un autre confrère : la consultation chez un confrère est souvent informelle, c'est-à-dire qu'elle se passe souvent entre deux portes, au téléphone, et ne comporte souvent pas d'examen clinique. Le médecin consultant suppose que le médecin malade en face de lui en sait autant, alors que ce n'est pas toujours le cas. Le médecin malade se retrouve donc parfois à moitié informé, et il en résulte qu'il se prend moitié en charge par le médecin consulté, et moitié en charge par lui-même.

- Peur de non-respect du secret médical, avec pour corollaire peur du médecin pour sa réputation : « un médecin-malade est un mauvais médecin ». Cette peur est d'autant plus importante si la maladie est psychiatrique, car honteuse, alors que l'on peut encore être « excusé » d'avoir une maladie organique.

- Difficultés à se mettre dans le rôle de patient : la connaissance médicale fait que le médecin-malade angoisse sur les évolutions péjoratives possibles de sa maladie, ou sur les pires maladies pouvant correspondre à ses symptômes. Le médecin se remémore ses patients qu'il a soigné pour la même pathologie. Se retrouver seul face à la maladie qu'il a soignée tout au long de sa vie, le fait « descendre de son piédestal », lui qui était immortel : la maladie peut donc être vécu comme un véritable échec personnel et professionnel.

## **F2. Facteurs influençant leur observance thérapeutique**

Les médecins répondants évaluent leur observance thérapeutique comme sensiblement égale à celle de leurs patients. Pourquoi ne sont-ils pas plus observants ?

- L'automédication pratiquée très fréquemment par les médecins, fait que ceux-ci sont à la fois producteurs et consommateurs de soins. Il y a donc risque de perte d'objectivité quant à la durée, et à la régularité de la prise du traitement. Le médecin se sent au-dessus de la maladie, car il croit la maîtriser comme il maîtrise celle de ses patients : il a donc le pouvoir de suivre son traitement comme il l'entend, et non pas comme les protocoles, établis pour le patient moyen, le voudraient. La consommation est donc impulsive : au moindre symptôme, il n'y a qu'à se servir dans la pharmacie personnelle alimentée par des échantillons médicaux. A l'inverse, il peut interrompre le traitement dès la fin des symptômes.

- Les médecins prennent difficilement un arrêt de travail. Beaucoup s'automédiquent, et tant que les symptômes sont supportables, continuent à travailler sans vraiment se ménager. L'activité libérale est le frein essentiel à prendre un arrêt de travail, avec le manque de remplaçants, ou bien encore le sentiment de devoir envers ses patients ou envers ses confrères (cela impliquerait une surcharge de travail pour eux).

### **F3. Facteurs influençant leur hygiène de vie**

La moitié des répondants estime leur hygiène de vie comme meilleure ou nettement meilleure.

- L'activité physique fréquemment pratiquée chez les médecins leur apporte un bien-être physique (bénéfice cardio-vasculaire) et mental (réduction du stress).

- Le manque de temps libre a un impact sur le stress.

- L'irrégularité du rythme de vie a un impact sur le stress, sur la pratique d'une activité physique, et aussi sur les troubles du sommeil avec ses conséquences (consommation de somnifères élevée dans la population des médecins).

- Les conditions d'installation influent positivement ou négativement. Pour certains, le passage de statut de remplaçant à celui de médecin libéral installé a permis d'instaurer une certaine régularité dans le rythme de vie (exemple d'une installation en milieu urbain avec peu de gardes), et une meilleure hygiène de vie. Pour d'autres, c'est le contraire : manque de temps libre, pression des patients... Un médecin ayant fait un *burn-out* a réorienté sa carrière : transfert de cabinet d'un milieu rural à un milieu urbain (moins de gardes, moins de temps de travail, moins de visites) et pratique d'une médecine à exercice particulier.

La vie familiale et la vie de couple interagissent avec le vécu de la vie professionnelle. Une vie professionnelle prenante a un impact négatif sur la vie de couple et de famille (manque de temps pour les autres, stress, irritabilité, troubles du sommeil). Une vie familiale et une vie de couple épanouies permettent de mieux gérer le stress quotidien généré par l'activité professionnelle.

## **G. Solutions proposées**

### **G1. Par les médecins interrogés**

« Pouvoir consulter anonymement »

Mettre en place un système de consultation anonyme pour les médecins, soit dans des centres ou des services de consultation dédiés, soit entre confrères eux-mêmes. Cela impliquerait de pouvoir consulter sans carte vitale, ou de générer des identités factices sur celles-ci. La consultation anonyme permettrait une augmentation des consultations de la part des médecins, car la peur de la perte d'anonymat et les conséquences sur la réputation sont les principaux freins.

« Une consultation annuelle obligatoire auprès d'un confrère »

Cette consultation mettrait tous les médecins sur le même niveau : tout le monde consulte tout le monde. Une consultation, dans son caractère systématique, enlèverait le sentiment de honte ressenti par le médecin malade qui entre dans le cabinet d'un autre. Elle permettrait surtout d'améliorer les comportements de prévention (contrôles biologiques, dépistages de cancer, etc...), de cibler les examens en fonction des facteurs de risque, et aussi de détecter les médecins présentant des problèmes d'addiction, avec une prise en charge précoce de ceux-ci.

« 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 (18), comme en Angleterre par exemple (71). Ce qui est obligatoire est vécu comme répressif par le médecin : peur de ne plus pouvoir exercer si l'on découvre un problème physique ou psychique grave, car sans anonymat garanti.

« Etablir une liste de médecins remplaçants pour les remplacements urgents »

L'ordre départemental des médecins détient une liste de remplaçants et leurs coordonnées, consultable par tout médecin sur simple demande. Cette liste est passive. Il faudrait pouvoir y ajouter une certaine interactivité : déterminer pour chaque remplaçant une zone géographique et des périodes disponibles, pourquoi pas directement consultable et modifiable sur un site internet, sorte de base de données interactive en temps réel, avec un caractère officiel et sans but lucratif (à l'initiative des autorités publiques, financées par exemple par les cotisations annuelles à l'ordre).

## **G2. Exemples internationaux**

Instaurer des lignes de bonne conduite pour les médecins, en tant que patient, et en temps que consultant d'un autre collègue à l'initiative de l'HAS par exemple, relayées périodiquement par les revues et quotidiens médicaux.

Faire désigner, par les médecins, un médecin traitant autre que lui-même ou un membre de sa famille.

Inciter les médecins à parler de leurs maladies afin de les banaliser, favoriser des groupes de discussion.

Développer au niveau national des programmes de détection et de prise en charge précoce des médecins présentant des troubles psychiatriques, des dépendances, ou des maladies organiques susceptibles d'affecter la qualité des soins. Promouvoir les initiatives telles que l'aide téléphonique proposée par l'AAPML pour les médecins présentant un *burn-out* ou des difficultés professionnelles.

# Conclusion

286 médecins du département de Meurthe-et-Moselle, sélectionnés au hasard, ont accepté de répondre à notre questionnaire qui cherchait à décrire le comportement des généralistes libéraux vis-à-vis de leur propre santé en 2005.

Le taux de participation assez important pour une enquête postale (54%) montre l'intérêt porté par les médecins en ce qui concerne ce sujet. Eux qui s'occupent de la santé des autres, les voilà motivés par une étude qui s'intéresse en retour à la leur.

Il ressort de notre étude que l'hygiène de vie des médecins est de bonne qualité.

Ils sont moins de fumeurs, comparé à la population générale française ; mais des efforts restent à faire en regardant le comportement exemplaire des médecins des pays nordiques et anglo-saxons.

Même s'ils consomment autant d'alcool que la population générale, ils sont moins de consommateurs quotidiens. Ils ont un mode de consommation moins régulier.

Ils sont plus nombreux à pratiquer une activité sportive, malgré le manque de temps libre. Le sport leur permet de gérer le stress quotidien fréquemment ressenti dans la population des médecins.

Paradoxalement, ils sont plus nombreux à présenter une surcharge pondérale que dans la population générale.

En ce qui concerne les comportements de prévention, le bilan est moins positif.

Les taux de couverture vaccinale sont bons en ce qui concerne les vaccinations obligatoires (hépatite B, tétanos), mais devraient pouvoir être améliorés. La vaccination contre le virus de la grippe est fréquemment réalisée, bien qu'elle ne soit pas obligatoire.

Beaucoup de médecins ne surveillent pas leur tension artérielle malgré l'accessibilité quotidienne au matériel.

Huit médecins sur dix réalisent des bilans sanguins au moins une fois tous les cinq ans, à la recherche d'un diabète, ou d'un taux élevé de LDL-cholestérol.

Par contre, ils ont une démarche attentiste en ce qui concerne le dépistage précoce des cancers. Deux tiers n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer colo-rectal : problème d'acceptabilité de la coloscopie et à moindre mesure du test Hémocult II ? Un tiers des hommes n'ont jamais réalisé de dosage du PSA malgré la bonne acceptabilité du test : en cause l'absence de politique de dépistage de masse ? Les femmes médecins sont à peine plus assidues en ce qui concerne la fréquence de réalisation des frottis cervico-vaginaux par rapport à la population féminine française. L'effectif des femmes est trop faible pour pouvoir tirer une conclusion sur la pratique des mammographies de dépistage.

Leur comportement vis-à-vis de la consommation en soins est plutôt mauvais.

Beaucoup d'entre eux n'ont pas de médecin traitant.

Lorsqu'ils ont déclaré un médecin traitant, beaucoup se sont déclarés eux-mêmes, traduisant un fort recours à l'autoprescription.

Lorsqu'ils ont déclaré un autre généraliste comme médecin traitant, ils ne le consultent pas ou peu souvent.

Ils consultent très rarement d'autres médecins généralistes, puisqu'ils assurent très majoritairement eux-mêmes le suivi de leur propre santé. Par contre ils ont un très bon suivi dentaire, et les femmes consultent assez souvent leur gynécologue.

Les consommations en médicaments sont excessives : quatre médecins sur dix ont pris au moins un antibiotique au cours de l'année (il est vrai que la profession est exposée en permanence aux agents infectieux). Un quart a consommé des somnifères et/ou des tranquillisants, et un dixième des antidépresseurs durant la même période. Dans la majorité des cas, les psychotropes et neuroleptiques sont consommés sans l'avis d'un psychiatre ou d'un autre médecin, et beaucoup de ces consommateurs ne se considèrent pas malades.

Les arrêts de travail sont pris en dernier recours, et la reprise de travail est parfois précoce : le caractère libéral de la profession (perte financière), le sentiment de devoir envers collègues et patients peuvent y apporter une explication.

Les médecins de notre échantillon ont un regard assez objectif sur leur comportement envers leur santé, en comparaison avec leurs patients de même âge et même sexe.

Ils estiment leur hygiène de vie meilleure que celle de la population générale.

Ils estiment la prise en charge de leur santé plutôt moins bonne.

Ils estiment qu'ils suivent aussi bien leur traitements que leurs patients.

En résumé, le comportement des médecins envers leur propre santé est plutôt bon pour la prévention et l'hygiène de vie, même si des points restent à améliorer : dépistages des cancers notamment. Par contre, ils réagissent mal face à la maladie, avec une consommation impulsive et symptomatique, une absence de prise en charge objective par une tierce personne, et un déni de la maladie jusqu'à ce que les symptômes deviennent trop importants.

Quelles solutions pourraient-on proposer pour améliorer la prise en charge de la santé des médecins ?

Interdire la déclaration d'un médecin traitant qui soit lui-même ou un membre de sa famille.

Interdire l'autoprescription de certaines classes de médicaments comme les psycholeptiques.

Permettre et garantir l'anonymat des consultations.

Organiser un suivi périodique de santé, sorte de médecine du travail spécifique aux médecins libéraux.

Favoriser les programmes d'aides anonymes aux médecins qui présentent des problèmes psychiatriques, de dépendances...

Nous n'avons pas la prétention d'épuiser un sujet si complexe, mais de démontrer que le médecin, habituellement confiné dans son rôle de producteur de soins et de codificateur de bonnes conduites, peut lorsqu'il est confronté à sa santé et à la maladie, avoir un comportement qui n'est pas celui qu'il préconise. De cette étude ressort un tableau de comportements de santé parmi une population habituellement donneuse et non receveuse de soins mais on ne peut qu'avancer des hypothèses sur les facteurs influençant ces comportements. Des enquêtes complémentaires, qualitatives et descriptives, seraient intéressantes afin d'apporter des informations sur les conduites particulières des médecins, notamment dans les domaines de pratiques de dépistages, de consommation médicamenteuse, et des consultations d'autres médecins. La réforme médecin traitant mise en place début 2006 aura-t-elle un impact sur le parcours de soins des médecins généralistes ?

# Bibliographie

- 1- AFSP (American Foundation for Suicide Prevention). <http://www.afsp.org>
- 2- Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE octobre 2002;869. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- 3- ANAES. Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. Septembre 2004.
- 4- ANAES. Principes de dépistage du diabète de type 2. Février 2003.
- 5- Anderson W. Doctoring doctors. BMJ. Saturday 31 July 1999;319:7205.
- 6- Arènes J, Baudier F, Dressen C, Rotily M, Moatti JP. Baromètre Santé Médecins Généralistes 94/95. Paris : CFES,1996.
- 7- Arènes J, Baudier F, Guilbert P. Baromètre Santé Médecins Généralistes 98/99. CFES, 2000.
- 8- Balinska MA, Baudier F, Bourdessol H et al. Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003. [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- 9- Baudier F, Gautier A, Guilbert P. Baromètre Santé 2000. CFES, Vanves, coll Baromètres, 2001. [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- 10- Baumann F. Le *Burn-out* vu par un clinicien. La Revue Du Praticien Médecine Générale 08-12-2003;17(634):1644.
- 11- BMA (British Medical Association). Responsabilités éthiques concernant les soins de médecins devenus patients. Mars 1995, mis à jour en mars 2004. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/doctorspatients>.
- 12- Bohigian GM, Bondurant R, Croughan J. The Impaired and Disruptive Physician : The Missouri Physicians' Health Program-An Update (1995-2002). J Addict Dis. 2005;24(1):13-23.
- 13- Bourguignon A. De plus en plus de médecins libéraux ont des arrêts de travail pour maladie grave. Le quotidien du médecin 22 janvier 2003.
- 14- Bourguignon A. Une surmortalité des médecins par suicide. Le quotidien du médecin 15 avril 2004;7520.
- 15- Brucker G., Josseran L. Tabagisme : les médecins français fument autant que leurs patients ! La revue du praticien – médecine générale 4 mars 2002;16(566):349-351.
- 16- Carton R. Le médecin, un malade difficile. L'automédication bien comprise. Le Quotidien du médecin 19 janvier 2006;7880:11.

- 17- Chabaud F, Laforgue AV, Maurice JC, Underner M. Centre de tabacologie, Pavillon René Le Blaye, CHU La Miletrie, Poitiers. Influence of doctors' smoking habits on minimal advice for smoking cessation. A survey of 369 general practioners in the department of Vienne, France. *Presse Med* 28 août 2004;927-9.
- 18- Chardon D. Médecine du travail à l'hôpital : bonnet d'âne pour les praticiens. *Le Quotidien du médecin* 15 avril 2005;7736:2-3.
- 19- Chopra S, Sotile W, Sotile M. Physician Burnout. *JAMA* Feb 4, 2004;291(5).
- 20- Comité Permanent Des Médecins Européens (CPME) : Programme intégré pour les médecins européens souffrant de problèmes mentaux et/ou d'une propension à la dépendance. 30 août 2003. [www.cpme.be](http://www.cpme.be)
- 21- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie Médicale Française. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Juin 2005. Etude n°38. [www.cnom.fr](http://www.cnom.fr).
- 22- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Liberté d'installation, liberté d'exercice, quelle médecine pour quels médecins ?. Rapport du 14 juin 2003.
- 23- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Lutter contre le Burn-Out. *Le Bulletin de l'Ordre des Médecins*. décembre 2005 : 5. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)
- 24- Coumau C. Généralistes, ces patients vertueux. *Impact Médecine* 28 avril 2005;118:5.
- 25- Criton M. Le tabagisme du médecin généraliste en Meurthe et Moselle. Th médecine générale Nancy I 1991.
- 26- Cromie W.J. Suicide high among female doctors : more than double the rate of general public. *The Harvard University Gazette* Feb 3, 2005. [www.news.harvard.edu/gazette/2005/02.03/11-suicide.html](http://www.news.harvard.edu/gazette/2005/02.03/11-suicide.html)
- 27- CSAM (Société Médicale Canadienne sur l'Addiction). [www.csam.org](http://www.csam.org)
- 28- Delahaye C. Le médecin, un malade difficile. La médecine vécue côté malade. *Le Quotidien du médecin* 19 janvier 2006;7880:12.
- 29- Doll R, Peto R, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking : 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309;901-11.
- 30- Dumartin S. Trois quarts des Français se considèrent en bonne santé. *INSEE* mars 2000;702. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- 31- Dumont F, Dufresne J, Martin Y. Nos médecins sont malades. *Traité d'anthropologie médicale*. Presses de L'Université du Québec, Presses universitaires de Lyon, Québec et Lyon, 1985:1067. <http://agora.qc.ca/encyclopedie.nsf>

- 32- Elbaum M, Hini E, Demaison C, Daniel E. DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques). Etudes et résultats. La prévention : perceptions et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003. Mars 2005 ;385. [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)
- 33- Estryng-Behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Ed Masson 2002.
- 34- Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients : postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 4 september 1999;19:605-8.
- 35- Franck E. Physician Health and Patient Care. *JAMA* February 4 2004; 291(5),637.
- 36- Franck E and *al.* Health-related behaviors of women physicians vs other women in the U.S. *Arch Intern Med* 1998;158:342-348.
- 37- Franck E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among US physicians. *Am J Prev Med* 2000;19:155-159.
- 38- Franck E., Breyan J., Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med* 2000;9:287-290.
- 39- Fréour P, Tessier JF. Vingt-cinq ans de tabagisme en France (1966-1991) chez les médecins praticiens et la population générale masculine. *Bull Acad Natl Med* 1993;177;21-34.
- 40- Ganley OH, Pendergast WJ, Wilkerson MW, Mattingly DE. Outcome study of substance impaired physicians and physician assistants under contract with north Carolina physicians health program for the period 1995-2000. *J Addict Dis* 2005;24(1):1-12.
- 41- Gautier I. Burn-out des médecins. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris. Mars 2003.
- 42- George E Vaillant. Physician, cherish thyself : The hazards of self-prescribing. *JAMA*, May 6, 1992;267(17):2373.
- 43- Guilbert P, Gautier P. Baromètre Santé adultes 2005 – Premiers résultats. INPES. [www.cfes.sante.fr](http://www.cfes.sante.fr)
- 44- Huby G, Gerry M, McKinstry B, Porter M, Shaw J, Wrate R. Morale among general practitioners : qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload. *BMJ* 20 july 2002;325:140.
- 45- INSEE. La France en faits et chiffres. Thème Santé / Maladies - Accidents - Drogues. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- 46- INSEE. La France en faits et chiffres. Thème Santé / Personnels et équipements de santé. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

- 47- InVS : Calendrier vaccinal 2005 et autres avis du Conseil supérieur d'hygiène publique en France relatifs à la vaccination. 5 juillet 2005;BEH N°29.
- 48- Le Borgne C. Burn-Out : un numéro vert pour aider les médecins. Le Concours médical 01 juin 2005 ;127(21):1155.
- 49- Le Roy ML. Docteur, comment va votre santé ? Etude menée auprès de 323 médecins généralistes du département des Côtes d'Armor. Th Méd Rennes I 2003;66.
- 50- Levasseur, G. Les médecins bretons et leur santé. Rapport d'étude pour l'URMLB. Juillet. 2003.  
[sweb03.limdim.dom2000.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/sante\\_mg.pdf](http://sweb03.limdim.dom2000.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/sante_mg.pdf).
- 51- Li FP. Working-life span of physicians. JAMA nov 4 1968;206(6):1308.
- 52- Maulbecker V. Docteur, comment vous soignez-vous? Le médecin généraliste et sa santé, d'après une enquête réalisée dans le département du Bas-Rhin. Th Méd Strasbourg 1999;36.
- 53- Ministère de la santé. Dossier cancers. Chapitre 3 : dépistage.  
[www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/chap3.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/chap3.pdf)
- 54- Moshe E Gatt. My Lousy doctor. BMJ January 24 2004;328:219.
- 55- Nelson DE., Giorino GA., Emont SL. and *al.* Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. JAMA 1994;271:1273-76.
- 56- Nougier F. Les médecins et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? » Enquêtes sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Th Méd Poitiers 2004;1038.
- 57- ONCOLOR (Réseau Oncologie Lorraine) : Référentiel Sein dépistage. 20 janvier 2005. [www.oncolor.org/referentiels/sein/sein\\_dep\\_acc.htm#](http://www.oncolor.org/referentiels/sein/sein_dep_acc.htm#)
- 58- PAMQ (Programme d'aide aux médecins du Québec). <http://www.pamq.org>
- 59- Queen's university. Smoking Behaviour, Knowledge and Attitudes among Family Medicine Physicians and Nurses in Bosnia and Herzegovina.  
<http://www.queensu.ca/fmed/bosniafm/publications.html>
- 60- Revue de presse internationale « Artze Zeitung » (Allemagne). Les femmes médecins en meilleure santé que les hommes. Le quotidien du médecin 19 janvier 1999.
- 61- Rimpela A, Nurminen M, Pulkkinen P, Rimpela M, Valkonen T. Mortality of doctors : do doctors benefit from their medical knowledge ?. Lancet. January 10 1987;84-6.
- 62- Roumane S : Comment les médecins généralistes bretons prennent-ils en charge leur santé. Th Méd Rennes I 2002;50.
- 63- Scally G. Physicians can't heal themselves. Lancet 1996;347:105-109.

- 64- Thibault M. Le médecin malade. L'Encyclopédie de l'Agora.  
<http://agora.qc.ca/encyclopedie.nsf>
- 65- Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. Th Méd Nancy I 2003.
- 66- Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioner's care of their own health : qualitative study. BMJ september 29, 2001;323:728-31.
- 67- Truchot D. Le *Burn-out* dans la pratique du médecin généraliste. Enquête auprès de médecins généralistes. La Revue Du Praticien Médecine Générale 08-12-2003;17(634):1643.
- 68- Van Ingen Frederika. Les médecins malades du stress. Impact-Médecine 16 Dec 2002;20.
- 69- Vidal M, Campagne C, Rouen T, Gleizes M. Aider les médecins généralistes face au stress professionnel. La Revue Exercer - Janvier / Février 2003;68. [www.cnge.fr](http://www.cnge.fr)
- 70- Vilain A et Niel X. : « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », DREES, Etudes et Résultats n°114, 2001.  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er114.pdf>
- 71- Waldron H.A. and Brandon S. Medical advice for sick physicians. Lancet. June 1, 1996;347:1558-9.

# Annexes

## A. Questionnaire

### Chère consœur, cher confrère

Le questionnaire qui vous est adressé va servir de support à la réalisation d'une thèse de médecine générale sous la direction du Dr Alain AUBREGE, responsable du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale). Le propos de notre travail devrait retenir toute votre attention puisqu'il cherche à analyser l'« attitude des médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé » au travers d'une enquête menée auprès de 500 médecins généralistes parmi les 735 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle.

*Ces données resteront évidemment strictement confidentielles et anonymes.*

**D'avance un grand merci** pour votre participation dont dépend la validité et l'intérêt de notre travail. Retournez-nous le questionnaire à l'aide de l'enveloppe affranchie ci-jointe avant le samedi 21-02-2006.

Romain SUTY

12 rue de Lunéville - 54110 COURBESSEAU

03-83-32-03-02 - romain.suty@libertysurf.fr

### A- SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

1- Année de naissance : /    /    /    /    /

2- Année d'installation : /    /    /    /    /

3- Sexe :  M  F

4- Situation familiale à ce jour :  seul  en couple  
 avec enfant(s)  sans enfant

5- Lieu d'exercice :  urbain (>10000 hab)  semi-urbain  rural (<2000 hab)

6- Conditions d'exercice :  seul  associé

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

8- Combien de demi-journées libres par semaine avez-vous, hormis le dimanche :  
 aucune  1 ou 2  3 ou plus

9- Combien de semaines de vacances prenez-vous par an :  
 moins de 2  2 à 5  plus de 5

### B- FACTEURS DE RISQUE

1- Fumez-vous :  non, vous n'avez jamais fumé  non, mais vous êtes sevré  
 oui, occasionnellement  oui, régulièrement (>1 fois/jour)

2- Si oui, avez-vous déjà arrêté pendant au moins 1 semaine :  
 jamais  oui, 1 ou 2 fois  oui, au moins 3 fois

3- Combien de paquets-année avez-vous totalisé : /\_\_\_/\_\_\_/ PA

4- Quelle est votre consommation moyenne d'alcool : /\_\_\_/\_\_\_/ verres par semaine.

*Sachant que 1 verre d'alcool = 10g d'alcool = 1 verre de vin, ou 1 verre de 25 cL de bière, ou un petit verre d'apéritif.*

5- Votre consommation d'alcool est-elle :  occasionnelle  
 régulière (>3 fois par semaine)  quotidienne

6- Consommez-vous : du cannabis  non  oui  
d'autres drogues (héroïne, substitutifs, cocaïne...)  non  oui

## C- PREVENTION

### a- Etes-vous vaccinés contre :

- 1- Diphtérie Tétanos Poliomyélite :  non, ou pas à jour  oui  NSP
- 2- Hépatite B :  non, ou pas à jour  oui  NSP
- 3- Grippe :  jamais ou rarement  tous les ans ou presque

### b- Facteurs de risque cardio-vasculaires :

- 1- Vérifiez-vous votre tension artérielle :  tous les ans ou plus souvent  moins d'une fois par an  jamais
- 2- Quel est votre poids : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ kg - Taille : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ cm-
- 3- Faites-vous du sport :  jamais ou rarement  1 à 2 heures / semaine  3 heures ou plus / sem

### c- Dépistages biologiques :

- 1- Glycémie
- 1.1 Vous êtes concerné par un contrôle régulier de votre glycémie (diabète, traitement...)  oui, motif : .....  non
- 1.2 Si non, votre dernier contrôle de glycémie à jeun date de :  moins de 5 ans  plus de 5 ans  jamais réalisé
- 2- LDL-cholestérol et triglycérides
- 2.1 Vous êtes concerné par un contrôle régulier de votre bilan lipidique  oui, motif : .....  non
- 2.2 Si non, votre dernier dosage de LDL-cholestérol, triglycérides date de :  moins de 5 ans  plus de 5 ans  jamais réalisé

#### **d- Dépistages spécifiques de cancer :**

*Merci d'indiquer en commentaire s'il s'agit de votre part d'une démarche motivée par des symptômes, des antécédents personnels ou familiaux ; s'il s'agit d'une démarche volontaire sans raison particulière ; ou bien les raisons de la non réalisation du dépistage.*

1- Votre dernier dépistage du cancer du colon (Hémocult, coloscopie) date de :

il y a moins de 5 ans       il y a plus de 5 ans       jamais réalisé

commentaire : .....

2- Si vous êtes un homme de plus de 50 ans, avez-vous déjà réalisé un dosage des PSA :

oui       non

commentaire : .....

3- Si vous êtes une femme, votre dernier frottis cervico-vaginal date de :

il y a moins de 3 ans       il y a plus de 3 ans       jamais réalisé

commentaire : .....

4- Si vous êtes une femme, votre dernière mammographie date de :

il y a moins de 2 ans       il y a plus de 2 ans       jamais réalisée

commentaire : .....

#### **D- VOUS ET VOTRE SANTE**

1- Qui assure en général le suivi de votre santé :

Vous- même       Un autre médecin généraliste       Un spécialiste

2- Avez-vous déclaré un médecin traitant :  non

oui, vous-même

oui, un généraliste

oui, un spécialiste, précisez : .....

3- Etes-vous atteint d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) :  oui

non

4- Si oui, la(les)quelles :

● cardio-vasculaire : .....

● psychiatrique : .....

● néoplasique : .....

● autres : .....

5- Cette maladie est-elle à l'origine d'un aménagement de votre temps de travail :

non

oui, précisez comment.....

.....

.....

6- Suivez-vous un traitement au long cours :

non

oui, quelles classes thérapeutiques : .....

.....

.....

.....

## E- VOTRE CONSOMMATION DE SOINS

- 1- Avez-vous une mutuelle ou complémentaire santé :  oui  non
- 2- Au cours de l'année 2005, avez-vous consulté un médecin généraliste :  
 non  oui, combien de fois : .....
- 3- Au cours de l'année 2005, avez-vous consulté un psychiatre :  
 non  oui, combien de fois : .....
- 4- Pour les femmes, au cours de l'année 2005, avez-vous consulté un gynécologue :  
 non  oui, combien de fois : .....
- 5- Au cours de l'année 2005, avez-vous consulté un autre spécialiste (sauf psy ou gynéco) :  
 non  oui, combien de fois : .....
- 6- Au cours de l'année 2005, avez-vous consulté un dentiste :  
 non  oui, combien de fois : .....
- 7- Au cours de l'année 2005, avez-vous consommé :  
 • un antidépresseur  non  oui  
 • un somnifère et/ou tranquillisant  non  oui  
 • des antibiotiques :  non  oui, motif/durée.....
- 8- Avez-vous eu un ou des arrêt(s) de travail au cours de l'année 2005 :  
 non  oui  
 si oui, quelle était la durée totale du ou des arrêts : /\_\_\_/\_\_\_/ jours  
 pour quel(s) motif(s) : .....
- 9- De façon générale, par rapport à vos patients de même âge et de même sexe, comment noteriez-vous:

	Nettement moins bonne	Moins bonne	Equivalente	Meilleure	Nettement meilleure
la prise en charge de votre santé	1	2	3	4	5
vos observances thérapeutiques	1	2	3	4	5
vos habitudes de vie	1	2	3	4	5

## F- COMMENTAIRES LIBRES ET SUGGESTIONS

## B. Tableaux et graphiques complémentaires

Se reporter au chapitre C3a des résultats de l'enquête

MOTIFS DU DOSAGE DE LA GLYCEMIE		
ATCD Familial :	12	
diabète NID :	6	
cardio-vasculaire :	5, dont	
<i>ATCD personnel cardiovasculaire :</i>		1
<i>HTA+DLP :</i>		1
<i>HTA :</i>		1
<i>coronaropathie :</i>		1
<i>DLP :</i>		1
age / prévention / systématique :	7	
ATCD personnel de diabète gestationnel :	1	
glycémie limite :	2	
surpoids :	2	
autres :	4, dont	
<i>contraception :</i>		1
<i>THS :</i>		1
<i>assurances :</i>		1
<i>médecine du travail (pompier) :</i>		1

DLP : dyslipidémie

DNID : diabète non-insulino dépendant (ou requérant)

HTA : : hypertension artérielle

THS : traitement hormonal substitutif

Se reporter au chapitre C3b des résultats de l'enquête

MOTIFS DE DOSAGE DU LDL-CHOLESTEROL		
ATCD Familial :	13	
ATCD F cardio-vasculaire :	4, dont	
<i>ATCD F IDM :</i>		1
<i>ATCD F coronaire :</i>		1
<i>ATCD F cardiologique :</i>		2
DLP :	39, dont	
<i>DLP isolée</i>		35
<i>ATCD F + DLP :</i>		1
<i>HTA + DLP :</i>		1
<i>stent + DLP :</i>		1
<i>DNID + DLP :</i>		1
pathologie cardio-vasculaire isolée :	8, dont	
<i>angor :</i>		1
<i>IDM :</i>		1
<i>coronaropathie :</i>		2
<i>HTA :</i>		2
<i>ATCD P cardiovasculaire :</i>		1
<i>HTA + coronarite :</i>		1
diabète NID :	3	
cholestérol limite :	2	
systématique / prévention / age :	6	
autres :	11, dont	
<i>traitement :</i>		1
<i>suivi gynécologique :</i>		1
<i>THS :</i>		1
<i>contraception :</i>		5
<i>assurances :</i>		2
<i>médecine du travail (pompier) :</i>		1

IDM : infarctus du myocarde

Se reporter au chapitre C4 des résultats de l'enquête

Commentaires sur les dépistages du cancer du colon		
moins de 5 ans N=56 27 commentaires	plus de 5 ans, N=20 7 commentaires	pas fait, N=208 21 commentaires
<b>motifs</b> - ATCD F : 15 - symptômes : 6 - suivi mégadolichocolon : 1 - volontaire+âge : 2  <b>méthode</b> - coloscopie : 3	<b>motifs</b> - ATCD F : 1 - ATCD F mais âge < 50 : 1 - symptômes : 2 - symptômes mais âge <50 : 1  <b>méthode</b> - coloscopie : 1  <b>autres commentaires</b> - plus de 5 ans, mais prévu : 1	<b>motifs</b> - pas besoin : 1 - risque de faux négatifs sur Hémoccult car sous aspirine : 1 - mais kit Hémoccult fourni : 1 - sans ATCD F mais âge =50 ou plus : 2 - sans ATCD F et âge <50: 12  <b>autres commentaires</b> - mais prévu : 1 - mais lavement baryté fait : 1 - pas fait mais prévu à partir 35 ans car ATCDF : 1 - pas fait mais prévu à partir 50 ans pour coloscopie car ATCD F: 1

Se reporter au chapitre C4 des résultats de l'enquête

Commentaires sur les dépistages du PSA	
fait, N=81 13 commentaires	pas fait, N=40 4 commentaires
- volontaire : 8 - ATCD Familial : 2 - symptômes : 1 - suivi HBP : 1 - imposé par médecin traitant : 1	- pas besoin : 1 - dépistage non validé, choix personnel : 1 - pas fait mais prévu : 2

HBP : hypertrophie bénigne (ou adénome) de la prostate

Se reporter au chapitre C4 des résultats de l'enquête

Commentaires sur la réalisation des frottis	
<b>moins de 3 ans, N=67</b> 20 commentaires	<b>plus de 3 ans, N=14</b> 2 commentaires
- volontaire : 17 - ATCD familial : 1 - systématique en début grossesse : 1 - ATCD personnel cancer du col : 1	- après dernier accouchement : 2

Se reporter au chapitre C4 des résultats de l'enquête

Commentaires sur la réalisation des mammographies		
<b>moins de 2 ans, N=48</b> 14 commentaires	<b>plus de 2 ans, N=13</b> 6 commentaires	<b>pas fait, N=23</b> 6 commentaires
- volontaire : 8 - ATCD familial : 3 - suivi mastopathie : 2 - bilan infertilité : 1	- volontaire : 2 - symptômes : 1  - mais programmée : 2 - âge non atteint : 1	- âge non atteint : 6

Se reporter au chapitre D2 des résultats de l'enquête

Commentaires sur les maladies chroniques <b>avec</b> traitement		
<p><b>Cardiovasculaires</b></p> <p>HTA : 28</p> <p>dyslipidémie : 24</p> <p>sans précision : 1</p> <p>angor : 1</p> <p>IDM : 1</p> <p>coronaropathie : 2</p> <p>coronaropathie+stent : 2</p> <p>pontage coronarien : 1</p> <p>artérite : 2</p> <p>ACFA : 1</p> <p>troubles du rythme : 1</p> <p>anévrisme : 1</p>	<p><b>Néoplasiques</b></p> <p>cancer thyroïde : 1</p> <p><b>Psychiatriques</b></p> <p>dépression récidivante : 1</p> <p><b>Endocriniennes</b></p> <p>hirsutisme : 1</p> <p>thyroïdite de Hashimoto : 2</p> <p>hypothyroïdie : 3</p> <p>diabète NID : 4</p>	<p><b>Autres</b></p> <p>hypokaliémie : 1</p> <p>insuffisance rénale : 1</p> <p>adénome prostate : 1</p> <p>surdit�, acouph�nes : 1</p> <p>pathologie cordes vocales : 1</p> <p>rhinite : 2</p> <p>RGO : 4</p> <p>oesophagite : 1</p> <p>glaucome : 2</p> <p>thrombose veineuse oculaire : 1</p> <p>asthme : 2</p> <p>allergie : 3</p> <p>SEP : 1</p> <p>hernie discale+sciatique : 1</p> <p>endom�triose : 1</p>

ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire

RGO : reflux gastro-oesophagien

SEP : sclérose en plaques

Se reporter au chapitre D2 des résultats de l'enquête

Commentaires sur les maladies chroniques <b>sans</b> traitement		
<p><b>Cardiovasculaires</b></p> <p>m. de Bouveret : 1  syndrome WPW : 1  dyslipidémie : 4</p>	<p><b>Néoplasiques</b></p> <p>K prostate : 1  K colon : 1  adénocarcinome mammaire  bilatéral : 1  carcinome corde vocale : 1</p> <p><b>Psychiatriques</b></p> <p>trouble anxieux généralisé : 1  burn-out : 1  dépression : 2</p> <p><b>Endocriniennes</b></p> <p>DNID : 2</p>	<p><b>Autres</b></p> <p>coliques néphrétiques : 1  adénome prostate : 2  hydronéphrose : 1</p> <p>spasme de l'hémiface : 1  maladie sensorielle : 1</p> <p>choriorétinite : 1  glaucome : 1</p> <p>rectocolite hémorragique : 1</p> <p>polyarthrite : 1</p> <p>migraines : 1  suspicion de SEP : 1</p>

m. : maladie

syndrome WPW : syndrome de Wolf-Parkinson-White

Se reporter au chapitre D3 des résultats de l'enquête

Commentaires sur les traitements au long cours avec maladie chronique		
Cardiovasculaires	Psychiatriques	Autres
β-bloquants: 13 AA2 : 11 IEC : 5 antihypertenseurs : 12 diurétique : 2  coronarodilatateurs : 1 vaso-dilatateur : 1 vaso-dilatateur périph: 1  statine : 21 fibrate : 1 hypolipémiant : 6  digoxine : 1 anti-arythmique : 1  AVK : 2  anti-aggrégant : 2 aspirine : 7	hypnotique : 1 anxiolytique : 1 anti-dépresseur : 2  <b>Endocriniennes</b> hormonothérapie : 1 opothérapie : 6  ADO : 4	IPP : 5 anti-spasmodique : 1  collyre beta-bloquant : 1 collyre : 1  alpha-bloquant : 1 potassium : 1 kayexalate : 1 diurétique : 1 dialyse péritonéale à domicile : 1  interféron : 1  anti-épileptique : 1  corticothérapies courtes : 1 beta-mimétique : 1 anti-asthmatique : 1 antiH1 : 2  AINS+antalgiques : 1

AA2 : (ou ARA2) antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2

IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion

AVK : anti-vitamines K

ADO : anti-diabétiques oraux

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Se reporter au chapitre D3 des résultats de l'enquête

Commentaires sur les traitements au long cours <b>sans</b> maladie chronique		
<b>Cardiovasculaires</b>  aspirine : 1 statines : 4 (dont 1 arrêtée)	<b>Psychiatriques</b>  antidépresseur : 1  <b>Endocriniennes</b>  THS : 3 contraception orale : 1	<b>Autres</b>  veinotoniques : 2  homéopathie : 1  uricolytique : 1  IPP : 2 anti-spasmodique : 1  anti-migraineux régulièrement : 1  antibiothérapie : 1 (acné rosacée)  anti H1 : 1 beta2-mimétiques : 1

anti H1 : anti-histaminiques de type 1

Se reporter au chapitre D2 des résultats de l'enquête

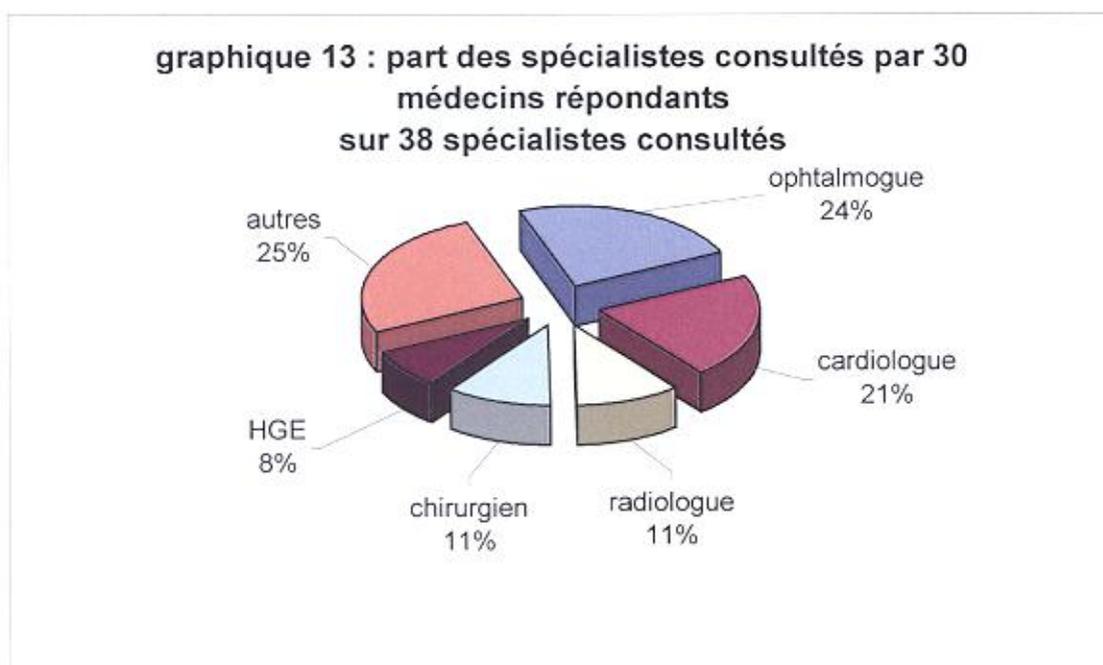
aménagement temps travail chez les médecins présentant une maladie chronique	
type d'aménagement de travail	nombre de sujets
exemption gardes :	4
réduction plages horaires :	2
arrêt de travail depuis plus d'1 an :	1
demi-journée repos :	1
remplaçant 1 jour/semaine :	1
remplaçant 2 jours/semaine :	1
vacances :	1

Se reporter au chapitre E5 des résultats de l'enquête.

30 médecins ont consulté, donnant lieu au total à 38 consultations

Commentaires sur la consultation auprès de spécialistes : 38 consultations	
spécialité consultée	nombre de sujets
ophtalmologue :	9
cardiologue :	8
radiologue :	3
radiologue :	1 (consulté 6 fois)
chirurgien :	2 (dont 1 a consulté 4 fois)
chirurgien orthopédiste :	2
HGE (hépato-gastro-entérologue) :	3
ORL(oto-rhino-laryngologue) :	2
anesthésiste :	2
dermatologue :	1
phlébologue :	1
angiologue :	1
rhumatologue :	1
diabétologue :	1 (consulté 3 fois)
médecin nucléaire :	1

Le tableau précédent transcrit sous forme de graphique.



Se reporter au chapitre E7 des résultats de l'enquête.

Motif de consommation d'antibiotique	Durée de consommation de l'antibiotique
1.rhinopharyngite	8j
1.angine : 19	7j (2) - 6j :(2) - 5j (6) - 3j – inconnue (7) – 1j puis choc anaphylactique
1.angine* 2	5j*2
1.sinusite : 36	10j (2) - 8j (10) - 7j (5) - 5j (9) - 4j - inconnue : 9
1.sinusite * 3	8 à 10 j chaque épisode
1.sinusite*2 : 3	8j *2 : 3
1.ORL (sans précision): 4	7j - inconnue (3)
2.rhinopharyngobronchite	6j
2.angine+bronchite	6j
2.angine+bronchite * 2	5j * 2
2.sinusite+bronchite :2	8j - inconnue
2.sinusites et bronchites à répétition	inconnue
3.bronchite : 15	10j - 8j (4) - 6j (3) - 5j (2) - 3j - inconnue : 4
3.broncho-pneumopathie : 3	10j - 8j - inconnue
3.pneumopathie : 3	10j - 8j - inconnue
4.cystite : 2	10j - 3j
4.infection urinaire : 2	10j - 7j
4.pyélonéphrite aiguë	15j
5.abcès dentaire	6j
5.soins dentaires : 4	8j (2)- inconnue (2)
6.panari : 2	8j (2)
6.acné rosacée	longue durée
6.sigmoïdite	10j
6.contact méningocoque	inconnue
6.colite pseudo-membraneuse	inconnue
6.inconnue : 4	15j - 14j - 8j - inconnue
6.post-opératoire	inconnue

Les pathologies sont classées comme dans le graphique 6.

Par défaut le nombre de sujets est 1, sauf lorsqu'il est spécifié.

Lorsqu'une pathologie est suivie des caractères « \*2 », cela signifie que le même médecin a présenté 2 fois la même pathologie.

Se reporter au chapitre E8 des résultats de l'enquête

Motif de l'arrêt de travail	Durée de l'arrêt de travail
1. tumorectomie mammaire	12 jours
1. adénocarcinome mammaire bilatéral+ angor + dépression	>365j
2. maternité 3 <sup>e</sup> enfant	210j
2. grossesse pathologique (MAP,RPM, prématurité)	90j
2. grossesse gémellaire, prématurité	120j
2. maternité	60j
3. menisectomie	10j
3. thyroïdectomie	42j
3. chirurgie fibro-adénome seins	1j
3. cholécystectomie	7j
3. RTUP	15j
3. chirurgie (sans précision): 2	60j; 10j
4. entorse cheville	8j
4. fracture métatarse	30j
4. fracture plateau tibial + algodystrophie	70j
4. rupture tendineuse traumatique	20j
5. pneumopathie : 2	15j; 6j
5. hémorragie 2L sang ORL	15j
5. choc anaphylactique	15 j
5. syndrome jonction uretère (hydronéphrose)	15j
5. fibrillation auriculaire	3j
5. insuffisance rénale	15j
5. lombosciatalgie	27j

MAP : Menace d'accouchement prématuré

RPM : rupture prématurée des membranes

RTUP : résection trans-urétrale prostatique

Les pathologies sont classées comme dans le graphique 7.

Par défaut, le nombre de sujets est 1, sauf lorsque cela est spécifié.

## C. Commentaires libres des médecins interrogés

Les commentaires relevés ci-après ont été écrits librement par les répondants à la fin de leur questionnaire : ils ont été retranscrits le plus fidèlement possible.

4) Femme 44 ans :

« Manque de temps pour faire du sport et manger sain. Il nous faudrait plus de temps libre et donc une meilleure rémunération de nos actes. Nous ne sommes pas reconnus dans notre profession (on coûte cher à la société, on ne sait rien, il faut envoyer au spécialiste... et le spécialiste peut prescrire des médicaments que l'on ne peut prescrire). + stress lié au fait que les patients sont de plus en plus procéduriers. Ras le bol ! »

12) Femme 33 ans :

« Depuis mon installation (moins de 1 an), mon hygiène alimentaire est moins bonne et ma pris en charge sur le plan santé est quasi nulle !

Bonne chance pour l'avenir et votre travail de thèse – le sujet est très intéressant. »

13) Homme 53 ans :

« Ai fait un burn-out en septembre 2002 avec arrêt de mes activités professionnelles pendant 13 mois. Reprise fin novembre 2003 avec un regard différent sur ma manière de travailler, sur la qualité de la vie et sur l'établissement des priorités dans mon existence. Conséquences professionnelles : changement de ville, arrivée sur Nancy venant de Lille où j'ai exercé 22 ans. Réorientation : activité de médecine générale orientation homéopathie. »

14) Homme 43 ans :

« Même très malade, un généraliste ne s'arrête pas. Vous confondez avec les profs qui s'arrêtent au moindre bobo, les pauvres chéris.

Vous n'insistez pas assez sur le stress et les conditions de travail. On peut être en bonne santé physique et mentale, et « souffrir » du rythme très accéléré de notre vie, ainsi de ce qui entoure notre pratique (relation avec les caisses par exemple, paperasserie...) »

21) Homme 52 ans :

« Souhait : bénéficier de plus de temps libre pour activités de loisirs et sportives. »



31) Homme 52 ans :

« Je fais un bilan de santé tous les 5 ans par le Centre de Médecine Préventive. »

34) Homme 52 ans :

« Bon physique, bon psychisme (et inversement). »

41) Femme 45 ans :

« Manque un questionnaire adapté sur la durée du sommeil, la vie familiale (temps consacré aux enfants), les éventuels problèmes de couple. »

47) Homme 57 ans :

« Par nature, le médecin ne s'autorise pas de maladie. Il doit donner une image propre de « Bonne Santé » aux patients qu'il traite. Bien sûr, au final, au détriment de sa propre santé... Le temps et l'attention portée aux autres ne permet pas l'observation de son état. Pourvu que cela dure... !! »

50) Femme 45 ans :

« sciatique déficitaire hyperalgique -> pas d'arrêt de travail.

Tumeur bénigne du sein opérée sous AG -> arrêt du vendredi matin au dimanche soir.

Consultations jusqu'à 21-22h, 12 à 14h de travail d'affilée.

-> BURN OUT PAS LOIN ! »

57) Femme 50 ans :

« Sujet intéressant. Questionnaire précis, facile à compléter. Bon travail. »

58) Homme 46 ans :

« Depuis arrêt de tabac (2,5 ans) surpoids et probable compensation par majoration des boissons alcoolisées. »

59) Femme 55 ans :

« 1 demi-journée libre (samedi après 14h voir plus tard). 2 semaines de vacances. »

61) Homme 50 ans :

« Surmenage sans « Burn-Out » par motivation syndicale et professionnelle. »

62) Femme 33 ans :

« Effectivement je pense que les MG sont peu à l'écoute de leur santé. Le manque de remplaçant y est pour beaucoup. Il faudrait une liste de remplaçants en cas d'arrêt brutal, à l'ordre des médecins par exemple, plus de flexibilité. Travail intéressant. »

73) Homme 53 ans :

« Je vous souhaite une bonne santé »

74) Femme :

« Instaurer un système équivalent à la visite annuelle par le médecin du travail pour dépistage, surveillance. »

77) Homme 61 ans :

« L'O.S. de la médecine bosse et ferme sa gueule... »

80) Homme 50 ans :

« Même en consultant un confrère, la démarche médicale est perturbée du fait de notre profession. Il faudrait consulter anonymement. »

85) Femme 30 ans :

« Par rapport à ma propre santé, je dirais que j'oscille entre le « c'est viral, ça passera tout seul », et la peur d'une maladie vraiment grave, si des symptômes sont inhabituels, préoccupants ou persistants. Je ne me préoccupe pas vraiment de moi, et n'applique pas sur moi-même les conseils que je prodigue à mes patients, notamment des consignes diététiques, ou de repos. Je pratique uniquement l'auto-médication. J'hésite à me prescrire des examens complémentaires, que je n'aurai pas vraiment le temps de faire de toute façon... »

87) Homme 48 ans :

« En raison du rythme de vie infernal de la médecine générale » *(note : en parlant de la prise en charge personnelle de sa santé, question E9, côté 2=moins bonne).*

88) Femme 40 ans :

« Il serait intéressant pour les femmes jeunes de prendre en considération les périodes de grossesses : y-a-t'il plus d'arrêt ? plus de traitements ?...autres ? »

89) Homme 47 ans :

« La maladie, c'est pour ceux qui s'écoutent, les malheureux, les fonctionnaires. En médecine générale : « c'est marche ou crève » ! tant qu'on a la santé ! »

94) Homme 54 ans :

« Manque de temps pour moi-même. Le temps libre = 1/3 papier – 1/3 famille – 1/3 MOI !! »

100) Femme 31 ans :

« Grossesse pathologique, menace d'accouchement prématuré, rupture des membranes puis accouchement prématuré. Difficultés ++ de la séparation avec mon bébé (hospitalisé en néonatalogie). Mon hygiène de vie est moins bonne par rapport à mon rythme de travail : je ne travaille que par gardes donc je fais pas mal de nuits blanches (environ 6/mois), avec une alternance jours/nuits totalement aléatoire. Par ailleurs, exercice professionnel stressant ++, mais ça va, on gère. En revanche, sur l'alimentation, ou le tabac, ou l'alcool, mon hygiène de vie est sans doute meilleure. Enfin, difficultés ++ des arrêts de travail en libéral, donc on tire sur la corde. »

101) Homme 58 ans :

« Pas assez de temps libre pour faire plus de sport. »

103) Homme 54 ans :

« Il est interdit pour un médecin de tomber gravement malade... L'arrêt de travail est difficile à gérer professionnellement et financièrement => DONC TRAVAILLER et ne pas s'écouter. »

114) Homme 55 ans :

« Certaines pathologies sensorielles (oculaires, auditives) ne sont pas prises en considération par les pouvoirs publics et la protection sociale (prise en charge par mutuelles, recyclage professionnel). »

115) Homme 48 ans :

« Les conseils d'hygiène de vie sont difficiles à mettre en application sur vous-même vu le manque de temps libre. »

119) Femme 33 ans :

« Juste ce proverbe : « les cordonniers sont les plus mal chaussés ». Pourquoi ne pas passer une visite médicale annuelle obligatoire auprès d'un confrère ? »

120) Homme 40 ans :

« Catastrophique... »

122) Femme 50 ans :

« Vie assez saine en dehors du vin à table et champagne lors de soirées. »

136) Homme 59 ans :

« Moins de travail pour avoir une meilleure hygiène de vie, manque d'activités physiques. »

138) Femme 52 ans :

« Le problème le plus important me paraît l'épuisement psychologique des médecins et ses conséquences. »

139) Femme 38 ans :

« Il serait intéressant d'évaluer les arrêts congés maternité !!!!! Et pour enfant malade !  
Tout le suivi rapide et approximatif se retrouve souvent sur nos enfants... »

143) Femme 43 ans :

« Par chance bon état général pour l'instant ! »

144) Femme 41 ans :

« Peu de temps à consacrer à soi-même. Observance des conseils impossible.

Arrêt de travail non envisageable sauf cause grave.

Repos impossible (journées de travail > 12h).

Exercice physique peu envisageable hormis pendant les congés.

Repas pris souvent sur le pouce ! ou trop rapides.

Soins le plus souvent avec les moyens du bord. »

150) Homme 57 ans :

« La pathologie dont je suis atteint est de découverte fortuite (prise de sang pour assurances)... »

160) Homme 49 ans :

« Une rubrique supplémentaire concernant la famille aurait à mon avis été très intéressante : divorcé ou pas. Compte-tenu de la charge et des horaires de travail d'une part, du temps passé avec d'autres personnes d'autre part, le conjoint a souvent du mal à accepter (ou à trouver sa place ?). »

167) Homme 57 ans :

« Le sport me paraît de digérer la grande charge de travail en milieu rural. »

171) Femme 48 ans :

« Arrêt de travail (70 jours) pour fracture plateau tibial suivi d'algodystrophie -> année exceptionnelle sur le plan problème de santé. Jamais malade sinon. »

174) Homme 44 ans :

« Comme le dit le dicton : « les cordonniers... » »

175) Homme 53 ans :

« Je m'estime très bien placé pour être à l'écoute de mes symptômes, et au besoin questionner un spécialiste. Je pense que l'hygiène de vie reste primordiale, sauf accident... »

179) Femme 51 ans :

« Surcharge de travail ++++. Période d'épuisement par moment. Bénéfice des vacances souvent perdu au retour par surcharge de travail. Pression des malades et de l'administration de moins en moins bien vécue car moins bien adaptée à la vie actuelle. Vie familiale et sociale difficile à équilibrer du fait des exigences professionnelles (travail, gardes, FMC...) »

180) Femme 35 ans :

« Etre généraliste, femme, mère, épouse est impossible : gérer le cabinet, comptabilité... les patients très difficiles et je ne suis pas aidée et écoutée. La seule consultation auprès du psy a duré 2 minutes. Il m'a proposé de la luminothérapie ! ou de me prescrire moi-même du Prozac ! J'avoue avoir des idées suicidaires ++++. »

183) Homme 48 ans :

« Mon objectif : arrêt du tabac ... »

187) Femme 44 ans :

« Je m'estime en bonne santé et fais tout pour le rester ! »

195) Homme 39 ans :

« Activité professionnelle passionnante mais très chronophage. J'envie parfois les gens qui rentrent du travail à 17h et qui ont une vraie fin de journée. L'organisation de la permanence des soins est un vrai progrès en terme de qualité de vie. Des progrès restent à faire, notamment en termes d'informatisation des courriers et résultats biologiques. J'utilise « Apicrypt ». A quand le 100% informatique ? Que de temps perdu et gérer les papiers ! »

202) Femme 35 ans :

« Mon hygiène de vie était déplorable quand je remplaçais en médecine générale. J'ai donc décidé de m'installer en zone urbaine (afin d'éviter un nombre excessif de gardes) et de pratiquer exclusivement de la nutrition. Mon hygiène de vie actuelle est d'une qualité incomparable ! »

212) Femme 45 ans :

« Prévention = quelques éléments à revoir. Suivi = suffisant pour quelqu'un « en bonne santé » ! »

214) Homme 49 ans :

« Le médecin généraliste (...*illisible*...) de la sécurité sociale à longueur d'année alors que lui-même n'est inscrit au régime général que par le biais de son conventionnement (c'est-à-dire qu'il cotise seulement une partie de sa couverture sociale, mais que c'est quand-même lui qui s'assure lui-même) est-ce normal ?

- sans compter le nombre de charges supplémentaires en travail qu'on lui rajoute sans cesse (prévention, information, dépistage, codage, informatique...). »

227) Homme age indéterminé:

« notre santé... Quel est ce mot... ?

Je me soigne, parce-que je veux arriver sain et sauf au terme de mon voyage.. (Ulysse)...le médecin également...mais...ne se soigne pas souvent... »

228) Homme 58 ans :

« 1 consultation de rhumatologie pour lombalgie (Rx). »

232) Femme 45 ans :

« - Si j'avais été dans la peau d'un patient en face de moi, j'aurais été plusieurs fois en arrêt de travail dans l'année.

- On ne prend pas assez en compte le *burn-out* du médecin généraliste surtout en milieu rural (surtout femme). Trouvez-nous des maris qui veuillent partager notre vie : Mission impossible... au fin fond de la campagne. »

251) Homme 62 ans :

« Fumer = peu... un Havane de temps en temps.

boire = peu... mais bon !

Pratiquer beaucoup de sports

→ Bonne santé, physique et mentale. »

254) Homme 47 ans :

« Trop de charge de travail → pas le temps pour le sport et la détente.

Trop de stress → l'hygiène de vie s'en ressent (alcool et tabac occasionnel)

Pas de remplaçant → pas assez de vacances.

pas le temps pour des petits ennuis médicaux, ou chirurgicaux (stripping, hernie inguinale, varicocèle...) qui se retrouvent différés ou annulés jusqu'à... la retraite ! »

256) Femme 41 ans :

« Difficile de s'occuper de soi lorsque l'on a le métier « que l'on a », 3 enfants et vivre seule, la paperasserie qui devient étouffante... »

258) Homme 44 ans :

« \* Stress professionnel important (rythme de travail, pression médico-légale, sociale des patients, diminution du nombre de confrères sur le secteur).

\* Pessimisme sur l'éducation professionnelle en tant que médecin généraliste « traitant ». »

261) Homme 49 ans :

« - trouver le temps de consulter difficile

- arrêts de travail difficiles et souvent nécessaires

- plus de remplaçant => congés limités

Médecin généraliste fantassin de la médecine disait mon maître le Pr ANTOINE en 1984.

2006 médecin généraliste galérien de la médecine. »

268) Homme 45 ans :

« Je fais du sport. Je cours 2 marathons par an en moins de 4 h. Je pense être en bonne santé malgré un excès pondéral, dû au rythme de vie d'un généraliste de campagne. »

286) Femme 50 ans :

« J'ai la chance d'avoir une bonne constitution sans aucun facteur de risque et une bonne hygiène de vie (surtout alimentaire) malgré une activité sportive limitée (je fais néanmoins de la marche que je n'ai pas comptabilisé toutes les semaines »

# CITATIONS LITTÉRAIRES

« Presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leurs maladies. »

**Molière**, *Le Malade imaginaire*

« Ce sera quelque chose d'admirable, s'il fait d'aussi belles cures qu'il fait de beaux discours. »

**Molière**, *Le Malade imaginaire*

« Les médecins administrent des médicaments dont ils savent très peu, à des malades dont ils savent moins, pour guérir des maladies dont ils ne savent rien. »

**Voltaire**

« Il y a plus de vieux ivrognes que de vieux médecins. »

**François Rabelais**, *Gargantua*

« La santé dépend plus des précautions que des médecins. »

**Bossuet**

« La morale est comme la médecine, beaucoup plus sûre dans ce qu'elle fait pour prévenir les maux, que dans ce qu'elle tente pour les guérir. »

**Jean le Rond d'Alembert**, Lettre à Jean-Jacques Rousseau

« Médecin, guéris-toi toi-même. »

**La Bible**, Evangile de Jésus-Christ selon Saint Luc (4, 23)

VU

NANCY, le 17 août 2006

Le Président de Thèse

**Professeur F. PAILLE**

NANCY, le 5 septembre 2006

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 7 septembre 2006

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

**Professeur J.P. FINANCE**

## RESUME DE THESE

L'objectif de ce travail est d'explorer et d'analyser les différents comportements des médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé.

Ce travail comprend une revue de la littérature médicale française ou internationale sur la santé des médecins, leur hygiène de vie, leurs attitudes préventives, et leur consommation de soins, et reprend quelques chiffres de santé de la population générale.

Il s'agit d'une enquête réalisée par des questionnaires envoyés par courrier postal, auprès de 530 médecins généralistes libéraux installés en Meurthe-et-Moselle. Le très bon taux de réponses de 54% montre l'intérêt des médecins pour ce sujet.

Les résultats de cette étude démontrent que les médecins généralistes ont une bonne hygiène de vie et de bons comportements de prévention, hormis pour les dépistages des cancers. Les médecins généralistes consultent peu souvent leur médecin traitant, ceci traduisant un recours majoritaire à l'autoprescription. Ils consultent davantage les spécialistes que les autres généralistes. Leur consommation en certaines classes thérapeutiques est excessive et symptomatique.

Il apparaît nécessaire de réfléchir à des programmes, ou des lois permettant une prise en charge objective de la santé des médecins généralistes, en incitant les médecins à consulter leurs confrères régulièrement.

---

## TITRE EN ANGLAIS

The General Practitioners' Attitude towards their own Health  
A Postal Survey Conducted on 530 Doctors in the Department of Meurthe-et-Moselle, France

---

## THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2006

---

## MOTS CLEFS

Médecin famille  
Attitude envers santé  
Stress psychologique  
Charge travail

---

## INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

**Faculté de médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex