Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var en 2017

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 Novembre 2018

Par Monsieur Mathieu LIONNET

Né le 9 novembre 1986 à Tours (37)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERBIS Philippe	**Président**
Madame le Professeur GUIS Sandrine	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) EBBO Mikaël	**Assesseur**
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	**Directeur**

Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var en 2017

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 Novembre 2018

Par Monsieur Mathieu LIONNET

Né le 9 novembre 1986 à Tours (37)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERBIS Philippe	**Président**
Madame le Professeur GUIS Sandrine	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) EBBO Mikaël	**Assesseur**
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 18/07/2017

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie)
	CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
	T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.)
	Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique)
	Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
	C.GIBBS (U.S.A.)
	J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.)
	R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.)
	M. SCHOU (Danemark)
	M. AMENT (U.S.A.)
	Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
	S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.)
	KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)
	T. MUNSAT (U.S.A.)
	LIANA BOLIS (Suisse)
	L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.)
	W.K. ENGEL (U.S.A.)
	V. ASKANAS (U.S.A.)
	J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
	A. DAVIGNON (Canada)
	A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs — D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs — P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs — M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur — T. MARRIE (Canada)
Sir — G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur — M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur — L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur — A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur — S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre

FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

30/11/2017

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

30/11/2017

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

- A Monsieur le Professeur Philippe Berbis, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre disponibilité et de votre présence, spécialement au vu des évènements imprévu de ses dernières semaines. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et mon plus grand respect.
- A Madame le Professeur Guis Sandrine vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail. Merci de votre disponibilité et de votre présence.
- A Monsieur le Dr Ebbo Mikaël, vous m'honnorer de votre présence de dernière minute et de l'appréciation de mon travail.... Un grand merci pour tout.
- Enfin un grand merci Madame le Docteur Rousseau-Durand de m'avoir accompagné et d'avoir respecté mon autonomie tout au long de ce travail. Merci de votre présence en ce jour.
- Aux Professionnels qui m'ont accompagné dans mon parcours et ma formation : Les Professeurs et Médecins des CHU de Tours et Marseille, des CH de Toulon et Ajaccio. Un grand merci au Dr Veit pour son aide dans mon travail de thèse. Pensée particulière pour toute l'équipe de l'UMAP, mes co-internes ...
- A toi ma chérie, merci pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien et l'avenir fait de voyages et d'aventures qui s'offre à nous. Tu es ma famille, mon présent et mon futur.
- A mes parents, mon frère et ma soeur, merci pour votre soutien, pour tout ces moments de vie privilégiés partagés à Tours, les vacances passées ensemble et celles à venir, les moments de sports et de détente qui ont participé à façonner l'adulte que je suis. Gros bisous Coco l'asticot pour la nouvelle vie de jeune retraité qui s'offre à toi, pleine de projets et de nouvelles aventures. Beubeu aux sommets fait ensemble.... et surtout aux sommets à venir.... Gros bisous à la Mafia Lionnet Neurologue, implantée entre Tours, Nantes et Montpellier et qui tend à développer son influence partout en France. A nico et Titi.
- A mes grands-parents, ceux qui restent et ceux qui nous manquent. Je vous aime et pense très fort à vous. Merci Pépé d'avoir fait le déplacement pour cet évènement.
- A ma famille, mes cousines Marie et Laure ainsi que leur maris et enfants, mes chers cousins oncles et tantes Dudu, Cassaigne, Giaume, Bacholet. Merci pour les vacances de notre enfance à Préfailles, Arith et Aix-en-Provence, les week-ends passés à Nantes, Hyères et bientôt Strasbourg.
- Aux Truches pour leur humour indefectible et les moments de franche rigolade du quotidien, les sports en tous genre pratiqués ensemble depuis dejà un an... Merci Mr Truche de me laisser vous martyriser au squash depuis maintenant 5 ans, les 5 plus belles années de ma vie à n'en pas douter. Merci Manu et Antho pour ces vacances inoubliables de septembre 2015 où le temps s'est arrété pendant 7 jours au pays de Darwin, aux sommets manqués.... et aux 6000 à venir...
- Aux copains Tourangeaux : Didi, Ma gueule, Hufi, Jon et Tonton, Popou et Noa, Bej, Victor flo et le petit baleineau, Buch and Co, Fab, Repier, Jacky anne so et leur descendance. Des bancs de la récré de Charles Boutard à ceux de la fac, du jardins des prébandes aux bords de Loire la ville de Tours nous à vu grandir ensemble et devenir les adultes que nous sommes. Fier d'appartenir à notre grande famille les copains.
- Un énorme merci à Alex pour sa précieuse aide à la réalisation de la partie statistique... Celebramos en Barcelona pronto amigo. Mille besos.
- Aux copains de la Fac : Cup mon compagnon Irlandais. Charlie, Flo, Francois, Tic-Tac, Toc-Toc, Toto, Merwan, Lionel, Laure, Piépié, PO, Said. Les vacances à la montagne (été comme hiver), les soirées médecines avec tous ses excès qui n'ont pas fait mentir la réputation sulfureuse des carabins... A Jean-Jean, pour le parcours commun depuis la fac de Tours jusqu'à Marseille, le soutien depuis l'arrivée dans le Sud et les moments passés ensemble entre Marseille et Hyères.
- Aux copains Marseillais : Anne So, Pripoune, Raph, Thomas et Marine. Aux chouffes passées et celles à venir.
- Aux copains Toulonnais et Hyérois : Carlito Brigante le meilleur des co-interne et sa Marie, Marion et John. La grande aventure de la médecine s'offre à nous.
- Aux copains sportifs : les squasheurs de la Valette (Manu, Philippe, Patrick, Richard), les squasheurs tourangeaux (Pascal, Max, Brice, Arnaud, Aurélien, Francois et Francois), les plongeurs d'Ulysse (Florent, Christophe, Titi, Fabien). Merci de partager avec moi toutes ces choses merveilleuses que le sport apporte dans

mon quotidien.
- A Tutur, en espérant que tu finisses par retrouver Momo.....

"*Médecin soigne toi toi-même*" (proverbe latin)

"*Il y a plus de vieux ivrognes que de vieux médecins*" (Rabelais, Gargentua)

"*Un médecin ne peut être un bon médecin si il n'a lui-même jamais été malade*" (proverbe arabe)

"*Le médecin qui se soigne lui-même a un fou comme patient"* (Sir William Osler - aphorisms from his bedside terachings and writtings)

PLAN DE THESE

I) INTRODUCTION.....1

II) DEFINITION ET CADRE LEGAL.....3

- Santé.....3
- Médecine générale et médecin généraliste.....3
- Soins primaires.....4
- Médecin traitant.....4
- Prevention primaire/secondaire/tertiaire.....4
- Recommandations.....5
  a-Calendrier vaccinal 2017
  b- Prévention des facteurs de risque cardiovasculaires
  c- Dépistage organisé des cancers

IV) ETUDES D'INTERET EN LIEN AVEC NOTRE ENQUETE.....7

- Rapport du CNOM 2008 : "le Médecin malade".....7
- Etude DREES de juin 2010 : "Etat de santé physique et psychique des médecins généralistes".....7
-Etude DREES 2015 : "Baromètre santé de la population française en 2015".....8
- Autres travaux de thèse sur le sujet 9

VI) MATERIEL ET METHODE.....10

VII) RESULTATS.....12

- Données générales et conditions d'exercices.....12
- Intégration dans le parcours de soin.....16
- Ressenti des médecins sur leur propre santé.....18
- Santé physique des médecins.....19
- Comportement en matière de prévention et dépistage.....20
- Santé psychique.....25
- Satisfaction personnelle par rapport au travai.....26

VIII) DISCUSSION.....27

- Intérêt, avantages et limites de l'étude.....27
- Discussion des résultats.....29
- Attentes des médecins libéraux concernant la prise en charge de leur propre santé.....40
- Solutions et aides existantes 41

a- En France
b- A l'étranger

IX) CONCLUSION ET OUVERTURE.....43

X) BIBLIOGRAPHIE.....45

XI) ANNEXES.....49

- Annexe 1 : Tableaux des vaccinations recommandées chez les professionnels de santé et des professionnels des établissements médicaux sociaux accueillant des personnes âgées.....49
- Annexe 2 : Fiche mémo = Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire. 50
- Annexe 3 : fiche mémo = dépistage des cancers : recommandations et conduites à tenir.....51
- Annexe 4 : recueil de données ville par ville sur le département du Var. Classement par taille par ordre croissant.....53
- Annexe 5 : mail de présentation de l'étude.....54
- Annexe 6 : questionnaire de thèse.....55
- Annexe 7 : Commentaires des médecins interrogés 63

INTRODUCTION

- "Ah la il y aurait des choses à dire…"
- "Désolé mon vieux mais c 'est secret, ma santé ne regarde que moi..."
- "C'est bien de s'intéresser à ces choses-là..."
- "Ah oui et bien je n'aurai pas le temps..."
- "Je n'ai pas d'adresse mail..."
- "Non ça ne m'intéresse pas.... Faut être honnête..."
- "C'est bien anonyme votre truc ?... Alors ok"
- "Désolé mais franchement là je suis débordé..."
- "Bon allez je vais vous le faire...parce que je trouve votre sujet très intéressant…"
- "...et bien écoutez là je remplace mon ancien collaborateur qui a 60 ans et qui a eu un pépin de santé, et moi j'en ai 75, je suis à la retraite et je me porte très bien... la santé c'est comme le vélo : tant qu'on pédale, on n'oublie pas..."

Voici quelques-unes des remarques faites lors de ma démarche de recueil de consentement par téléphone auprès des praticiens, entre le refus de répondre par manque de temps, désintérêt ou au contraire une curiosité et soulagement de voir que l'on puisse s'intéresser à ce sujet et à eux en tant que professionnel mais surtout en tant que personne. J'ai bien compris durant ce travail que la santé des médecins était un sujet qui peut diviser, paraitre tabou ou intéresser... mais qui en tout cas ne laisse pas indifférent.

Voltaire disait "Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse" et Alice Parizeau "Il n'y a pas pire malade qu'un médecin" (la charge des sangliers)
L'idée du "médecin-malade" bien que plausible et réelle semble déranger autant les professionnels ; qui voient leur image de soignant altéré, perçoivent la maladie comme une faiblesse [20]; que leur patients qui associent souvent compétence et bonne santé.
La connaissance du corps et de la maladie acquise lors des études de médecine altère notre perception des symptômes; ainsi nous connaissons tous dans notre entourage l'histoire d'un confrère qui confronté à la maladie tombe dans le piège du retard diagnostique et de prise en charge, voire de l'erreur de l'autodiagnostic avec les conséquences parfois dramatiques qui en découlent.

La santé occupe aujourd'hui plus que jamais une place centrale dans un paysage malheureusement de moins en moins rayonnant entre baisse de l'offre de soin (augmentation insuffisante du numerus clausus, désertification territoriale médicale), augmentation des besoins (vieillissement de la population), réformes nationales de santé contestées, déficit global de la sécurité sociale et difficultés de l'hôpital publique. Il paraît logique de considérer que pour soigner au mieux l'autre il faut d'abord se soigner soi-même. Ainsi la santé des médecins apparait comme un déterminant indispensable à l'optimisation de la qualité des soins fournis aux patients. Le médecin généraliste se trouve au cœur des soins primaires et n'est pas pour autant immunisé ou protégé contre la maladie. Plusieurs études et thèses ces dernières années tendent à montrer le bien fondé du vieil adage "les cordonniers sont les plus mal chaussés" et ainsi montre que les médecins négligent leur propre santé. Un rapport du conseil national de l'ordre (CNOM) de 2008 intitulé "le médecin malade" établit

un constat alarmant sur la santé physique et psychique des médecins, révélant que la vision déformée que pouvait avoir un médecin sur sa propre santé le menait à se prendre en charge de manière inadéquate, consciemment ou pas .[1]

Une étude publiée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation Statistique (DREES) en 2010 intitulée "santé physique et psychique des médecins généralistes" interrogeait les médecins sur leurs problèmes de santé somatiques, psychiques et s'intéressait à analyser leur comportement en matière de prévention et dépistage.[2]

La santé psychique des médecins ainsi que le phénomène de "Burn Out" fait également l'objet de nombreuses études ces dernières années concluant que en comparaison avec la population générale ils souffrent plus fréquemment de pathologies liées au stress/anxiété et/ou dépression, ont une consommation de médicaments psychotropes ainsi qu'un taux de suicide plus élevés. Une grande étude menée sur 1890 médecins généralistes dans 5 régions différentes par Truchot démontrait le lien entre Burn out et idéation/risque suicidaire chez les médecins généralistes [3]. L'étude Simoens menée sur 2052 médecins en 2014 révélait que 1 médecin sur 4 présentait des idées suicidaires, avec cependant une situation qui semblerait plus favorable en région PACA comparée aux autres régions de France. [4]

Le médecin généraliste ; acteur principal de soins primaires, peut donc tomber malade, subitement et aussi gravement que n'importe lequel de ses patients. Comment est-il suivi? Respecte-t-il les recommandations actuelles concernant les mesures de prévention et dépistage ? Est-il un patient comme les autres ?

Nous nous intéresserons ici à l'attitude des médecins généralistes envers leur propre santé au travers d'une étude menés sur le département du Var en 2017 afin de faire avancer la réflexion sur le sujet et améliorer la connaissance et compréhension du problème pour ainsi en limiter les impacts psycho-socio-économiques.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'état de santé physique et psychique des médecins généralistes libéraux dans le département du Var.

L'objectif secondaire est de comparer l'état de santé des médecins généralistes du Var à celui des médecins généralistes de la région PACA ainsi que de 4 autres régions de France selon les résultats de l'étude DREES de juin 2010, puis avec ceux de la population générale française selon le rapport de 2015 publié également par la DREES.

DEFINITION ET CADRE LEGAL

1) Santé

L'OMS définit la santé en 1946 par "un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". [5]

2) Médecine générale et médecin généraliste

En 2002 la Société européenne de médecine générale-médecine de famille (WONCA EUROPE) propose une définition européenne des caractéristiques de la discipline de médecine générale et du rôle du médecin généraliste. [6]

***Médecine générale* :** discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les *soins primaires.*

Caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille

1- Premier contact avec le système de soins
2- Coordination des soins
3- Approche personnalisée du patient
4- Communication médecin-patient
5- Continuité des soins
6- Réflexion selon la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
7- Gestion des problèmes aigus et chroniques
8- Gestion des maladies au stade précoce
9- Promotion et éducation pour la santé
10- Responsabilité de santé publique dans la communauté.
11- Globalité de prise en charge des problèmes de santé (médico-psycho-social)

Médecins généralistes : "médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients"

Rôle du médecin généraliste :

- Promotion de la santé
- Prévention des maladies
- Prestation de soins à visée curative et palliative

3) Soins primaires

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires en 1978 comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays." [(7)]
Le médecin de soins primaires est donc celui qui peut donner une réponse pour 90% des patients, dans 90% des situations ; ce que la WONCA définit par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels. [(6)]

4) Médecin traitant

La CPAM propose un dispositif de suivi médical personnalisé par lequel elle définit le médecin traitant comme assurant les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient. Il a pour rôle la mise à jour du dossier médical du patient, coordination du parcours de soins de son patient et centralisation des avis des autres soignants.

Qui doit déclarer un médecin traitant ? Tous les assurés de plus de 16 ans doivent déclarer un médecin traitant afin de respecter le "parcours de soins coordonnés" instauré par la loi réforme de l'assurance maladie du 13 aout 2004.

Qui déclarer ? Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé, peut être médecin traitant. Rien n'empêche un médecin d'être son propre médecin traitant. [(8)]

5) Prévention

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.
On distingue la ***prévention primaire*** qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la ***prévention secondaire*** qui agit à un stade précoce de son évolution (ex : dépistages), et la ***prévention tertiaire*** qui agit en aval sur les complications et les risques de récidives (ex : surveillance). [(9)]

6) Recommandations

a- Calendrier vaccinal 2017 [10]

1- Grippe : Vaccin inactivé. Vaccination saisonnière annuelle recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que chez les femmes enceintes et chez les patients concernés par certaines pathologies (atteintes cardio-respiratoires, métaboliques, immunitaires...). Dans le monde du travail elle est recommandée chez les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère.

2-DTP : Vaccin combiné inactivé. Chez le nourrisson 3 injections la 1ère année 2/4/11 mois puis rappel dans l'enfance à 6 ans puis [11-13] ans, enfin chez l'adulte rappel à 25 ans, 45 ans, 65 ans puis tous les 10 ans à partir de 65 ans. La primovaccination (deux injections suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois) est obligatoire chez l'enfant. Les rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite. Vaccin obligatoire chez les professionnels de santé exerçant en structure de soin (HORS profession libérale) associé à la valence coquelucheuse (DTcaPolio).

b- Prévention des facteurs de risque cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire est la probabilité de survenue chez une personne d'un événement cardio-vasculaire majeur (infarctus du myocarde, infarctus cérébral, décès cardiovasculaire) sur une période donnée (par exemple : à 5 ans, à 10 ans). *L'European society of cardiology* propose une évaluation standardisée du risque cardiovasculaire à l'aide de *table SCORE* permettant de classer le risque cardiovasculaire en 4 niveaux (Faible/Modéré/Elevé/Très élevé) permettant d'évaluer la morbidité/mortalité à 10 ans. [11]

Parmi les facteurs de risques on retrouve : la dyslipidémie, le tabagisme, l'alcool, l'HTA, le diabète, l'obésité, la sédentarité, l'âge, le sexe, les antécédents personnels d'athérosclérose et de ses complications ainsi que les antécédent familiaux (hérédité), le stress.... On distingue ici les facteurs *NON modifiables* (sexe, âge, hérédité) des facteurs de risque *MODIFIABLES* pour lesquels une action de prévention primaire/secondaire/tertiaire est envisageable.

L'HAS propose dans une "fiche mémo" publiée en février 2017 intitulée *" modifications du mode de vie à mettre en œuvre dans la prise en charge du risque cardiovasculaire"*, adressée à tous quel que soit le risque cardiovasculaire dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique et de prévention. (cf Annexe 2).
Les principales mesures évoquées concernent l'alimentation (limiter les aliments riches en acides gras saturés au profit des acides gras insaturés, favoriser les fruits et légumes, les aliments riches en fibres, réduire les sucres rapides, limiter la consommation d'alcool...) , la pratique d'activité physique (au moins 30 min d'activité modérée quotidienne comme la marche rapide et/ou 75 min d'activité intense par semaine) adaptée aux antécédents cardiovasculaire de chaque patient, et l'arrêt de l'exposition au tabac (tabagisme actif/passif). [12]
Parmi les autres mesures de prévention auxquelles le praticien doit être attentif dans son cabinet concernant les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables on notera le dépistage et contrôle de la pression artérielle, dépistage et traitement d'un diabète, d'une dyslipidémie, lutte contre le stress....

c - Dépistage organisé des cancers dans la population générale [13] (Annexe 3)

1- Col de utérus

Effectuer un Frottis Cervico-Utérin (FCU) tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle, pour les femmes entre 25 et 65 ans.

2 - Sein

Dépistage par mammographie tous les 2 ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans.

3 - Colorectal

Recherche de Sang Occulte dans les Selles (test RSOS ou Hémoccult®) tous les 2 ans pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans.

4-Cas du cancer de la prostate

En France et à l'étranger, aucune autorité sanitaire ne recommande le dépistage systématique par dosage des PSA chez les hommes.
La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage des PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque. [14]

ETUDES D'INTERET EN LIEN AVEC NOTRE ENQUETE

I) Rappport du CNOM de 2008 : "Le médecin malade"

Le *conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)* publie un rapport en 2008 intitulé "le médecin malade" dans lequel il évoque le singularisme du patient-médecin dont la prise en charge est complexe et nécessite une grande vigilance et une écoute importante. Il dresse le portrait du médecin malade comme oscillant entre négligence de son état et panique devant la connaissance de la maladie et ses conséquences (fonctionnelles, matérielles et économiques). La prise en charge diagnostique apparait souvent retardée par la minimalisation des symptômes voire le déni/refus de la pathologie, l'accès à l'automédication pour masquer les symptômes, la peur de se confier à un confrère (peur de déranger, crainte du NON respect de confidentialité).
Le rapport met en avant 3 points fondamentaux :
1- Nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale de l'*étudiant avant de débuter le 3ème cycle.*
2- Intérêt d'un *suivi médical du médecin en exercice* afin de dépister les pathologies organiques et mentales
3- L'importance de la *confidentialité totale* dans la prise en charge entre confrères

Il proposait enfin des solutions pour pallier ce problème en sollicitant une importante campagne d'action de la part du conseil de l'ordre, le développement d'une politique institutionnelle professionnelle et enfin un éclairage voire une modification de la législation.[(1)]

II) Rapport de la DREES de juin 2010 : "Etat de santé physique et psychique des médecins généralistes"

La *Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES*) publie en juin 2010 les résultats d'une grande étude menée en France sur la santé des médecins généralistes en association avec les *Observatoires Régionaux de Santé (ORS)* et les *Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML*).
Un panel de 1900 médecins issus de 5 régions (Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, PACA, Pays de la Loire) a été interrogé entre 2007 et 2009 sur plusieurs grands thèmes.
La 1ère vague d'enquête recueillait les données générales d'exercices des médecins ; la 2ème concernait les réseaux professionnels utilisés par les généralistes ; la 3ème permettait l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue. ***La 4ème vague d'enquête du panel*** portait sur les conditions d'exercice des médecins puis leur état de santé physique et psychique et enfin interrogeait les médecins leur comportement en matière de prévention.
L'étude révélait que 79% des médecins se déclaraient en bonne/très bonne santé ; un médecin sur trois était atteint de maladie chronique et la même proportion était en surcharge pondérale (avec des différences significatives selon le sexe et l'âge). En termes de prévention on retrouvait une bonne participation des médecins femmes pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus mais une participation insuffisante au dépistage du cancer colorectal. On retrouve également un meilleur comportement en matière de consommation d'alcool et de tabac que chez les travailleurs actifs avec des différences significatives chez les médecins selon le sexe, la région et l'âge. Enfin plus d'un

médecin sur dix déclarait être en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus concernées que les hommes. [2]

III) Baromètre santé de la population française en 2015

La *DREES* et la *Direction Générale de Santé (DGS)* ont publié en 2015 en collaboration avec de nombreux organismes ; dont l'*Institut National du Cancer (INCa),* l'*Institut National de Prevention et Education en Santé (INPES), l'Institut National de la Santé et Recherche Médicale (Inserm);* un rapport intitulé "**L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION EN FRANCE, rapport 2015**".
Ce rapport était présenté comme le 6ème volet depuis 2006, dans le cadre d'une politique de suivi des objectifs de la loi santé publique de 2004 établis par le gouvernement.
Il permettait à partir de données recueillies jusqu'en 2012-2013 d'établir un état des lieux de la santé de la population française à partir de données statistiques recueillies auprès des différents organismes nationaux.
La deuxième partie du rapport intitulé *"indicateur de santé transversaux"* rapportait les données démographiques (recensement de la population française en 2012 par âge, sexe et répartition géographique); des données de mortalité (espérance de vie à la naissance et 65 ans, causes et incidences de mortalité en France) et donnait les principaux motifs de recours aux soins ambulatoires ainsi que les causes d'hospitalisations.
La troisième partie du rapport intitulé *"indicateur de santé thématique"* permettait une étude des déterminants de l'état de santé liés à l'environnement (exposition aux polluants, qualité de l'eau), aux comportements individuels (consommation d'alcool/tabac/drogues, pratique d'activité physique, habitudes alimentaires).
Enfin la dernière partie permettait une analyse par groupe de pathologie (cancer, maladie cardio-vasculaires, diabète, santé mentale...).
Les principales conclusion du rapport était que comparativement aux pays de même niveau de vie l'état de santé en France était globalement bon au regard des grands indicateurs comme l'espérance de vie, la mortalité standardisée (âge, sexe, condition socio-professionnels).
Les hommes par rapport aux femmes à âge égal se sentent en meilleur santé, mais consomme plus de tabac d'alcool et de drogues, sont moins concernés par les troubles de l'humeur mais plus par les troubles psychotiques. L'incidence et le retentissement fonctionnel et économique des maladies cardiovasculaires semblait en baisse pour l'athérosclérose mais pas pour le diabète. Concernant le diagnostic de cancer on note une stabilisation de l'incidence chez la femme et une diminution chez l'homme avec une diminution de la mortalité alors que l'incidence était en constante augmentation entre (1980-2005). La moitié de la population est en surpoids, un adulte sur six est obèse selon les critères diagnostiques de l'HAS. La pratique d'une activité physique régulière ne concernent que 4 adultes sur 10.
Le rapport met également en évidence des inégalités sociales et territoriales importantes en termes de santé faisant apparaitre les notions de ***"Gradient social de santé"*** (les populations moins favorisées avec de faibles revenus et peu diplômées présentent de moins bons indicateurs de santé par rapport aux populations bénéficiant d'un haut niveau d'étude et de revenus) et de ***"Gradient Nord/Sud"*** (situation plus favorable en terme d'accès et de soins dans les régions du sud de la France). [15]
Ces données seront utilisées dans la partie discussion pour comparer certains indicateurs avec ceux de notre étude.

IV) Autres travaux de thèse sur le sujet

Depuis 2004 plusieurs travaux de thèse se sont intéressés à la santé des médecins à travers la France.

Nouger F. en 2004 [16] faisait état de la santé des médecins généralistes dans la Vienne et concluait à l'époque à un état de santé globalement bon mais soulevait un manque de solution devant la gestion du stress lié au travail. Même constat pour *Gillard I.*[17] (ile de france, 2006), *Vandenbussche P.* [18] (Guadeloupe en 2011) et *Romanet A.* [19] (Alpes maritimes, 2015).
Suty R. [20] en 2006 réalisait une grande étude sur 530 médecins généralistes de Meurthe et Moselle; il souligne le bon comportement des médecins généralistes en terme de prévention hormis pour le dépistage des cancers. *Bonneaudeau S.* [21] (Ile-de-France, 2011) insiste sur la difficulté pour le médecin de passer au statut de malade autant d'un point de vue personnel (acceptation de la maladie) que professionnel (conséquence sur son activité) évoquant comme obstacle le caractère libéral de l'activité, les difficultés de compensations par manque de protections sociales (CARMF, CPAM, mutuelle, prévoyance) et la difficulté de trouver un remplaçant.
Gontharet-mariette M-H. [22] s'intéressait à définir les caractéristiques d'un « médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères » sur une étude réalisé en Haute-Normandie en 2013. On retrouve les notions de disponibilité, proximité, compétences, humilité et surtout le respect strict du secret médical. Elle suggère la mise en place d'une formation spécifique à la prise en charge d'un confrère afin de considérer et prendre en charge le médecin comme un *"patient normal".*
Alata S.[23] rapportait dans son travail de 2014 un paradoxe entre l'état de santé réel et ressenti chez les médecins généralistes en Corse qui souffriraient moins de maladie chronique mais qui se considèrent en moins bonne santé par rapport à leurs confrère du continent.

Mon travail serait ainsi la 1ère étude quantitatve réalisée sur le département du Var et va permettre de continuer d'alimenter le sujet épineux de la santé des médecins avec les données les plus récentes disponibles (2017).

MATERIEL ET METHODE

1) Objectif

L'objectif principal de cette enquête est d'effectuer un état des lieux sur le comportement des médecins généralistes libéraux du Var (83) envers leur propre santé. L'objectif secondaire puis tertiaire sera de comparer les indicateurs de santé à ceux des médecins généralistes de la région PACA et de plusieurs autres régions de France via les résultats de l'étude DRESS de juin 2010 ainsi qu'à ceux de la population générale française via les résultats de l'étude DRESS de 2015.

2) Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une **étude observationnelle descriptive transversale** afin de répondre à nos objectifs.

3)Population étudiée

Il s'agit des **médecins généralistes libéraux en exercice installés dans le département du Var.**
Nous avons établi une liste de 1743 médecins généralistes libéraux grâce à plusieurs outils :
- l'annuaire internet public sur le site du conseil départemental de l'ordre des médecins du Var [24]
- Les pages jaunes d'internet [25]

Critères d'inclusions : Tout médecin généraliste thésé en activité exerçant dans le cadre d'une activité libérale dans le département du Var.

Critères d'exclusions : activités adjacentes principales autres que la médecine générale conventionnelle (médecins homéopathe, acupuncteur, échographiste…).

4) Outils de recueil de données

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire type **"Google Forms"** adressé par courriel.

Le questionnaire définitif proposé était composé de questions fermées à choix uniques ou multiples et d'une question ouverte pour finir. Il a été élaboré de sorte qu'il respecte l'anonymat du participant.

L'élaboration du questionnaire s'est faite en plusieurs étapes :
- une première partie concernant des données générales et les conditions d'exercice
- une partie sur la santé en général
- une partie sur le dépistage et la prévention : facteurs de risques cardio-vasculaires, cancers (CCR chez l'homme ; sein, col de l'utérus et CCR chez la femme), vaccination.
- une partie sur la santé psychique
- une dernière partie ouverte pour les commentaires libres

Un appel téléphonique a été réalisé auprès de **TOUS les médecins généralistes répertoriés** dans notre liste , ville par ville , sur tout le département du Var , soit auprès de **152 communes classées**

par ordre croissant en nombre d'habitants (1-Toulon .... 152-Vérignon) (cf annexe 4) afin d'obtenir leur courriel et leur adresser le questionnaire.
Le questionnaire définitif a ainsi été envoyé par courriel sous forme de lien "Google Forms" avec un mail explicatif à **356 médecins** libéraux installés dans le Var (cf annexe 5).
Sur les 356 mails envoyés **205** nous ont été retournés à temps et ont pu être analysés.
Le taux de réponse de notre étude est de **[57.58%].**

5) Période de recueil

Le recueil s'est effectué du 01/01/2017 au 01/05/2017 soit sur une période de **4 mois**.

6) Outils statistiques

Le questionnaire a été mis en ligne via le logiciel **"Google Forms".** Une base de données informatiques a été créée avec le logiciel **Microsoft Office Excel version 2007** afin de saisir les réponses reçues. L'analyse des données a été effectuée avec l'aide du Dr BEJANIN Alexandre en utilisant un logiciel de biostatistique en ligne **("BiostatTGV")** [26]

7) Stratégie d'analyse

Les résultats ont été pour la plupart analysés selon le sexe et les classes d'âge et sont présentés ici sous forme de tableaux comparatifs. La mention "NR" était utilisée pour les données "Non Renseignées".
Quatre classes d'âge ont été distinguées :
- < 40 ans
- [40-50[ans
- [50-65[ans
- ≥ 65 ans

Cette distinction de classe d'âge nous permet de pouvoir comparer les résultats aux recommandations des experts en matière de dépistage des divers cancers et sur la prévention des facteurs de risques cardio-vasculaires (cf Annexes).
Nous avons recherché la liaison entre variables qualitatives par le ***test du Khi²*** (comparaison de pourcentage) ainsi que le test de ***Fischer exact*** pour les petits échantillons. Lorsque les échantillons étaient trop faibles un regroupement a été réalisé par classe d'âge (< 50 ans et > 50 ans) afin de rendre les tests statistiques réalisables, la ***correction de Yates*** a été utilisée dans le cas où les effectifs théoriques étaient < 5.
Pour chaque test l'hypothèse nulle était que les différences observées entre les groupes était liées au hasard (fluctuation de l'échantillonnage).

Les résultats ayant un $p<0.05$ sont considérés comme significatifs :
- Un $p > 0.05$ correspond à une différence NON statistiquement significative, l'hypothèse nulle est retenue, les différences observées entre les groupes étaient liées au hasard.
- Un $p < 0.05$ correspond à une différence significative, l'hypothèse nulle est rejetée, il existe une différence statistiquement significative entre les groupes étudiés avec un risque alpha de 5% de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle.

RESULTATS

I) CONCERNANT LES DONNEES GENERALES ET LES CONDITIONS D'EXERCICE

1) Répartition de l'échantillon selon le sexe et l'âge

SEXE/AGE	< 40 ans	(40-50) ans	(50-65) ans	> 65 ans	TOTAL SEXE
HOMME	17 [11.72%] [43.59%]	16 [11.03%] [57.14%]	90 [62.07%] [78.95%]	22 [15.17%] [91.67%]	145 [70.7%]
FEMME	22 [36.67%] [56.41%]	12 [20%] [42.86%]	24 [40%] [21.05%]	2 [3.33%] [8.33%]	60 [29.3%]
TOTAL AGE	39 [19%]	28 [13.7%]	114 [55.6%]	24 [11.7%]	205 [100%]

- Notre échantillon apparait significativement plus masculin [70.7%] que féminin [29.3%] (p <0.001)
- La classe d'âge la plus représentée est celle des (50-65) ans (p<0.001)

2) Répartition de l'échantillon selon le mode d'exercice

Mode d'exercice selon le SEXE	Cabinet seul	Cabinet de groupe	Autre (SOS médecin, remplacement...)	TOTAL
Homme	85 [58.62 %]	52 [35.86 %]	8 [5.52 %]	145
Femme	24 [40 %]	31 [51.67 %]	5 [8.33 %]	60
TOTAL	109	83	13	205

Mode d'exercice selon l'AGE	Cabinet seul	Cabinet de groupe	Autre (SOS médecin, remplacement...)	TOTAL
< 40 ans	13 [33.33%]	20 [51.28%]	6 [15.38%]	39
(40-50) ans	14 [50%]	10 [35.71%]	4 [14.29%]	28
(50-65) ans	66 [57.89%]	45 [39.47%]	3 [2.63%]	114
> 65 ans	16 [66.67%]	8 [33.33%]	0 [0%]	24
TOTAL	109	83	13	205

- Les hommes travaillent plus en cabinet seul (58.62%) par rapport aux femmes qui semblent privilégier les cabinets de groupe (51.67%) (p = 0.048)
- Le mode d'exercice en cabinet seul est également statistiquement plus retrouvé chez les > 50 ans (59.42%) par rapport aux médecins plus jeunes (40.3% chez les <50 ans) (p<0.001)

3) Répartition selon le milieu d'exercice

Milieu d'exercice selon le SEXE	Rural	Semi-rural	Urbain	TOTAL
Homme	10 [6.9%]	45 [31.03%]	90 [62.07%]	145
Femme	5 [8.33%]	22 [36.67%]	33 [55%]	60
TOTAL	15	67	123	205

Milieu d'exercice selon l'AGE	Rural	Semi-rural	Urbain	TOTAL
< 40 ans	3 [7.69%]	14 [35.9%]	22 [56.41%]	39
(40-50) ans	1 [3.57%]	7 [25%]	20 [71.43%]	28
(50-65) ans	9 [7.89%]	34 [29.82%]	71 [62.28%]	114
> 65 ans	2 [8.33%]	12 [50%]	10 [41.67%]	24
TOTAL	15	67	123	205

- Les médecins de notre échantillon travaillent majoritairement en milieu urbain (60%) par rapport au milieu semi-rural (32.7%) et rural (7.3%)
- Pas de différence significative dans le milieu d'exercice entre les sexes ni les différentes classes d'âge (p>0.05)

4) Répartition selon le temps de travail hebdomadaire

Temps de travail selon le SEXE	< 40h	(40-50)h	(50-60)h	> 60h	TOTAL
Homme	21 [14.58%]	59 [40.97%]	43 [29.86%]	21 [14.58%]	145
Femme	11 [18.33%]	34 [56.67%]	10 [16.67%]	5 [8.33%]	60
TOTAL	32	93	53	26	205

Temps de travail selon l'AGE	< 40h	(40-50)h	(50-60)h	> 60h	TOTAL
< 40 ans	8 [20.51%]	23 [58.97%]	4 [10.26%]	4 [10.26%]	39
(40-50) ans	3 [10.71%]	19 [67.86%]	4 [14.29%]	2 [7.14%]	28
(50-65) ans	16 [14.04%]	45 [39.47%]	38 [33.33%]	15 [13.16%]	114
> 65 ans	5 [21.74%]	6 [26.09%]	7 [30.43%]	5 [21.74%]	24
TOTAL	32	93	53	26	205

- La majorité des médecins de notre échantillon travaillent (40-50) h par semaine
- Les médecins jeunes travaillent significativement moins par rapport aux médecins plus âgés (p=0.002). En effet 63% des sujets de < 50ans déclarent travailler (40-50) h par semaine (contre 37% chez les >50ans) et 47% des médecins de plus de 50 ans déclarent un temps de travail de 50h ou plus par semaine contre seulement 21% chez les moins de 50 ans
- En revanche on ne trouve pas de différence significative entre les sexes pour le temps de travail (p>0.05)

5) Répartition selon le nombre d'actes quotidiens

Nombre d'actes selon le SEXE	< 20	(20-40)	> 40	TOTAL
Homme	30 [20.69%]	96 [66.21%]	19 [13.1%]	145
Femme	13 [21.67%]	45 [75%]	2 [3.33%]	60
TOTAL	43	141	21	205

Nombre d'actes selon l'AGE	< 20	(20-40)	> 40	TOTAL
< 40 ans	10 [25.64%]	28 [71.79%]	1 [2.56%]	39
(40-50) ans	3 [10.71%]	20 [71.43%]	5 [17.86%]	28
(50-65) ans	22 [19.3%]	81 [71.05%]	11 [9.65%]	114
> 65 ans	8 [33.33%]	12 [50%]	4 [16.67%]	24
TOTAL	43	141	21	205

- 68.8% des médecins interrogés déclarent réaliser entre 20 et 40 actes quotidiens
- On ne retrouve pas de différence significative entre les sexes ni les différentes catégories d'âge

6) Répartition selon le nombre de demi-journées de repos (DJR) par semaine (hors week-end)

Nombre de DJR selon le SEXE	0	[1;2]	≥ 3	TOTAL
Homme	40 [27.59%]	83 [57.24%]	22 [15.17%]	145
Femme	8 [13.33%]	38 [63.33%]	14 [23.33%]	60
TOTAL	48	121	36	205

Nombre de DJR selon l'AGE	0	[1;2]	≥ 3	TOTAL
< 40 ans	6 [15.38%]	25 [64.1%]	8 [20.51%]	39
(40-50) ans	2 [7.14%]	21 [75%]	5 [17.86%]	28
(50-65) ans	32 [28.07%]	63 [55.26%]	19 [16.67%]	114
> 65 ans	8 [33.33%]	12 [50%]	4 [16.67%]	24
TOTAL	48	121	36	205

- Les médecins interrogés déclarent majoritairement prendre 1 à 2 demi-journées de repos par semaine.
- Il existe une différence significative selon l'âge ; les médecins plus jeunes (89% chez les moins de 50 ans) sont plus nombreux à prendre une demi-journée de repos ou plus par semaine par rapport aux médecins plus âgés (71% chez les plus de 50 ans) (p=0.025)
- En revanche on ne retrouve pas de différence significative entre les sexes

7) Répartition selon la participation à une formation médicale continue (FMC)

FMC selon le SEXE	NON	OUI	TOTAL
Homme	49 [34.03%]	95 [65.97%]	144
Femme	9 [15%]	51 [85%]	60
TOTAL	58	146	204

FMC selon l'AGE	NON	OUI	TOTAL
< 40 ans	7 [17.95%]	32 [82.05%]	39
(40-50) ans	6 [21.43%]	22 [78.57%]	28
(50-65) ans	36 [31.86%]	77 [68.14%]	113
> 65 ans	9 [37.5%]	15 [62.5%]	24
TOTAL	58	146	204

- Environ 3 médecins sur 4 déclarent participer à une formation médicale continue dans notre échantillon.
- Les femmes sont significativement plus nombreuses à participer à une FMC (85% contre 66% chez les hommes) (p=0.01)
- Il n'existe pas de différence significative selon l'âge

II) CONCERNANT L'INTEGRATION DANS LE PARCOURS DE SOIN

1) Répartition selon le choix de déclaration d'un médecin traitant (MT)

Déclaration d'un MT selon le SEXE	NON, pas de MT déclaré	OUI, confrère généraliste	OUI, confrère spécialiste	OUI, vous-même	TOTAL
Homme	11 [7.59%]	14 [9.66%]	2 [1.38%]	118 [81.38%]	145
Femme	1 [1.67%]	11 [18.33%]	1 [1.67%]	47 [78.33%]	60
TOTAL	12	25	3	165	205

Déclaration d'un MT selon l'AGE	NON, pas de MT déclaré	OUI, confrère généraliste	OUI, confrère spécialiste	OUI, vous-même	TOTAL
< 40 ans	0 [0%]	11 [28.21%]	0 [0%]	28 [71.79%]	39
(40-50) ans	4 [14.29%]	4 [14.29%]	0 [0%]	20 [71.43%]	28
(50-65) ans	7 [6.14%]	7 [6.14%]	2 [1.75%]	98 [85.96%]	114
> 65 ans	1 [4.17%]	3 [12.5%]	1 [4.17%]	19 [79.17%]	24
TOTAL	12	25	3	165	205

- Environ 80% des médecins se sont auto-déclarés comme étant leur propre médecin traitant auprès de la CPAM. 12 médecins de notre échantillon se trouvaient "hors parcours de soin".
- Il existe une différence significative selon l'âge : les médecins plus jeunes sont plus nombreux à avoir déclaré un confrère (généraliste ou spécialiste) comme MT par rapport aux médecins plus âgés (22% chez les moins de 50 ans contre 9% chez les sujets de plus de 50 ans) (p=0.012)
- En revanche on ne trouve pas de différence significative selon le sexe
- 60% des médecins de notre échantillon déclarent ne pas suivre de confrères généralistes, seulement 10 médecins interrogés compte plus de 5 médecins généralistes parmi leur patientèle
- La majorité des médecins contactent directement le spécialiste en cas de besoin, 9% des médecins déclarent ne jamais faire appel aux spécialistes concernant leur santé.

2) Répartition selon la pratique de l'automédication d'antibiotiques

Automédication selon le SEXE	OUI	NON	TOTAL
Homme	115 [79.3%]	30 [20.7%]	145
Femme	50 [83.3%]	10 [16.7%]	60
TOTAL	165	40	205

Automédication selon l'AGE	OUI	NON	TOTAL
< 40ans	32 [82.1%]	7 [17.9%]	39
(40-50) ans	24 [85.7%]	4 [14.3%]	28
(50-65) ans	93 [81.6%]	21 [18.4]	114
> 65 ans	16 [66.7%]	8 [33.3%]	24
TOTAL	165	40	205

- 80% des médecins interrogés pratiquent l'automédication d'antibiotiques
- On ne met pas en évidence de différence significative selon le sexe ou l'âge
- Seulement 1 médecin sur 3 réalise un bilan infectieux avant de débuter une antibiothérapie (TDR, bilan biologique, ECBU, prélèvement/écouvillonnage local, radiographie thoracique)
- En revanche une grande majorité (94%) déclare suivre les règles de prescriptions (nature de l'antibiotique, posologie, durée du traitement) recommandées en l'état actuel des connaissances scientifiques

III) CONCERNANT LE RESSENTI DES MEDECINS SUR LEUR PROPRE SANTE

- La moitié des médecins interrogés considèrent leur statut comme étant "un atout dans la prise en charge de leur santé"; un quart suggère que "le fait d'être un médecin est un handicap dans la prise en charge de leur propre santé..."
- Environ 50% des médecins considèrent que "la prise en charge de leur propre santé est identique à celle de la population générale..."; 25% des médecins considèrent celle-ci comme "moins bonne"
- 87% des médecins de notre échantillon se considèrent comme étant en "bonne santé". En revanche ils sont moins nombreux (67%) à déclarer avoir le sentiment d'être "bien suivi sur le plan médical".
- On ne retrouve pas de différence significative entre les sexes ni les catégories d'âge concernant le ressenti des médecins sur leur propre santé ($p>0.05$)

	NON	OUI	TOTAL
Sentiment d'être en BONNE SANTE	26 [12.68%]	179 [87.32%]	205
Sentiment d'être BIEN SUIVI	67 [32.68%]	138 [67.32%]	205

IV) CONCERNANT LA SANTE PHYSIQUE DES MEDECINS

1) Déclaration d'une maladie chronique

- 78 médecins interrogés (38%) étaient atteints d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) (N=91 maladies déclarées) avec une différence significative selon l'âge : les médecins de plus de 50 ans étaient plus nombreux à déclarer avoir une maladie chronique par rapport aux médecins plus jeunes ($p<0.001$). En revanche on ne trouvait pas de différence selon le sexe.
- Parmi les personnes ayant déclaré une maladie chronique 51% suivent un traitement de fond. La majorité des médecins concernés se prescrivent eux-mêmes leur traitement, seulement 35% se font prescrire leur traitement de fond par le spécialiste. Aucun médecin de notre échantillon ne se faisait prescrire son traitement de fond par un confrère généraliste.

Répartition des maladies chroniques déclarées chez les médecins généralistes de l'échantillon

MALADIE CHRONIQUE = N(%)	91 (100)	PAR APPAREIL	91 (100)
HTA	21 (23,1)	Cardio-Vasculaire	47 (51,6)
Pathologie rhumatismale	10 (11,0)	Rhumatismale	10 (11,0)
Trouble du rythme cardiaque	9 (9,9)	Métabolique	8 (8,8)
Hypothyroïdie	7 (7,7)	Urologique	5 (5,5)
Dyslipidémie	5 (5,5)	Digestive	5 (5,5)
SAOS	5 (5,5)	Système Immunitaire	4 (4,4)
Pathologie urologique	5 (5,5)	Cancer	3 (3,3)
Pathologie digestive	5 (5,5)	Respiratoire	3 (3,3)
Coronaropathie/artériopathie	4 (4,4)	Dermatologique	2 (2,2)
Pathologie Auto-Immune	4 (4,4)	Ophtalmologique	2 (2,2)
Cancer	3 (3,3)	ORL	1 (1,1)
Pathologie respiratoire	3 (3,3)	Neurologique	1 (1,1)
AVC	2 (2,2)		
Pathologie dermatologique	2 (2,2)		
Pathologie ophtalmologique	2 (2,2)		
Diabète	1 (1,1)		
Valvulopathie cardiaque	1 (1,1)		
Pathologie ORL	1 (1,1)		

V) CONCERNANT LE COMPORTEMENT EN MATIERE DE PREVENTION ET DEPISTAGE

1) Vaccination DTP et grippe

- 87% des médecins interrogés déclarent être à jour de leur vaccination contre le DTP avec une différence significative entre les sexes : les femmes apparaissent mieux couvertes par rapport aux hommes (p=0.03). Pas de différence selon l'âge.
- En ce qui concerne la grippe on note une couverture vaccinale moins importante avec 64% des médecins qui se déclarent vaccinés. Pas de différence retrouvée selon le sexe ni l'âge chez les médecins interrogés.

Vaccination DTP à jour selon le SEXE	Ne sait pas	NON	OUI	TOTAL
Homme	6 [4.14%]	18 [12.41%]	121 [83.45%]	145
Femme	1 [1.67%]	1 [1.67%]	58 [96.67%]	60
TOTAL	7	19	179	205

Vaccination DTP à jour selon l'AGE	Ne sait pas	NON	OUI	TOTAL
< 40 ans	1 [2.56%]	2 [5.13%]	36 [92.31%]	39
(40-50) ans	2 [7.14%]	2 [7.14%]	24 [85.71%]	28
(50-65) ans	3 [2.63%]	12 [10.53%]	99 [86.84%]	114
> 65 ans	1 [4.17%]	3 [12.5%]	20 [83.33%]	24
TOTAL	7	19	179	205

2) Prévention des facteurs de risque cardiovasculaires

a-Tabagisme

Tabagisme selon le SEXE	Jamais	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier : < 20 PA et/ou 10 cigarettes/jour	Fumeur régulier : ≥ 20 PA et/ou 10 cigarettes/jour	TOTAL
Homme	74 [51.03%]	8 [26.21%]	19 [13.1%]	8 [5.52%]	6 [4.14%]	145
Femme	41 [68.33%]	10 [16.67%]	5 [8.33%]	3 [5%]	1 [1.67 %]	60
TOTAL	115	48	24	11	7	205

Tabagisme selon l'AGE	Jamais	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier : < 20 PA et/ou 10 cigarettes/jour	Fumeur régulier : ≥ 20 PA et/ou 10 cigarettes/jour	TOTAL
< 40 ans	24 [61.54%]	5 [12.82%]	6 [15.38%]	1 [2.56%]	3 [7.69%]	39
(40-50) ans	16 [57.14%]	5 [17.86%]	4 [14.29%]	2 [7.14%]	1 [3.57%]	28
(50-65) ans	66 [57.89%]	30 [26.32%]	10 [8.77%]	5 [4.39%]	3 [2.63%]	114
> 65 ans	9 [37.5%]	8 [33.33%]	4 [16.67%]	3 [12.5%]	0 [0%]	24
TOTAL	115	48	24	11	7	205

- 20.5% des médecins interrogés sont fumeurs (occasionnel, régulier).
- Les hommes apparaissent plus fumeurs par rapport aux femmes dans notre échantillon (22.7% contre 15%). On note également des différences selon l'âge avec une proportion plus importante de fumeurs chez les médecins jeunes (25.4% chez les moins de 50 ans contre 18.1% chez les plus de 50 ans).
- Cependant les différences observées ne sont PAS statistiquement significatives (p>0.05).

b- Consommation d'alcool

Consommation d'alcool selon le SEXE	0 ou exceptionnellement	[0-2] verre (s) par jour ([0-14] UI/semaine)	≥ 3 verres par jour (≥ 21 UI/semaine)	TOTAL
Homme	72 [50%]	60 [41.67%]	12 [8.33%]	144
Femme	39 [66.1%]	19 [32.2%]	1 [1.69%]	59
TOTAL	111	79	13	203

Consommation d'alcool selon l'AGE	0 ou exceptionnellement	[0-2] verre (s) par jour ([0-14] UI/semaine)	≥ 3 verres par jour (≥ 21 UI/semaine)	TOTAL
< 40 ans	26 [66.67%]	12 [30.77%]	1 [2.56%]	39
(40-50) ans	15 [53.57%]	13 [46.43%]	0 [0%]	28
(50-65) ans	60 [53.1%]	44 [38.94%]	9 [7.96%]	113
> 65 ans	10 [43.48%]	10 [43.48%]	3 [13.04%]	23
TOTAL	111	79	13	203

- 40% des médecins interrogés déclarent une consommation d'alcool régulière (≥ 1 verres par jour ou plusieurs verres par semaines). Pour 13 médecins (6.4%) la consommation est considérée par l'OMS comme étant "à risque pour la santé" (≥ 3 verres par jour).
- Il existe une différence significative selon le sexe : Les hommes semblent plus nombreux à déclarer une consommation régulière par rapport aux femmes (50% contre 33.9%) (p=0.036)
- Parmi les 13 médecins déclarant une "consommation à risque pour la santé" 12 étaient âgés de plus de 50 ans. Cependant les différences observées entre les différentes classes d'âge apparaissent statistiquement NON significatives (p>0.05)
- 3 médecins sur 4 qualifient leur consommation d'alcool comme "normale", les 2 médecins qui déclaraient une "dépendance" à l'alcool étaient des hommes de plus de 50 ans.

c- Pratique d'activité physique

Pratique d'activité physique selon le SEXE	0 ou exceptionnelle	Occasionnelle < 1 fois par semaine	Régulière ≥ 1 fois par semaine	TOTAL
Homme	21 [14.48%]	30 [20.69%]	94 [64.83%]	145
Femme	11 [18.33%]	12 [20%]	37 [61.67%]	60
TOTAL	32	42	131	205

Pratique d'activité physique selon l'AGE	0 ou exceptionnelle	Occasionnelle < 1 fois par semaine	Régulière ≥ 1 fois par semaine	TOTAL
< 40 ans	9 [23.08%]	6 [15.38%]	24 [61.54%]	39
(40-50) ans	2 [7.14%]	9 [32.14%]	17 [60.71%]	28
(50-65) ans	18 [15.79%]	23 [20.18%]	73 [64.04%]	114
> 65 ans	3 [12.5%]	4 [16.67%]	17 [70.83%]	24
TOTAL	32	42	131	205

- 64% des médecins de notre échantillon semblent pratiquer une activité physique régulière sans différence significative entre les sexes ni les catégories d'âge.

d- Surpoids et obésité

IMC (kg/m²) selon le SEXE	Insuffisance pondérale < 18,5	Normal [18,5-25[	Surpoids [25-30[	Obésité classe I [30-35[	Obésité classe II sévère [35-40[	Obésité classe III massive ≥ 40	TOTAL
Homme	1 [0.75%]	60 [45.11%]	63 [47.37%]	8 [6.02%]	0 [0%]	1 [0.75%]	133
Femme	4 [7.02%]	40 [70.18%]	10 [17.54%]	3 [5.26%]	0 [0%]	0 [0%]	57
TOTAL	5	100	73	11	0	1	190

IMC (kg/m²) selon l'AGE	Insuffisance pondérale < 18,5	Normal [18,5-25[	Surpoids [25-30[	Obésité classe I [30-35[	Obésité classe II sévère [35-40[	Obésité classe III massive ≥ 40	TOTAL
< 40 ans	2 [5.41%]	25 [67.58%]	9 [24.32%]	1 [2.70%]	0 [0%]	0 [0%]	37
(40-50) ans	0 [0%]	12 [52.17%]	9 [39.13%]	2 [8.70%]	0 [0%]	0 [0%]	23
(50-65) ans	3 [2.78%]	57 [52.78%]	40 [37.04%]	7 [6.48%]	0 [0%]	1 [0.92%]	108
> 65 ans	0 [0%]	6 [27.27%]	15 [68.18%]	1 [4.55%]	0 [0%]	0 [0%]	22
TOTAL	5	100	73	11	0	1	190

- 25 médecins n'ont pas donné d'informations sur leurs poids/taille
- chez les sujets ayant répondu un peu plus d'un médecin sur trois était en surpoids (38%), quasiment la moitié des médecins se trouve en surpoids et/ou obésité (44.5%)
- Il existe une différence significative selon le sexe : les hommes apparaissent significativement plus en surpoids et/ou obèse par rapport aux femmes (54% contre 23%) ($p<0.0001$)
- On observe plus de surpoids/obésité avec l'âge avancé : en effet la moitié des médecins de plus de 50 ans a un IMC ≥ 25 kg/m² contre un tiers des médecins de moins de 50 ans. Cependant les différences observées ne sont PAS statistiquement significatives.

e-Diabète, dyslipidémie et hypertension artérielle (HTA)

- 63% des médecins interrogés réalisent un bilan sanguin de dépistage régulièrement (au moins un tous les deux ans). On ne retrouve pas de différence entre les sexes mais il existe une différence significative entre les catégories d'âge : les médecins de plus de 50 ans réalisent plus régulièrement un bilan de dépistage par rapport aux sujets plus jeunes (72% contre 46%) ($p<0.001$)
- 3 médecins sur 4 déclarent contrôler régulièrement leur pression artérielle (au moins une fois par an). Pas de différence significative entre les sexes ni les catégories d'âge.

3) Dépistage des cancers

- 92% des femmes concernées participaient au dépistage du cancer du sein. Une proportion légèrement inférieure participait au dépistage du cancer du col de l'utérus (84%). Aucune différence n'est mise en évidence entre les catégories d'âge. (p>0.05)
- Concernant le cancer colorectal on trouvait un taux de participation de 81% dans notre échantillon, sans différence significative entre les sexes.
- Parmi les personnes participant au dépistage organisé des cancers 63.5% le faisaient selon les recommandations de l'HAS sans différence selon le sexe ni les catégories d'âge.

Participation au dépistage des cancers pour les médecins concernés	OUI	NON	TOTAL
Cancer du SEIN	24 [92.3%]	2 [7.3%]	26
Cancer du COL	48 [84.2%]	9 [15.8%]	57
Cancer COLORECTAL	110 [80.9%]	26 [19.1%]	136
Selon l'HAS	73 [63.5%]	42 [36.5%]	115

VI) CONCERNANT LA SANTE PSYCHIQUE

Sentiment de stress selon le SEXE	NON	OUI	TOTAL
Homme	58 [40.28%]	86 [59.72%]	144
Femme	15 [25%]	45 [75%]	60
TOTAL	73	131	204

Sentiment de stress selon l'AGE	NON	OUI	TOTAL
< 40 ans	14 [35.9 %]	25 [64.1 %]	39
(40-50) ans	2 [7.14 %]	26 [92.86 %]	28
(50-65) ans	43 [38.05 %]	70 [61.95 %]	113
> 65 ans	14 [58.33 %]	10 [41.67 %]	24
TOTAL	73	131	204

- 2 médecins sur 3 déclarent ressentir du stress en lien avec leur travail. Pas de différence entre les sexes. En revanche on trouve une différence significative entre les catégories d'âge : les médecins plus jeunes apparaissent plus stressés par rapport aux médecins plus âgés (76.12% chez les moins de 50 ans contre 58.39% chez les plus de 50 ans) (p=0.013)
- Lorsque l'on demande aux médecins de choisir 4 sources de stress en lien avec leurs travail les plus cités sont : le travail administratif, l'exigence des patients, l'interruption de tâches, la surcharge de travail
- Seulement 36 médecins de notre échantillon (17.6%) déclaraient connaitre des moyens de lutte contre le stress lié au travail. Parmi les moyens cités on trouvait les associations d'aide, l'activité physique (sport), les médecines douces (sophrologie, acupuncture...), les vacances, les groupes Balint.

Sources de stress = N (%)	n=761
Travail administratif	133 [17.5%]
Exigence des patients	119 [15.6%]
Interruption au travail	100 [13.1%]
Surcharge de travail	81 [10.6%]
Gestion du cabinet	79 [10.4%]
Travail qui interfère avec vie personnelle	72 [9.5%]
Agressivité/Conflit avec les patients	50 [6.6%]
Cas complexes	42 [5.5%]
Manque de temps accordé aux patients	41 [5.4%]
Sentiment de solitude au travail	30 [4.0%]
Poursuites judiciaires	11 [1.4%]
Agressivité/Conflit avec les confrères	3 [0.4%]

VII) CONCERNANT LA SATISFACTION PERSONNELLE PAR RAPPORT AU TRAVAIL

Satisfaction selon le SEXE	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	TOTAL
Homme	10 [6.90%]	40 [27.59%]	78 [53.79%]	17 [11.72%]	145
Femme	1 [1.67%]	15 [25.0%]	38 [63.33%]	6 [10.0%]	60
TOTAL	11	55	116	23	205

Satisfaction selon l'AGE	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	TOTAL
< 40 ans	0 [0%]	7 [17.95%]	22 [56.41%]	10 [25.64%]	39
(40-50) ans	1 [3.58%]	10 [35.71%]	17 [60.71%]	0 [0%]	28
(50-65) ans	10 [8.77%]	34 [29.82%]	63 [55.26%]	7 [6.14%]	114
> 65 ans	0 [0%]	4 [16.67%]	14 [58.33%]	6 [25.0%]	24
TOTAL	11	55	116	23	205

- 68% des médecins de notre échantillon estiment leur satisfaction personnelle en lien avec le travail comme « bonne » ou « très bonne » ; avec une prédominance légèrement féminine et chez les sujets de moins de 50 ans ; mais sans différence statistiquement significative entre les sexes ni les différentes catégories d'âge.

DISCUSSION

I) INTERET AVANTAGES ET LIMITES DE L'ETUDE

L'épidémiologie est la science fondamentale sur laquelle repose la santé publique. C'est l'étude des maladies dans les populations, visant notamment à connaître :
- "Combien de personnes sont touchées par ces maladies ?"
- "Le risque est-il en augmentation ou en diminution ?"
- "Quelle est la pertinence du problème ?"
- "Quelle prévention peut être mise en œuvre ?" [27]

L'objectif principal de notre étude était de décrire des comportements liés à l'état de santé d'une population (ici les médecins généralistes libéraux du Var) en terme de prévalence c'est à dire de "recueil de cas existants" à un instant "T".
L'objectif secondaire était d'étudier les variations temporelles et/ou géographiques sur ces mêmes critères en les comparant grâce à des études antérieures sur les médecins généralistes issus d'autre régions.
Enfin l'objectif tertiaire était de comparer les critères étudiés avec une autre population cible à savoir la population française.
Nous avons donc choisi une étude ***observationnelle descriptive transversale*** pour répondre au mieux à nos objectifs.
Limites de ce type d'étude = la méthodologie de l'enquête et le schéma "observationnel" ne permettent pas de conclure à un lien de causalité sur les différences statistiquement significatives. (***Critères de Hill***) [28]. On peut seulement "émettre des hypothèses" à partir des résultats obtenus.
Le recueil des données s'est fait par deux sélections successives : une première étape consistait à appeler tous les médecins généralistes du département du Var grâce à la liste créée avec les pages jaunes d'internet et l'annuaire du CDOM [24;25] . Le but de cette première étape était de proposer la participation à notre étude aux médecins. Ils devaient répondre aux critères d'inclusion/exclusion, puis nous devions obtenir leur consentement ainsi que leur adresse mail afin de leur envoyer le lien "Google Forms'' permettant de répondre au questionnaire. Nous avons ainsi pu envoyer le lien à 356 médecins, les autres n'ayant soit pas répondu à notre appel, soit ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou encore ont refusé de participer à l'étude.
Ce type d'enquête excluait de fait les médecins ne disposant pas d'internet (majoritairement des médecins de plus de 50 voire 65 ans) et qui auraient pu augmenter les données relatives à ces catégories d'âge.
Parmi les autres *biais de sélection* dans notre étude on peut retenir :
- *Le biais de recrutement* : il apparaît à chaque fois que la probabilité que les sujets entrent dans l'étude est liée à un (ou plusieurs) facteur(s) étudié(s) : ici le fait d'être sensibilisé au sujet de la santé des médecins, le fait d'avoir un ami, proche et/ou été soi-même victime de problème de santé physique et/ou psychique.
- *Le biais de "bonne santé des travailleurs"* ou *"healthy worker effect"* : ce biais apparaît lorsque les participants à une étude sont choisis parmi une population de travailleurs. Il est lié au fait qu'en milieu de travail, les individus sont capables d'exercer un travail régulier et donc a priori en meilleure

santé que la population générale dans laquelle on trouve des malades dans l'incapacité de tenir un emploi. [29]
En effet ici ayant contacté les cabinets de médecins généralistes nous n'avons pu obtenir de réponse de la part des médecins en arrêt maladie et/ou convalescence qui auraient pu augmenter nos données sur "le médecins malade".
La deuxième étape de notre étude consistait à ouvrir le mail de présentation, cliquer sur le lien "Google Forms" et remplir le formulaire proposé. Cela demandait de prendre le temps nécessaire au remplissage du formulaire (environ 7 minutes en moyenne), être en capacité d'utiliser le lien internet (plusieurs médecins m'ont répondu par téléphone qu'ils essaieraient de comprendre le fonctionnement du processus mais qu'ils n'avaient jamais répondu à ce type de questionnaire et par conséquent qu'il leur serait potentiellement difficile d'y participer) et enfin de répondre correctement aux questions posées.
Cette étape est susceptible d'amener des *biais de mesure* (= biais d'information/classement) lors du recueil des données en cas de réponse incohérente (par exemple des médecins homme répondant par la négation ou l'affirmation au fait de participer au dépistage du cancer du sein) supposant soit une inattention/ mauvaise compréhension des questions de la part du sujet répondeur soit un manque de clarté des questions posées par l'investigateur. Parmi les autres biais d'informations/classements on peut citer le *"biais de non réponse"* à certaines questions du formulaire induisant un manque de données à analyser pour l'observateur de l'étude. [29]
Enfin lors de l'analyse statistique des données il existe le *"risque alpha"* de conclure à une différence statistiquement significative alors qu'elle n'existe pas en réalité. Ce risque est lié aux fluctuations d'échantillonnage, il est attribué au hasard et il est toujours présent dans les analyses statistiques. Il est fixé ici à 5%.

II) DISCUSSION DES RESULTATS

1) Données générales et conditions d'exercices

A partir de notre étude nous pouvons dégager un "médecin type" représentant notre échantillon : il s'agit d'un homme entre 50 et 65 ans exerçant en cabinet seul en milieu urbain. Il travaille entre 40 et 50 heures hebdomadaire, réalise (20-40) actes quotidiens, prend 1 à 2 demi-journées de repos par semaine hors week-end et participe à une formation médicale continue.

Au premier janvier 2017 le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recensait 88137 médecins généralistes dont 46676 hommes ([53%], âge moyen 54ans) et 41461 femmes ([47%], âge moyen 49 ans). [30]
Parmi les médecins généralistes 49641 [56.3%] déclarait un mode d'exercice libéral ([61.2%] d'hommes et [38.8%] de femmes), on ne disposait pas ici de leur âge moyen.
Les données du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) de la région PACA recensent 5604 médecins généralistes libéraux (âge moyen 54 ans) dont [64.4%] d'hommes et [35.6%] de femmes.[31]
Enfin le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Var (CDOM) permettait de compléter ces données avec 930 médecins généralistes libéraux (âge moyen 54 ans) dont [66.9%] d'hommes et [33.1%] de femmes [32]
**(NB = L'importante différence entre le nombre de médecins généralistes libéraux recensés par le CDOM et par les pages jaunes s'explique par plusieurs facteurs : ne sont recensés par le CDOM que les médecins généralistes LIBERAUX excluant ainsi les médecins ayant une activité salariée et/ou mixte ; les médecins ayant un mode d'exercice en cabinet de groupe apparaissaient toujours sous leur propre nom et sous le nom du cabinet et/ou de la SCI; les médecins ayant pris leurs retraite ou ayant changé d'adresse de cabinet apparaissait encore également sur les pages jaunes bien qu'il n'ait plus d'activité au moment du recueil des données.)
Notre échantillon d'étude apparait ici représentatif de la population des médecins généraliste du Var en terme de sexe et d'âge.

Démographie des médecins généralistes libéraux en 2017 :

FRANCE	N (%)	PACA	N (%)	Age moyen	VAR	N (%)	Age moyen	Notre Etude	N (%)
Total	49641 (100%)	Total	5604 (100%)	54.36	Total	930 (100%)	54.04	TOTAL	205 (100%)
Homme	30412 (61.2%)	Homme	3611 (64.4%)	57.03	Homme	622 (66.9%)	55.85	Homme	145 (70.7%)
Femme	19229 (38.8%)	Femme	1993 (35.6%)	49.53	Femme	308 (33.1%)	50.40	Femme	60 (29.3%)

Plusieurs données ressortent du rapport du CNOM concernant l'évolution de la démographie médicale entre 2007 et 2017 :
- Une *diminution de 9.1% du nombre de médecins généraliste*s en activité régulière (tous modes d'exercice). À l'exception de la région des Pays-de-la-Loire et de l'ensemble des DOM, toutes les régions enregistrent une baisse du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2010/2017. La Bretagne apparait comme la région la plus impactée avec une diminution de 30% du nombre de médecins généralistes.
- Le *vieillissement* inquiétant de la population médicale avec 28% des médecins inscrits à l'ordre âgés de 60 ans et plus en 2017 contre 8.6% en 2007.
- La *féminisation* de la profession avec une proportion de femmes atteignant 62% chez les médecins

de moins de 40 ans contre 56% en 2007.
- Une *diminution du mode d'exercice libéral* au profit d'un mode d'exercice salarié chez les médecins généralistes (cf tableau ci-dessous)
- Une *augmentation de 25% du nombre de médecins généralistes remplaçants*, majoritairement représenté par des femmes (62%)
- L'existence d'un *gradient Nord/Sud* en terme de répartition médicale avec une densité plus forte dans les régions du sud et en Ile-de-France par rapport au reste du pays. Au 1er janvier 2017, la densité médicale métropole et DOM est de 330,7 médecins pour 100 000 habitants. Malgré la recomposition territoriale, la région PACA conserve la première place pour la densité en France (353,2 médecins/100 000 habitants) [33]
Les analyses du CNOM montrent que ces tendances ont une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025.

Evolution du mode d'exercice chez les médecins généralistes entre 2007-2017 en France :

Mode d'exercice	Libéral	Mixte	Salarié
2007	74%	7.3%	18.7%
2017	56.3%	6.7%	37%

2) Ressenti des médecins sur leur propre santé

Les médecins de notre étude sont plus nombreux à se déclarer en bonne santé par rapport au panel de médecins généralistes interrogés en 2010 et à la population française selon le rapport de la DREES de 2015.
Dans le rapport de 2015 il semble exister des différences selon l'âge et le sexe : les hommes et les sujets plus jeunes se déclarent davantage en "bon" ou "très bon" état de santé par rapport aux femmes et au sujets plus âgés. Il n'existait pas de différence significative dans notre étude.
Une hypothèse permettant d'expliquer les différences observées entre médecins et population francaise serait que la connaissance des pathologies fournit aux professionnels certains repères et atténue le vécu négatif/l'angoisse associés aux maladies.

Etudes	Etat de santé perçu comme "Bon" ou "Très bon"
Var 2017 (n=205)	87%
Panel 2010 (n=1900)	80%
Population française 2015	68%

Les médecins apparaissent globalement satisfaits de leur prise en charge d'après plusieurs études menées au niveau national [18;19;22;34]
On remarque qu'il existe néanmoins dans notre étude une différence entre le fait de se considérer comme étant en "bonne santé" et le fait d'être "bien suivi" sur le plan médical (87% contre 67%).
Les médecins semblent justifier le choix de ne pas se faire suivre par le sentiment d'être en bonne santé, d'avoir les connaissances pour s'auto-surveiller [19;22].
Ils justifient également leur défaut de prise en charge par la minimisation des symptômes, la négligence de leur vécu subjectif, les difficultés de se confier à un confrère, le manque de temps pour

consulter lié à l'organisation du cabinet et aux exigences du mode d'exercice libéral. [16;19;21;22]
Le fait pour les médecins femmes d'avoir un suivi gynécologique régulier renforce le sentiment d'être bien suivies comme le suggère l'étude Gontharet [22].

3) Déclaration d'un médecin traitant

Avant la loi santé de 2004, 90% des médecins n'avaient pas déclaré de médecin traitant [16;17]. Bien qu'ils se soient pliés aux exigences de la réforme, la majorité s'était auto-déclarée comme son propre médecin traitant [18;20;23;35;36], perdant ainsi tout le bénéfice attendu par la qualité de prise en charge d'une tierce personne. Ils se font donc rarement interroger et jamais ou très peu examiner.
Notre étude montre que les médecins plus jeunes sont plus nombreux à avoir déclaré un médecin traitant autre que soi-même, on ne retrouvait en revanche pas de différence entre les sexes. L'étude du Panel Loire portant sur un plus grand nombre de médecins en 2010 (n=440) montre que les médecins jeunes de sexe féminin avaient plus déclaré de médecin traitant autre qu'elles-mêmes par rapport aux hommes et aux autres catégories d'âge [35]. Ce phénomène est-il dû au simple fait d'être régulièrement suivi par un gynécologue (déclaration possible du spécialiste comme médecin traitant) ? ou reflète-t-il un réel changement d'attitude de la part des médecins en particuliers les plus jeunes ?
Le mode d'exercice en cabinet de groupe était également rapporté comme déterminant au fait de déclarer un autre médecin traitant que soi-même. L'hypothèse émise par l'étude est que "le fait de déclarer un médecin traitant est en partie lié au temps personnel dont dispose le médecin généraliste ; chez les médecins qui exercent seul en cabinet , avoir un médecin traitant et le consulter impacte plus sur l'organisation de leur journée de travail". [35]
La justification des médecins pour s'être auto-déclaré médecin traitant est d'ordre organisationnel (gain de temps, pratique pour les pathologies banales), facilite l'accès aux soins (avis de spécialistes, prescription d'examens complémentaires et de médicaments) tout en respectant le parcours de soin permettant un meilleur remboursement auprès de la CPAM[19;21;22].
Les médecins qui ont déclaré un confrère généraliste comme médecin traitant l'ont fait le plus souvent par facilité (autre médecin du cabinet si cabinet de groupe, conjoint lorsque celui-ci est également médecin) et le consulte peu par doute sur la supériorité/complémentarité de leurs compétences (acquises lors de la même formation au cours des études de médecines) ou peur du manque de confidentialité. Ils privilégient alors en première intention l'avis du spécialiste qui possède une compétence qui va au delà de leurs propres connaissances. [21;22;34]
Le médecin patient apparait également comme victime de son statut de professionnel de santé à son insu : il n'est pas considéré comme un patient lambda par ses confrères et ne bénéficie pas de la même écoute ni des mêmes informations du fait de ses supposées connaissances médicales "il est médecin donc il doit bien savoir...il connait ses symptômes et signes cliniques..." au risque de passer à côté du diagnostic et fausser la relation soignant/soigné. Ce constat renforce le sentiment d'isolement du médecin malade qui s'autodiagnostique, s'autoprescrit et intériorise ses problèmes et ses angoisses/peurs [34].
L'autre conséquence de ce phénomène d'autosurveillance est la pratique par la majorité des médecins de l'automédication et ce dès les études de médecine. Le rapport du CNOM de 2008 "le médecin malade" soulignait des "prescriptions trop nombreuses et souvent inadaptées" ainsi que la tendance des médecins généralistes à la surconsommation de soins (prescription d'examens complémentaires inutiles, banalisation de l'automédication pour atténuer les symptômes) avec risque de retard de prise en charge diagnostique en cas de maladie grave. [1;19;21;22]

Le CNOM soulevait la question de l'instauration d'une loi qui interdirait la pratique de l'auto prescription pour pallier ce problème [1].

4) Maladie chronique

Dans notre étude 38% des médecins interrogés déclaraient être atteints d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s). On retrouve des proportions relativement similaires dans le panel de 2010 ainsi que dans la population générale française en 2015. [2;15]
Dans les 3 études, l'âge influence le fait de déclarer avoir de tels problèmes. Le panel suggère que les hommes déclarent plus de maladies chroniques que les femmes, on retrouve une situation inversée dans la population française, pas de différence statistiquement significative retrouvée dans notre étude en 2017.
On peut suggérer toutefois que les médecins généralistes sont plus nombreux à déclarer souffrir de maladie chronique en apportant deux nuances : d'une part les médecins appréhendent la maladie et son caractère chronique d'une manière différente du fait de leurs connaissances scientifiques et de leur statut de professionnel (entrainant une sous estimation du nombre de sujets concernés), d'autre part que dans l'étude de la DREES de 2015 certains sujets déclaraient comme maladies chroniques des problèmes de santé tels que les troubles mineurs de la vision aisément corrigés par des lunettes, des problèmes dentaires (entrainant une surestimation du nombre de personnes concernées)..... La comparaison des écarts de réponse apparait dès lors difficile à interpréter.

Etudes	Déclaration d'une maladie chronique
Var 2017 (n=205)	38%
Panel 2010 (n=1900)	33%
Population française 2015	37%

Concernant le type de pathologies déclarées on retrouve des différences selon les études : dans notre enquête ainsi que plusieurs autres au niveau national plus de 70% de celles-ci sont d'ordre cardio-vasculaire, rhumatismale et métabolique. Les affections cancéreuses et psychiatriques représentent (3-4)% des pathologies déclarées [16;18;20]. L'HTA et la dyslipidémie étant les deux pathologies les plus représentées.
Dans la population générale on retrouve à proportion relativement égale ([20-30]%) les maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire, métabolique et les atteintes du systèmes ostéo articulaire.[15]
Les médecins semblerait donc plus souffrir de pathologies cardiovasculaires par rapport à la population française qui déclare plus de pathologies respiratoires, rhumatismales. Le mode de vie pourrait-il expliquer les différences observées ? ou existe il d'autre facteurs externes influençant ces différences ?

Dans son rapport annuel de 2016 la CARMF publiait les chiffres des affections les plus fréquentes pour lesquelles les médecins percevaient des indemnités journalières : en première position on retrouve les affections cancéreuses (29 %) , les motifs psychiatriques arrivent en seconde position (21 %), les lésions traumatiques avec un taux en augmentation à 12 % en 2016, devant les maladies rhumatismales (10%).[37]
On peut expliquer ces différences par le fait que les pathologies majoritairement déclarées ne sont

pas responsables d'arrêt de travail suffisant pour entrainer des indemnités journalières.
Une autre hypothèse que l'on pourrait avancer serait l'existence d'une honte de la maladie en particulier cancéreuse et psychiatrique amenant les médecins interrogés à cacher ou sous-estimer ces maladies.

5) Vaccination

Une étude réalisée par l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) en 2009 sur la couverture vaccinale des soignants en France montrait que 77% des médecins étaient à jour pour la vaccination contre l'hépatite B, 86% pour le DTP et 55% pour la grippe. Les médecins apparaissaient significativement mieux vaccinés pour la grippe mais moins bien pour le DTP et l'hépatite B par rapport aux infirmières, sages-femmes et aides-soignants interrogés. [38]
Les données de la CPAM montraient une couverture vaccinale de la population générale à 50.5% pour le DTP en 2012, 43.1% concernant l'hépatite B en 2009 et 46% pour la grippe en 2016. [39;40;41]
Les objectifs fixés par le Haut conseil de santé publique (HCSP) en 2010 concernant les couvertures vaccinales sont présentés ci-dessous : [42]
-*Grippe* = pour les personnes âgées de 65 ans et plus, souffrant d'une affection longue durée (ALD) exonérante, chez les professionnels de santé : 80% de couverture vaccinale espérée.
- *DTP* = 95% chez l'adolescent de 15 ans, 90% à 65 ans avec dernier rappel dans les 15 dernières années.
- *Hep B* = 75% de couverture vaccinale chez l'adolescent de 15 ans.
Dans notre études les médecins apparaissent donc mieux vaccinés que la population générale mais avec une couverture vaccinale encore insuffisante par rapport aux nouveaux objectifs fixés par le HCSP. Des progrès sont encore à faire en matière de campagne de promotion pour favoriser la vaccination de la population générale, bien que les médecins semblent montrer l'exemple en ce qui concerne la couverture vaccinale.

Etudes \Couverture vaccinale	DTP	Grippe	Hep B
Var 2017 (n=205)	87.3%	64%	NR
INSV 2009	86%	55%	77%
CPAM pop générale	50.5%	46%	43.1%
Objectif HCSP 2010	[90-95]%	80%	75%

6) Prévention des facteurs de risques cardiovasculaires

Tabagisme : on observe en France depuis les années 1970 une baisse importante du tabagisme notamment parmi les hommes, malgré cela le tabac reste la première cause de mortalité évitable loin devant l'alcool. On observe que les femmes ont progressivement adopté le comportement tabagique des hommes, augmentant de manière inquiétante l'incidence des cancers liés au tabac pour le sexe féminin. En 2010 26% des femmes et 32.4% des hommes déclaraient fumer quotidiennement soit 30% des personnes âgées de 18-75 ans. Toutefois les hommes restent plus gros consommateurs par rapport aux femmes, il existe également un lien avec l'âge, le statut socio-professionnel. [15]
Notre étude comme le panel de 2010 suggèrent que les médecins sont moins concernés par le

tabagisme avec (8-9) % déclarant fumer **régulièrement** contre 30% dans la population générale française, les médecins hommes et les médecins jeunes apparaissent plus fumeur mais sans différence statistiquement significative entre les sexes et les différentes classes d'âge.

Etudes	Fumeurs (occasionnel/régulier)
Var 2017 (n=205)	20.5%
Panel 2010 (n=1900)	18%
Population française 2015	30%

L'étude Underner rapporte que le tabagisme influence le comportement et le discours du médecin envers les patients fumeurs. Elle suggère que les médecins fumeurs se différencient des non-fumeurs en pensant que leur tabagisme n'a soit pas d'influence soit favorise la communication avec le patient dans les discussions sur la prévention et l'aide au sevrage [43]. Cette analyse est également retrouvée dans l'étude Gontharet. [22]

Alcool : bien que la consommation soit en constante diminution depuis la fin des années 1950 la France reste un pays consommant beaucoup d'alcool avec de nombreuses disparités selon la région, le milieu de vie.... En 2012 la consommation annuelle était estimé à 11.8 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus soit en moyenne 2.6 UI d'alcool par jour (1 UI = 25 cc de bière = 12 cc de vin = 4 cc de spiritueux), principalement sous forme de vin. Au début des années 2010 20% des 18-75 ans consommaient régulièrement de l'alcool et 12% quotidiennement. Les hommes apparaissent en moyenne 3 fois plus consommateurs quotidiens que les femmes, la consommation augmente fortement avec l'âge pour les deux sexes. [15]
On retrouve cette tendance parmi les médecins mais avec un taux de consommateurs inferieur à la population générale. [2;16;17;18;20;23;36]
On note une différence notable dans le panel de 2010 entre les régions, les médecins bas-normands sont plus nombreux à présenter une consommation à risque (11%) par rapport aux médecins de la région PACA (6%).

Etudes	Consommation d'alcool quotidienne
Var 2017 (n=205)	6.3%
Panel 2010 (n=1900)	[6-11]%
Population française 2015	12%

L'interprétation des données doit tenir compte de certaines difficultés de mesure : réprobation sociale, manque d'information ou banalisation de certains produits, sentiment de honte vécu par le sujet... peuvent conduire à sous-estimer ou minimiser la consommation voire adopter un comportement de déni. [35]

Activité physique : une activité physique régulière et un temps faible passé à des activités sédentaires sont associés à un risque significativement réduit de maladie chronique. L'activité physique a également un rôle cardioprotecteur si elle est correctement pratiquée. D'après l'enquête santé et protection sociale en 2012 40% des adultes déclaraient la pratique d'un sport régulière (≥1 fois par semaine), sans différence entre les sexes. Ce pourcentage diminue fortement avec l'âge (46.1% chez les 18-39 ans contre 30.3% chez les 65-74 ans) et varie également selon le niveau scolaire, la catégorie socio-professionnelle et les revenus. [15]
En comparant ces données à celles de notre étude ainsi que d'autres enquêtes réalisées au niveau national entre 2004 et 2012 on peut voir que les médecins pratiquent plus d'activités physiques régulières par rapport à la population générale, sans différence entre les sexes ni les catégories d'âge... Et ce, malgré le "manque de temps pour soi" rapporté par les praticiens. [16;17;18;20]

Etudes	Activité physique régulière
Var 2017 (n=205)	63.9%
Panel 2010 (n=1900)	NR
Etudes nationales (2004-2012)	[55-73]%
Population française 2015	40%

On peut émettre l'hypothèse que la pratique de sport est utilisée par les médecins comme "soupape de décompression" afin de lutter contre le stress au travail et de protéger sa santé physique et mentale comme rapporté dans notre étude dans le Var (cf annexe 5). On peut également justifier ce phénomène par le statut du médecin qui apparait comme d'un "haut niveau socio-professionnel" avec des "revenus élevés" corroborant les données du rapport de la DREES de 2015 [15].

Surpoids et obésité : même si la France semble plus protégée par rapport aux autres pays occidentaux, l'augmentation de la prévalence de surpoids et d'obésité chez l'adulte depuis le début des années 1980 en a fait un problème de santé publique majeur. D'après les données du rapport de la DREES sur l'état de santé de la population française publié en 2015 49.3% des adultes sont en surcharge pondéral (IMC >25 kg/m²) dont 16.9% obèses (IMC ≥30kg/m²). On ne trouve pas de différence entre les sexes pour l'obésité, en revanche les hommes sont significativement plus concernés par le surpoids par rapport aux femmes. La prévalence de surpoids/obésité augmente fortement avec l'âge (31.9% des hommes entre 18-29 ans contre 72.8% des 55-74 ans), elle varie selon la profession, la catégorie socio-professionnelle et le niveau scolaire. [15]
L'hypothèse émise pour expliquer cette évolution est le cumul d'une sédentarité accrue avec un déséquilibre alimentaire. [17]
Cette tendance se retrouve également dans la population des médecins, bien que ceux-ci semblent moins concernés par les problèmes liés au poids par rapport à la population générale. [2;16;17;23]

Etudes \ Poids-IMC	Normal	Surpoids	Obésité
Var 2017 (n=205)	55.3%	38.4%	6.3%
Panel 2010 (n=1900)	66%	27%	7%
Population française 2015	50.7%	32.4%	16.9%

On note cependant entre 2010 et 2017 une augmentation inquiétante de la prévalence de surpoids/obésité chez les médecins (44.7% en 2017 contre 34% en 2010) avec un taux se rapprochant de la population générale française (49.3%). Cette augmentation reflète-t-elle seulement le parallèle avec l'évolution du poids dans la population générale française ou touche-t-elle plus particulièrement les médecins généralistes ?
Le surpoids apparait ici comme un indicateur de santé publique à surveiller ces prochaines années autant chez les médecins que dans la population générale française.

Contrôle de PA et bilan sanguin de dépistage : on trouve dans notre étude une proportion importante de médecins (environ 75%) ayant fait un contrôle de PA dans l'année, et 63% ayant réalisé un bilan sanguin de dépistage récent avec une prédominance chez les médecins âgés de plus de 50 ans. On peut justifier ces données par la facilité d'accès aux soins (automesure de PA, accès plus direct au confrère spécialiste, facilité d'autoprescription de bilan biologique) dont bénéficient les médecins ainsi que leur sensibilisation à la prévention liée à leur rôle d'acteur principal de soin primaire.

7) Dépistage des cancers

Le cancer est devenu la 1ère cause de mortalité en France avec 150 000 décès et 320 000 nouveaux cas chaque année. Entre 1980-2005 le nombre de nouveaux cas avait augmenté de 89% et le nombre de décès de 12.7%. L'augmentation du taux annuel d'incidence était de 1.2% chez les hommes et 1.4% chez les femmes, en revanche la mortalité a diminué de 1% par an. On peut expliquer partiellement ces chiffres par une amélioration des techniques de diagnostic/dépistage et des thérapeutiques (chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie) dans la prise en charge de ce type de pathologie. La mise en place de campagnes de dépistages au niveau national a permis d'améliorer le dépistage de masse pour les cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal. [44]

Le *cancer du sein* est le plus fréquent chez la femme. L'objectif de la loi santé publique de 2004 visait un taux de couverture de 80% de dépistage systématique pour la population concernée (mammographie tous les 2 ans entre 50-74 ans). Cet objectif n'était pas atteint en 2010 malgré une amélioration constante des pratiques, avec une participation moyenne de 52%, avec une différence selon l'âge, les caractéristiques socio-économiques. [45]
Le rapport du HCSP fixait alors comme nouveaux objectifs pour 2013 un taux moyen de participation au dépistage organisé supérieur à 65%, et d'atteindre un taux de 80% de réalisation d'une mammographie dans les 2 dernières années pour les femmes âgées de 50-74 ans.
En 2013 le taux moyen de participation était de 51.6% selon le rapport de l'Invs dans le cadre du suivi de ces objectifs... bien que si l'on ajoute au "dépistage organisé" les données relatives au "dépistage spontané" 94% des femmes concernées déclaraient avoir réalisé une mammographie dans leur vie, 80% d'entre elles l'avaient réalisé au cours des deux dernières années....[45]
Les résultats des études portant sur les médecins suggèrent un meilleur comportement des femmes médecins en matière de "dépistage systématique" avec un taux de participation au-dessus du taux moyen de participation de la population française et des objectifs fixé par le HCSP.

Etudes \ Participation au dépistage du cancer du SEIN	Dépistage systématique	Dépistage systématique + spontané	Dernière mammographie < 2 ans
Var 2017 (n=205)	72%	92.3%	NR
Panel 2010 (n=1900)	NR	NR	83%
Population française 2015	51.6%	94%	80%
Objectif HCSP 2013	65%	NR	80%

Les autres études portées au niveau national semblent retrouver des conclusions similaires [16;17;18;20;23]

On retrouve ici encore un meilleur comportement des médecins en matière de prévention et dépistage par rapport à la population générale.
L'InVS (Institut de Veille Sanitaire) dans son rapport de 2014 conclut que "améliorer la participation au dépistage organisé en sensibilisant les femmes, en particulier celles qui ne font jamais de mammographie, à la qualité offerte par ce dépistage accessible gratuitement reste un objectif d'actualité".
Le plan cancer 2014-2019 insiste sur "l'amélioration de l'information des populations concernées par les dépistages et sur la surveillance de la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel." [46]

Concernant le *cancer du col de l'utérus* la coexistence de deux moyens de prévention primaire (vaccination contre le HPV chez la jeune femme et frottis cervico utérin tous les 3 ans chez la femme entre 25-65 ans) avait pour but d'améliorer le dépistage et réduire l'incidence annuelle de ce type de cancer. L'objectif fixé par le HCSP pour 2013 était de réduire de 25% par rapport à 2008 le taux de femmes (25-65) ans ne participant pas au frottis selon les recommandations de l'HAS (moins d'un frottis tous les 3 ans et plus d'un frottis tous les 2 ans) et d'atteindre une couverture vaccinale contre le HPV (Human Papilloma Virus) > 80% chez les jeunes femmes âgées de 15 ans. [44]
En 2014 le taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin était d'environ 60 % et la couverture vaccinale contre le HPV estimé à 17% selon l'institut national du cancer (INCa) [47]
Les études concernant les médecins montrent un taux de participation moyen au FCU des médecins bien supérieur à la population générale. [16;17;18;20;23]

Etudes	Participation au dépistage du cancer du COL
Var 2017 (n=205)	84.2%
Panel 2010 (n=1900)	79%
Population française 2015	60%

On retrouve chez les médecins comme dans la population générale française une diminution de la fréquence de participation avec l'âge. [2;17]
Les médecins apparaissent ici encore probablement plus sensibilisés au dépistage comme pour le cancer du sein.
Le rapport de l'INCa conclut que le dépistage du cancer du col de l'utérus est encore majoritairement individuel mais sa généralisation à l'échelle nationale est un objectif phare du Plan cancer 2014-2019. [47]

Enfin pour le *cancer colorectal ou CCR* (3ème cancer en terme d'incidence, 2ème cancer en terme de décès en France), un dépistage généralisé au niveau national avait été instauré à l'issu du premier plan cancer (2003-2007) avec un test de détection de sang occulte dans les selles tous les deux ans à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans (Hémoccult®). Le Haut conseil de sécurité fixait comme objectif pour 2013 un taux de participation moyen au dépistage du CCR de 60%. [45]
L'InVS rapporte un taux moyen de participation en 2015 autour de 31%. On note un taux plus élevé chez les femmes que chez les hommes (30,8 % contre 27,8 %), quelle que soit la classe d'âge. Il augmente avec l'âge chez les hommes de 24,8 % entre 50-54 ans à 35,5 % à 70-74 ans et chez les femmes de 26,7 % entre 50-54 ans à 36,1% à 70-74 ans. [48]
Notre étude retrouve un taux de participation très élevé autour de 81%, d'autres études menées au niveau national montrent une participation croissante avec le temps : 7% en 2004 contre [40-50]% de participation en 2012-2014. [16;18;23]
On peut supposer un changement de comportement radical de la part des médecins expliquant une participation croissante de manière constante avec le temps, mais une telle différence de résultats entre les études suggère la possibilité qu'il y ait eu un biais de mesure lors du remplissage de notre questionnaire. Il serait intéressant de mener de nouveaux travaux afin de visualiser l'évolution des comportements en matière de participation au dépistage du CCR aussi bien chez les médecins généralistes que dans la population générale française.

Etudes	Participation au dépistage du CCR
Var 2017 (n=205)	81%
Panel 2010 (n=1900)	34.5%
Population française 2015	31%
Objectif HCSP 2013	60%

Les médecins semblent participer davantage au dépistage du CCR par rapport à la population générale, bien que le taux de participation reste inférieur aux objectifs fixés par le HCSP pour la plupart des études excepté pour la notre.
Gontharet justifie dans son étude le manque de participation du corps médical par la "négligence" et "l'oubli", certains médecins disent penser "ne pas avoir reçu le courrier incitant à réaliser le dépistage". [22]
Au vu du faible taux de participation et afin de se rapprocher des objectifs fixés un nouveau test a été proposé en avril 2015 pour remplacer l'Hémoccult®, il s'agit d'un test immunologique (OC-sensor®), plus performant et plus facile d'utilisation. Nous ne disposons pas encore d'études ayant le recul suffisant pour juger de l'amélioration en termes de participation à ce nouvel outil de dépistage.

8) Santé psychique

La santé mentale des médecins fait l'objet d'un nombre important de travaux de recherche ces dernières années. Par rapport à la population générale ils souffrent plus de stress/anxiété et de dépression, consomment plus de psychotropes, et ont un taux de suicide plus élevé. En France les études montrent une prévalence du Syndrome complet d'épuisement professionnel (Burn out) chez les médecins généralistes de (3-4) % [49]

Le Burn out se définit en 3 dimensions selon la psychologue sociale Christina Maslach : [50]

1- Epuisement émotionnel

2- Dépersonnalisation (deshumanisation de la relation au patient)

3- Perte d'accomplissement personnel

L'étude Dumesnil suggère une situation plus favorable en PACA (prévalence du Burn out autour de 1%) par rapport aux autres régions de France. L'explication avancée est celle d'une démographie médicale favorable en région PACA avec une densité médicale parmi les plus importantes en France avec la région Île-de-France [49].

Les causes de stress évoquées par les médecins étaient d'ordre organisationnel (gestion cabinet, financière, conflit autour du temps de travail par rapport au temps accordé à sa vie privée) , d'ordre administratif (gestion de problèmes avec la CPAM et les mutuelles) et relationnel (relation avec patients et familles). [35;49;51]

Une étude suggère que la consommation d'alcool et psychotropes serait une manière de gérer le stress chez les praticiens. [51]

Parmi les autres déterminants on peut évoquer l'absorption des problèmes des patients, l'épuisement émotionnel qu'elle entraine, la déception face au manque d'estime des patients pour leur médecins. [22]

Truchot a montré qu'un degré élevé d'épuisement émotionnel influençait la qualité décisionnelle et de prise en charge du malade, conduisant les médecins à prendre des décisions moins coûteuses pour eux en termes de temps, d'énergie ou d'investissement vis à vis du patient avec un risque réel de deshumanisation de la relation médecin-malade ! [3]

La santé psychique des médecins fait en effet l'objet d'un constat inquiétant et se positionne comme un déterminant à ne pas négliger et à réévaluer régulièrement au vu des conséquences humaines qu'elle implique.

Enfin notre étude appuyée par d'autres enquêtes au niveau national suggère parmi les principaux facteurs protecteurs évoqués par les médecins pour éviter le Burn out le sport et les échanges entre confrères (groupe de pairs) [19]. Très peu semblent connaitre et/ou adhérer aux différentes aides actuellement en place sur le territoire français...

III) ATTENTES DES MEDECINS LIBERAUX CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LEUR PROPRE SANTE

Plusieurs études se sont intéressées particulièrement aux attentes des médecins envers la prise en charge de leur propre santé.
Globalement les médecins semblent favorables à la création d'une structure spécifique dédiée à leur prise en charge [19;34;36;52] et déclarent majoritairement qu'ils adhéreraient à une telle structure si elle existait. Parmi les principales propositions sur la nature et le fonctionnement global on trouve :
- La possibilité d'aborder la santé psychique lors de la consultation
- Le caractère indépendant de la structure vis à vis des autres organismes (CNOM, CPAM, ARS...)
- La liberté de prise de rendez-vous
- L'absence de mesures répressives sur la capacité à exercer pour le médecin qui consulte
- Le caractère régulier de la fréquence des consultations
- La globalité des sujets abordés (prévention, dépistage, santé physique et mentale)
- L'accessibilité géographique avec plusieurs centres par départements, en dehors de l'hôpital avec le libre choix pour le médecin du centre où il souhaite consulter.
- L'accessibilité de la structure aux étudiants en médecine et aux familles des médecins
En revanche le caractère obligatoire de la consultation, le caractère payant de l'adhésion ainsi que l'exclusivité de prise en charge pour les médecins libéraux par rapport aux salariés ou généralistes par rapport aux spécialistes apparaissaient comme peu ou pas intéressant auprès des médecins sondés. [36]

Concernant le praticien consultant nous avons réussi à dégager les principales caractéristiques du "médecin traitant idéal pour un confrère généraliste" : [21;22;34]
- Disponibilité
- Respect la confidentialité et du secret professionnel
-Objectif, neutre, fait abstraction du statut et de la profession du médecin-patient
- Professionnel et compétent tant sur le plan clinique (examen, raisonnement et décision) que psychologique (qualité d'écoute , d'empathie, d'humilité)
- Responsable entièrement de la santé de son patient, fait preuve d'autorité pour s'affirmer dans son rôle de soignant et décideur
-Honnête et transparent dans le contenu des informations à donner au patient
- Formé spécifiquement à la prise en charge de ses confrères (statut de "spécialiste des médecins libéraux")

Paradoxalement les médecins expriment le besoin du libre choix pour ce qui touche à leur santé (choisir un médecin, le consulter ou pas, suivre ou pas ses conseils et prescriptions).
La majorité des médecins semble reconnaitre que les confrères malades représentent une population particulière souvent difficile à prendre en charge et tous reconnaissent avoir une expérience limitée sur la relation médecin/médecin-patient. [22]
Parmi les craintes et les freins à consulter un confrère on retrouvait principalement la peur du non-respect du secret médical, des conséquences répressives en cas de visite d'aptitude médicale ainsi que les pertes financières qui découleraient d'un arrêt de travail [34;36]. La peur de la maladie apparaissait en dernier dans les craintes exprimées par les médecins. [36]

IV) SOLUTIONS ET AIDES EXISTANTES

1) En France

Structure spécifique de soin (IMOTHEP)

Une étude menée en Haute Normandie en 2008 sur la santé des médecins libéraux a donné le jour en 2010 à la création du premier service de médecine préventive adressé aux médecins libéraux géré par une association (IMOTHEP) indépendante de l'ordre des médecins. [52]
Le but de la structure était de promouvoir, organiser, mettre en œuvre et animer un service de prévention, santé au travail, au bénéfice des médecins libéraux de Haute-Normandie ; favoriser et contribuer par tout moyen à l'amélioration de la santé de cette catégorie professionnelle ; offrir aux médecins libéraux des programmes de dépistage et de promotion de leur santé. Cette structure s'est ensuite progressivement développée avec l'ouverture de 35 centres de consultations dans la région Normande.
Elle semblait répondre à certains nombres d'attentes exprimées par les médecins : structure indépendante, garantie de l'anonymat et du secret médical, accès facilité avec plusieurs lieux de consultations possibles, thèmes abordés globaux associant prévention, dépistage et santé psychique. Malgré cela en 2012 le taux d'adhésion était seulement de 20% chez les médecins libéraux…. L'étude qualitative de Gontharet (2013) réalisée dans le même département suggère un manque d'informations sur l'existence et le fonctionnement de la structure 3 ans après sa création. Deux médecins interrogés avaient consulté le service et critiquaient un résultat jugé insuffisant ("j'étais déçu car cela n'a abouti à rien... je n'ai rien appris" "ce n'était pas assez cadré finalement") [22]

Autres Associations régionales

L'association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPSml) créée en 2004, *L'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS)* créée en 2015, *l'association MOTS (Organisation Travail et Santé du Médecin),l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS)* proposent un service de permanence téléphonique 24h/24 et 7j/j dédié aux médecins.
But : reconnaissance et prise en charge de l'épuisement professionnel chez les professionnels de santé, ainsi que pour les pathologies addictives pour l'APSS. [53;54;55]
Une équipe de psychologues diplômés et expérimentés prend en charge tous les appels au décroché. En fonction des situations, elle les oriente vers d'autres soignants, des services spécifiques ou des structures spécialisées dans chaque région.
Ces associations ont été créées par l'ordre des médecins (CNOM/CROM/CDOM) en association avec différentes instances (ARS, URPS, groupe mutualiste, CARMF...)

L'examen de prévention santé de la CPAM

L'examen de prévention en santé (EPS) est une offre proposée aux assurés sociaux du régime général, totalement pris en charge par l'Assurance Maladie. Il s'agit d'un "bilan de santé gratuit accessible tous les 5 ans réalisé dans un réseau de 85 centres en France et qui s'inscrit dans la politique de gestion du risque notamment en matière de prévention et de dépistage."
L'examen comporte un bilan clinique complet, une analyse sanguine et urinaire. [56]

2) A l'étranger

Canada

Le "Programme d'Aide aux Médecins du Québec" (PAMQ) fondé en 1990 a pour but la prévention et prise en charge des problématiques psychiatriques et addictives des médecins québécois. C'est une organisation autonome et indépendante s'adressant aux médecins et à leur famille, ainsi qu'aux étudiants en médecine. Elle accompagne les professionnels jusqu'à la réinsertion dans leur exercice professionnel. [57]

Espagne

Le "Programme d'Aide Intégral au Médecin Malade" (PAIMM) à été fondé en 1998 par le collège des médecins de Barcelone. Il s'adresse aux médecins catalans atteints de pathologies psychiques ou addictives. Il propose entre autres la possibilité d'une prise en charge en structure hospitalière avec un service dédié ainsi qu'un système de réinsertion dans le milieu professionnel. Il garantit la confidentialité dans la prise en charge. [58]

Angleterre

La BMA (British Medical Association) et la NHS (National Health Service) propose un schéma d'entraide avec un soutien financier à travers un fonds de solidarité.
La BMA a publié en 1995 des recommandations concernant les responsabilités morales des médecins envers eux-mêmes et leurs familles :
1- Il n'est pas recommandé que les médecins assument la responsabilité du diagnostic et la gestion de leurs propres problèmes de santé ou de ceux de leurs familles à moins que cela soit pour des circonstances des plus communes.
2- Tous les médecins devraient être inscrits chez un médecin généraliste.
3- Comme pour les autres patients, la responsabilité totale des soins, la coordination avec les spécialistes et la continuité du traitement pour des médecins et leur famille devraient dépendre de leur médecin généraliste.
4- Il est préférable que le médecin traitant d'un médecin n'ait pas de lien de parenté avec ce dernier et si cela est réalisable ne soit pas un de ses associés.
5- Il n'est pas recommandé pour des médecins de s'auto-prescrire des médicaments
6- Les médecins doivent prendre conscience qu'ils deviennent un patient dans la relation médecin-malade quand ils perçoivent des soins médicaux
7- Les médecins ont un devoir éthique envers eux-mêmes et leurs patients pour s'assurer que leurs problèmes de santé sont efficacement contrôlés, pour chercher des conseils chez les professionnels compétents sur leur capacité de travail et pour suivre ces conseils.
8- Les médecins ne devraient pas tirer profil de l'accès qu'ils ont aux dossiers médicaux pour consulter ceux de leurs familles ou amis sans leurs consentements.
9- Les médecins ont une responsabilité afin de s'assurer qu'ils sont protégés contre les maladies infectieuses comme la tuberculose, l'hépatite B.
10- Les médecins ne devraient pas miner la confiance que leurs proches ont dans leur propre médecin généraliste en dépréciant le conseil et le traitement qu'ils ont reçu.
Les études suivantes semblaient montrer que peu de médecins suivaient ces recommandations... [59]

CONCLUSION

La santé occupe une place centrale dans un paysage global de moins en moins rayonnant entre baisse de l'offre de soins, augmentation des besoins. La santé des soignants apparait comme un déterminant indispensable à l'optimisation de la qualité de soin fourni à la population générale. Hors les études menées par le CNOM en 2008 et la DREES en 2010 suggèrent que la santé physique et psychique des soignants est préoccupante.

Nous avons effectué une étude observationnelle descriptive transversale auprès de 356 médecins généralistes libéraux du département du Var en 2017.

Les résultats de notre enquête montrent que les médecins semblent globalement satisfait de la prise en charge de leur santé, bien que 38% déclarent être atteint d'une maladie chronique. Ils se sont majoritairement auto-déclaré comme étant leur propre médecin traitant auprès de la CPAM. 20% sont fumeurs et le double déclarent une consommation d'alcool régulière avec des différences entre les sexes. Quasiment 1 médecin sur 2 apparait concerné par des problème de poids, malgrè tout 64% déclarent pratiquer une activité physique régulière. Ils participent majoritairement pour plus de 80% aux dépistages des cancers. Enfin 2 médecins sur 3 déclarent ressentir su stress au travail.

En comparaison avec 2010 les médecins de notre étude apparaissent plus concerné par le surpoids et participent plus aux dépistage du cancer colorectal. Comparé à la population générale française les médecins fument moins, consomment moins d'alcool, pratiquent plus d'activité physique, apparaissent mieux vacciné et participent plus assiduement au programme de dépistage généralisé des cancers. En revanche ils sont probablement plus à être atteint de maladie(s) chronique(s); et apparaissent plus concernés par le stress, la dépression et le suicide. Les solutions et aides actuellement en place apparaissent trop peu connues et répondent insuffisamment à leurs attentes en matière de santé.

OUVERTURE

A partir de ce constat global nous proposons une liste de suggestions afin de nourrir le débat et d'ouvrir de nouvelles perspectives afin d'améliorer la qualité de prise en charge de nos confrères libéraux généralistes comme spécialistes :

1- **Pour diminuer les freins / craintes des médecins :**
- *Renégocier les délais de carence* de la CARMF (90j chez la Caisse Autonome de Retraite des Médecin de France) et les prévoyances (15j en moyenne).
- *Promouvoir une campagne d'information* sur l'importance de souscrire des contrats d'assurances complémentaires et prévoyances pour pallier les problèmes financiers engendrés par la diminution/arrêt d'activité en cas de besoin
- Insister sur le *caractère indépendant* d'une éventuelle structure de soins et/ou cellule de soins , proposer une inscription en *garantissant l'anonymat*, confier au médecin son dossier médical... afin de diminuer la crainte du NON respect du secret médical
- Pour pallier la crainte de mesures répressives sur le travail en cas de pathologie psychique et/ou addictive : proposer sur le modèle Catalan des *contrats thérapeutiques* où le médecin serait autorisé à poursuivre son exercice à condition qu'il se fasse suivre régulièrement.
- *Modifier certains articles du code de déontologie* médical afin qu'il soit "plus juste" ou du moins "plus en adéquation" avec la pratique de la médecine générale dans la société actuelle.

2- **Afin d'aider les médecins à trouver un intérêt à la structure** :
S'inspirer du modèle Québécois et Catalan mais y inclure une *dimension plus globale* au-delà des seuls problèmes psychiques et addictologiques.
Imaginer *l'association d'une médecine préventive non répressive* (avec des consultations régulières alliant certaines caractéristiques de la médecine du travail : vérifier les vaccinations, comportement en matière de prévention et dépistage , mais sans évaluation de leur capacité à exercer leur métier) ; *avec une médecine de suivi* de pathologie aigue comme chronique où il pourrait consulter librement selon les besoins propres à chacun.

3- Proposer une *formation médicale spécifique dédiée* à la prise en charge complexe de leur confrère.

4- Inscrire le sujet dans l'enseignement avec des *cours aux étudiants* et instaurer une formation obligatoire aux internes et jeunes médecins afin d'augmenter la sensibilisation à la prise en charge de leur propre santé.

5- *S'inspirer du modèle IMOTHEP* pour promouvoir la création et l'accès à d'autre structures similaires en France. Informer les médecins de l'existence de ce type de structure !!

6- **Pour limiter l'auto-médication** : l'inscrire dans un *cadre légal*, créer un article dans le code de déontologie comme cela se fait au canada ("le médecin doit sauf urgence ou dans les cas qui ne présente aucune gravité s'abstenir de se traiter lui-même"), *dérembourser les auto-prescriptions* auprès de la CPAM.

7- Rendre les *visites médicales obligatoires* dans le cadre de médecine préventive !! Devant la constatation que malgré la création et la présence de structure comme IMOTHEP qui semble

répondre aux attentes des médecins seulement une minorité y adhère en réalité… Est-ce un problème d'information ? ou d'adhésion de la part des médecins ?

BIBLIOGRAPHIE

1- Leriche B. "Le médecin malade" ; Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des médecins du 28 juin 2008. CNOM; 2008 juin

2- Desprès P., Grimbert I. et al. "Santé physique et psychique des médecins généralistes, rapport de juin 2010" [Internet]. DREES ; ORS ; UML ; Ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique ; Ministère de la Santé et des Sports ; Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État; 2010. Report No.: 731. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf

3- Truchot D, Lheureux F, Borteyrou X. Santé physique et idéations suicidaires chez les médecins généralistes. L'influence du burnout. In 2014. p. 322.

4- Simoens L, Charrel C-L, Plancke L. Les conduites suicidaires des médecins des médecins généralistes. Nord-Pas-de-Calais: Fédération régionale Nord-Pas-de-Calais de recherche en santé mentale; 2014.

5-Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé

6- Allen J. et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille - WONCA europe [Internet]. 2002 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

7- Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf

8-dispositif-medecin-traitant [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant

9-Haute Autorité de Santé - Prévention [Internet]. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention

10- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017 [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017 avr [cité 6 févr 2018] . Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/calendrier_vaccinations_2017.pdf

11-Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire

12-Fiche mémo : Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017 févr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_modifications_du_mode_de_vie.pdf

13- Mémo dépistage des cancers : recommandations et conduites à tenir - Ref : MEMODEP16 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Memo-depistage-des-cancers-recommandations-et-conduites-a-tenir

14- AVIS N° 2016.0026/AC/SEESP du 16 mars 2016 du collège de la Haute Autorité de santé sur un document d'information à destination des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer de la prostate chez l'homme asymptomatique par un premier dosage du PSA [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2016 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/avis_n_2016.0026.ac.seesp_du_16_mars_2016_du_college_de_la_has_sur_un_document_dinformation_a_destination_des_medecins_gener.pdf

15- L'état de santé de la population en France - Édition 2015 - L'état de santé de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015

16- Nouger F. les médecins généralistes et leur santé, ou "Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ?" Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne [Thèse d'exercice]. [Poitiers] : Faculté de Médecine ; 2004

17- Gillard L. La santé des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Paris] : Faculté de Médecine Paris Descartes; 2006

18- Van Den Bussche P. L'état de santé des médecins généralistes libéraux de la Guadeloupe en 2011 [Thèse d'exercice]. [Antilles-Guyane] : Faculté de Médecine; 2011

19- Romanet A. Le médecin généraliste et sa santé : un parcours de soin approprié ? Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [Nice]: Faculté de Médecine Sophia Antipolis; 2015

20- Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Faculté de Médecine; 2006

21- Bonneaudeau S. Le médecin-malade : un patient comme les autres ? [Thèse d'exercice]. [Paris] : Faculté de Paris Diderot; 2011

22- Gontharet-Mariette M-H. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères. Etude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes Hauts-Normands [Thèse d'exercice]. [Rouen] Faculté de Médecine; 2013

23- Alata S. Etat de santé des médecins généralistes en Corse : étude descriptive à partir d'un panel de 121 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Nice] Faculté de médecine ; 2014

24- Résultats de recherche | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire/resultats

25- Medecin generaliste en Var [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: https://www.pagesjaunes.fr/recherche/departement/var-83/medecin-generaliste

26- BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/

27- Incidence et prévalence : Concepts épidémiologiques fondamentaux : [Internet]. EUPATI. 2015 [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: https://www.eupati.eu/fr/pharmaco-epidemiologie/concepts-epidemiologiques-incidence-et-prevalence/

28- Hill B. critère de causalité de Hill 1965 [Internet]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/102/?sequence=79)

29- ALMONT T. les Biais en Epidémilogie [Internet].[cité 24 mai 2018]. Disponible sur: http://www.theral.fr/resources/ThErAL-Train/Les-biais.pdf

30- Mourgues J-M. Atlas de démographie médicale en france, situation au 1er janvier 2017 [Internet]. CNOM; [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

31- CDOM Bouches du Rhone. Médecin généralistes libéraux inscrit au 01 janvier 2017 dans la région PACA. courriel du 16 janvier 2018.

32- RASSE S. Médecins généralistes libéraux inscrit dans le département du Var au 1er janvier 2017. courriel du 17 janvier 2018.

33- LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins 2007 [Internet]. [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476) (Mourgues J-M. Atlas de démographie médicale en france, situation au 1er janvier 2017 [Internet]. CNOM; [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

34- Verjus A-L. Médecins libéraux de Savoie et d'Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé [Thèse d'exercice]. [Grenoble] Faculté de Médecine Joseph Fourier

35- Bournot M-C, Goupil M-C et al. "Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire". Vague d'enquête 4 - 2008. Rapport détaillé [Internet]. ORS, URML; 2010 juin. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2010panel1_v4_rapport.pdf

36- Gombert A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge sont-elles en adéquation avec les interventions proposées ? Etude quantitative par questionnaire sur un échantillon de 100 médecins généralistes du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [Angers] Faculté de Médecine; 2012

37- Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm

38- Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, Abiteboul D. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Bull Epidemiol Hebd 2011;35-36:371

39- Diphtérie-tétanos, poliomyélite, coqueluche / Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Diphterie-tetanos-poliomyelite-coqueluche

40- Hépatite B / Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatite-B

41- Grippe / Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe

42- Objectif couverture vaccinal. Proposition du Haut conseil de santé publique. 2010 ; [cité le 04 mars 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf

43- Underner M, Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice. A survey of 257 general practitioners in Maine-et-Loire. Published by Elsevier Masson SAS 2006

44- Institut national du cancer. Dépistage des cancers recommandations et conduite à tenir [Internet]. 2016. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: *www.e-cancer.fr/content/.../file/Memo-depistages-cancers-recommandes_2016.pdf*

45- Salamon R. Objectifs de santé publique Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 Propositions. Haut-Conseil-de-Santé-Publique; 2010 avr.

46- Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014)

47- Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin - Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin.) Il est cependant marqué par d'importantes inégalités de recours (par tranches d'âge, situations géographiques, économiques, culturelles).

48- Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016

49- Dusmesnil H et al., "Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants", Santé Publique 2009/4 (Vol.21), p.355-364

50- Anact INRS, Ministère de santé publique. Le syndrome d'épuisement professionnel ou Burn out [Internet]. 2015 mai [cité 6 mars 2018] p. 8. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

51- P.Cathebras, A.Begon, S.Laporte et al. (2004). Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. La presse médicale. T.33, n°22. pp. 1569-1574.

52- URML Haute-Normandie. Enquête sur la santé des médecins de haute Normandie. Décembre 2008. 16p.

53- AAPML [Internet]. AAPML. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: http://www.aapml.fr/

54- APSS-santé [Internet]. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: http://apss-sante.org/

55- MOTS [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: http://www.association-mots.org/

56- CPAM. Examen de prévention en santé [Internet]. ameli. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-periodique-sante

57- Programme d'Aide Aux Médecin du Québec [Internet]. Disponible sur http://www.pamq.org/

58- Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade [Internet]. Disponible sur : http//paimm.fgalatea.org/es/home_cast.php

59- M.Forsythe, M.Calnan, B.Wall; Doctors as patients : postal survey examing consultants and general practitioners adherence to guideline. BMJ 1999 ; 319 : 605-608

ANNEXES

Annexe 1 : Tableaux des vaccinations recommandées chez les professionnels de santé et des professionnels des établissements médicaux sociaux accueillant des personnes âgées (p60 calendrier vaccinal 2017)

4.10.c. Tableau des vaccinations recommandées chez les professionnels de santé et les professionnels des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

Catégories de professionnels	BCG	DTPolio	Coqueluche	Grippe saisonnière	Hépatite B	ROR	Varicelle
Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins	Obl (si exposés)	Obl	Rec	Rec	Obl (si exposés)	Rec (Y compris si nés avant 1980 sans ATCD)	Rec (sans ATCD ou séronégatifs)
Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et /ou de soins			Rec	Rec	Rec	Rec (Y compris si nés avant 1980 sans ATCD)	Rec (sans ATCD ou séronégatifs)
Personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées	Obl (si exposés)	Obl	Rec	Rec	Obl (si exposés)		
Personnels des services sanitaires de maintien à domicile pour personnes âgées	Obl (si exposés)	Obl		Rec	Obl (si exposés)		

Obl = obligatoire **Rec** = recommandé

Annexe 2 : Fiche mémo = Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche mémo

Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire

Février 2017

Cette fiche mémo propose les modifications du mode de vie à mettre en œuvre dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire (RCV).

Les modifications du mode de vie sont recommandées en première intention pour chaque sujet, quel que soit son risque cardio-vasculaire. Elles s'appuient sur une démarche d'éducation thérapeutique.

Une prise en charge diététique adaptée, visant à modifier les habitudes alimentaires, et associée à la pratique d'une activité physique régulière, renforce un traitement médicamenteux lorsqu'il est indiqué.

Les conseils sur l'hygiène de vie doivent être individualisés pour tous les sujets et renforcés pour les patients à RCV élevé ou très élevé.

Il est indispensable d'arrêter de fumer et de ne pas s'exposer au tabac (cf. comment conduire l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac[1]).

Alimentation adaptée

Les conseils diététiques doivent tenir compte des habitudes alimentaires des patients. Ils ont deux objectifs :

- participer à la réduction du risque cardio-vasculaire, indépendamment du profil lipidique ;
- contribuer à l'amélioration du profil lipidique.

La démarche diététique sera poursuivie même si l'objectif thérapeutique est atteint. La négociation d'objectifs simples, peu nombreux et adaptés à chaque patient, est la clé du succès et de la pérennisation du nouvel équilibre alimentaire. Ainsi, il convient d'éviter les régimes trop restrictifs conduisant à des déséquilibres alimentaires et à des troubles des conduites alimentaires.

Participer à la réduction du risque cardio-vasculaire

- Il est recommandé d'encourager une alimentation de type méditerranéen, qui diminue fortement le risque cardio-vasculaire.
- La consommation de poisson est bénéfique 2 ou 3 fois par semaine, dont une fois au moins du poisson gras.
- Les aliments riches en polyphénols (fruits, légumes, thé, cacao, huile d'olive vierge et huiles non raffinées, soja) sont bénéfiques (5 fruits et légumes par jour, pour une quantité totale journalière de 400 g).
- Les aliments riches en vitamines et en caroténoïdes à « effet antioxydant » sont bénéfiques (fruits, légumes, huiles végétales).
- Il est recommandé de réduire les apports en sel, mais en évitant le régime désodé strict.

Contribuer à l'amélioration du profil lipidique

- **En cas d'hypercholestérolémie isolée** [TG < 1,5 g/L (1,7 mmol/L) et LDL-C > valeur cible selon le RCV], il est recommandé de :
  - réduire les excès d'acides gras saturés d'origine animale (produits carnés, fromage, beurre, etc.) ou végétale (huile de palme, palmiste, coprah, etc.) et les acides gras trans issus de l'hydrogénation partielle des matières grasses (viennoiseries, pâtisseries, biscuits) ;

1. Recommandations de la HAS : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ».

- privilégier les acides gras insaturés d'origine animale (volaille, etc.) et végétale source d'acides gras oméga-9 (huile d'olive), oméga-6 et oméga-3 (huile de colza, soja, noix, etc., margarines avec oméga-9, 6 et 3) ;
- accroître la consommation des aliments source de fibres alimentaires (céréales complètes et pain complet, légumes secs, fruits et légumes, etc.) et principalement de fibres solubles (pectines, bêta-glucanes de l'avoine et de l'orge).

→ **En cas de dyslipidémie mixte** [TG ≥ 1,5 g/L (1,7 mmol/L) et LDL-C > valeur cible selon le RCV], il est recommandé en outre de :
- réduire l'apport calorique en cas d'excès de poids abdominal ;
- limiter particulièrement les aliments et boissons sucrées riches en glucides simples et de limiter les aliments d'index glycémique élevé (pain blanc, pomme de terre, etc.) ;
- consommer des poissons gras (sardine, maquereau, hareng, etc.).

→ **En cas d'hypertriglycéridémie sévère** [TG ≥ 5 g/L (5,6 mmol/L)], il est recommandé de :
- tester la sensibilité individuelle par la réalisation d'un test diagnostique d'abstinence de boissons alcoolisées sur 5 à 7 jours, puis aux glucides simples (glucose, fructose, saccharose, etc.) et complexes (pain, pomme de terre, etc.). En cas de négativité, il peut s'agir d'une sensibilité aux lipides qui peut justifier le recours aux triglycérides à chaîne moyenne après avis spécialisé ;
- consommer des poissons gras (sardine, maquereau, hareng, etc.), riches en acides gras polyinsaturés oméga-3 à longue chaîne (acide eicosapentaénoïque - EPA et acide docosahexaénoïque - DHA) ayant un effet hypotriglycéridémiant propre, ou supplémenter en EPA-DHA.

Points particuliers

→ Il n'est pas recommandé de donner des conseils alimentaires restrictifs chez la personne âgée au-delà de 80 ans car ils favorisent le risque de dénutrition.

→ Les aliments enrichis en phytostérols exercent un effet hypocholestérolémiant mais n'ont pas fait leurs preuves sur le risque cardio-vasculaire.

→ Les produits laitiers ne sont pas associés à une augmentation du risque cardio-vasculaire.

→ La viande rouge est associée à une augmentation du risque cardio-vasculaire indépendamment de son apport en acides gras saturés : sa consommation doit donc être modérée.

→ Les apports en cholestérol alimentaire (abats, foie, œuf, etc.) ne sont pas associés à une augmentation du risque cardio-vasculaire mais doivent être modérés (< 300 mg/j) car ils augmentent modérément le cholestérol total et le LDL-C.

→ La consommation d'alcool (vin, bière, etc.) doit être fortement découragée.

Mises en garde contre les compléments alimentaires à base de levure rouge de riz

Les compléments alimentaires à base de levure rouge de riz (contenant de la monacoline K, appelée également lovastatine[2]) exposent à des événements indésirables similaires à ceux des autres statines.

Ces compléments ne sont pas une alternative aux médicaments utilisés pour le traitement de l'excès de cholestérol, et ne doivent pas être employés en association à une statine ni en substitution d'une statine, car leur efficacité est faible[3].

Activité physique

Il est recommandé de lutter contre la sédentarité, de promouvoir l'activité physique et encourager l'activité sportive.

Tous les patients, indépendamment de leurs antécédents, leur âge, ou leur niveau d'activité, devraient être encouragés à augmenter progressivement leur niveau d'activité. L'activité physique est recommandée pour la population entière (excepté contre-indication due à une maladie).

Il est recommandé que les adultes pratiquent un exercice physique régulier pendant au moins 30 min la plupart des jours de la semaine (comme la marche rapide), pour cumuler au moins 150 min par semaine d'activités d'intensité modérée, ou 75 min d'activités aérobies d'intensité élevée, ou une combinaison des deux, par périodes de 10 min ou plus afin de réduire le risque cardio-vasculaire.

Les personnes ayant des antécédents de maladie cardio-vasculaire devraient consulter leur médecin avant d'envisager une activité physique intense. L'activité physique chez les coronariens est recommandée mais doit être encadrée par une surveillance spécifique (test d'effort, réadaptation cardio-vasculaire).

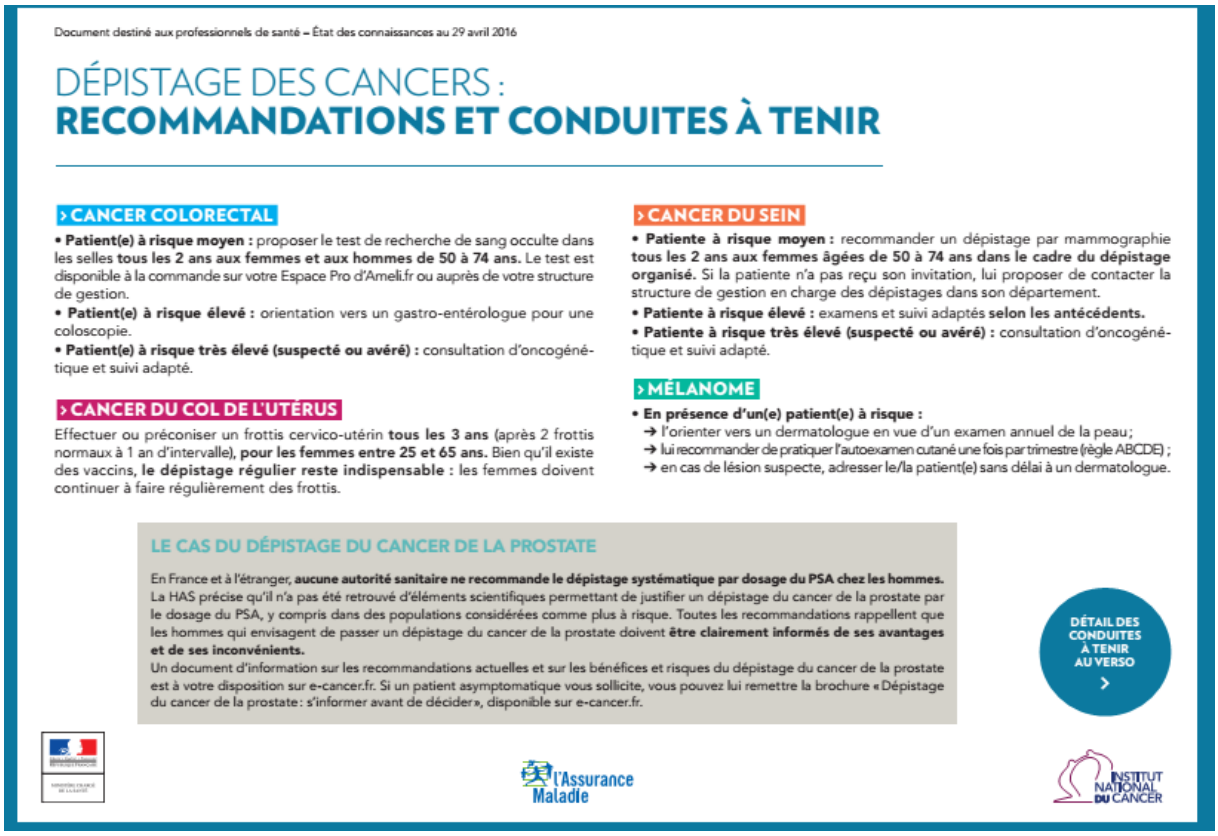
2. La lovastatine possède les caractéristiques chimiques des médicaments de la famille des statines. Aucun médicament contenant de la lovastatine n'est actuellement présent sur le marché français, contrairement à d'autres pays.
3. Point d'information disponible sur http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Complements-alimentaires-a-base-de-levure-de-riz-rouge-mises-en-garde-de-l-ANSM-Point-d-information.

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr

© Haute Autorité de Santé – Février 2017

Annexe 3 : fiche mémo = Mémo dépistage des cancers : recommandations et conduites à tenir



Document destiné aux professionnels de santé – État des connaissances au 29 avril 2016

DÉPISTAGE DES CANCERS : RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

› CANCER COLORECTAL

• **Patient(e) à risque moyen :** proposer le test de recherche de sang occulte dans les selles **tous les 2 ans aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans.** Le test est disponible à la commande sur votre Espace Pro d'Ameli.fr ou auprès de votre structure de gestion.
• **Patient(e) à risque élevé :** orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.
• **Patient(e) à risque très élevé (suspecté ou avéré) :** consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

› CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Effectuer ou préconiser un frottis cervico-utérin **tous les 3 ans** (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle), **pour les femmes entre 25 et 65 ans.** Bien qu'il existe des vaccins, **le dépistage régulier reste indispensable :** les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis.

› CANCER DU SEIN

• **Patiente à risque moyen :** recommander un dépistage par mammographie **tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé.** Si la patiente n'a pas reçu son invitation, lui proposer de contacter la structure de gestion en charge des dépistages dans son département.
• **Patiente à risque élevé :** examens et suivi adaptés **selon les antécédents.**
• **Patiente à risque très élevé (suspecté ou avéré) :** consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

› MÉLANOME

• **En présence d'un(e) patient(e) à risque :**
→ l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;
→ lui recommander de pratiquer l'autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
→ en cas de lésion suspecte, adresser le/la patient(e) sans délai à un dermatologue.

LE CAS DU DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

En France et à l'étranger, **aucune autorité sanitaire ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes.** La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque. Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer un dépistage du cancer de la prostate doivent **être clairement informés de ses avantages et de ses inconvénients.**
Un document d'information sur les recommandations actuelles et sur les bénéfices et risques du dépistage du cancer de la prostate est à votre disposition sur e-cancer.fr. Si un patient asymptomatique vous sollicite, vous pouvez lui remettre la brochure « Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider », disponible sur e-cancer.fr.

DÉTAIL DES CONDUITES À TENIR AU VERSO ›

L'Assurance Maladie

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

CANCER COLORECTAL

42 000 nouveaux cas et 17 500 décès par an(1).
Rare avant 50 ans (< 5 % des cas).
Détecté au stade I et II, le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 %.

› CONDUITES À TENIR

EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES

Présence de sang rouge ou noir dans les selles, troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente, amaigrissement inexpliqué…
→ Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.

EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES

• **Personne à risque moyen**
– Femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans sans facteur de risque.
→ Test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé.

• **Personne à risque élevé**
– Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome.
– Antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome avancé (1 parent du 1er degré < 65 ans, ou 2 parents du 1er degré quel que soit l'âge).
– Antécédent de maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn).
→ Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.

• **Personne à risque très élevé**
– Suspicion : cancer avant 50 ans, récurrence familiale
– Avéré : mutation identifiée (Polypose adénomateuse familiale, cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).
→ Consultation d'oncogénétique et suivi endoscopique adapté.

CANCER DU SEIN

49 000 nouveaux cas et 11 900 décès par an(1).
L'incidence augmente rapidement après 35 ans.
Lorsque le cancer est détecté à un stade précoce (0, I, II), les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 95 %.

› CONDUITES À TENIR

EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES

Tuméfaction, rétractation cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, adénopathie axillaire…
→ Examens de diagnostic (mammographie, échographie, biopsie…).

EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES

• **Personne à risque moyen**
– Femmes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et ne présentant pas de risque particulier.
→ Mammographie tous les 2 ans dans le cadre du dépistage organisé.

• **Personne à risque élevé**
– Femmes avec antécédent de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ.
→ Examen clinique tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement, puis tous les ans et mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale suivie ou non d'une échographie.

– Femmes avec antécédent d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire.
→ Mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie. À la fin des 10 ans, si la patiente a + de 50 ans : elle est dirigée vers le dépistage organisé ; si elle a – de 50 ans : mammographie ± échographie tous les 2 ans jusqu'à 50 ans.

– Femmes avec antécédent d'irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin).
→ Examen clinique et une IRM tous les ans, à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation, et mammographie annuelle (incidence oblique) et éventuelle échographie en complément recommandées au + tôt (20 ans pour l'examen clinique, 30 ans pour l'IRM).

• **Personne à risque très élevé**
– Suspicion : femme chez laquelle on suspecte une forme familiale de cancer du sein (score d'Eisinger supérieur ou égal à 3).
– Avéré : mutation BRCA1 ou 2 identifiée.
→ Consultation d'oncogénétique et suivi spécifique (IRM, échographie pelvienne…).

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90 %.
3 000 nouveaux cas et près de 1 100 décès par an(1).
Pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs.

› RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

STRATÉGIE DE DÉPISTAGE

Le frottis cervico-utérin est recommandé tous les 3 ans après 2 frottis annuels normaux chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf chez les femmes hystérectomisées ou n'ayant jamais eu de rapports sexuels).

CONDUITES À TENIR SELON LE RÉSULTAT DE L'EXAMEN

– Frottis normal
→ Nouveau frottis à programmer en respectant le calendrier.

– ASC-US ou présence d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée : contrôle du frottis à 6, 8 et 30 mois, ou « triage » par test HPV ou colposcopie.
→ Colposcopie/biopsie si persistance des anomalies cytologiques ou si test HPV positif.

– Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade.
→ Contrôle du frottis à 6, 12 et 24 mois ou colposcopie.
→ Colposcopie/biopsie si persistance des anomalies cytologiques.

– Lésion malpighienne de haut grade, ou ASC-H (atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade).
→ Colposcopie/biopsie.

– Anomalies des cellules glandulaires.
→ Colposcopie/biopsie, curetage de l'endocol.

CANCER DE LA PEAU (MÉLANOME)

11 800 nouveaux cas de mélanome et 1 670 décès par an(1).
L'incidence a triplé ces 20 dernières années.
Le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 % lorsque la taille de la tumeur est < 1 mm (indice de Breslow).

› RECOMMANDATIONS

LES FACTEURS DE RISQUE À RECHERCHER

– Antécédent personnel ou familial de mélanome.
– Nombre de nævus atypiques > 2.
– Nombre de lésions mélanocytaires (nævus communs) > 40.
– Antécédent de brûlure solaire.
– Exposition aux UV artificiels.
– Éphélides (taches de rousseur) nombreuses.
– Phototype cutané de type I (peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts).
– Nævus congénital géant (diamètre > 20 cm).

En présence d'un patient à risque :
– l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;
– lui recommander de pratiquer un autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
– l'informer sur les risques de l'exposition solaire et de l'exposition aux UV artificiels.

UNE LÉSION DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME SUSPECTE SI 2 DES CRITÈRES SUIVANTS SONT PRÉSENTS

– Asymétrie : forme non circulaire avec 2 moitiés qui ne se ressemblent pas.
– Bords irréguliers.
– Couleur non homogène.
– Diamètre en augmentation (en général supérieur à 6 mm).
– Évolution : toute tache pigmentée qui change d'aspect.
→ En cas de lésion suspecte, adresser le patient sans délai à un dermatologue.

(1) Données publiées dans « Les Cancers en France – INCa Édition 2015 ».

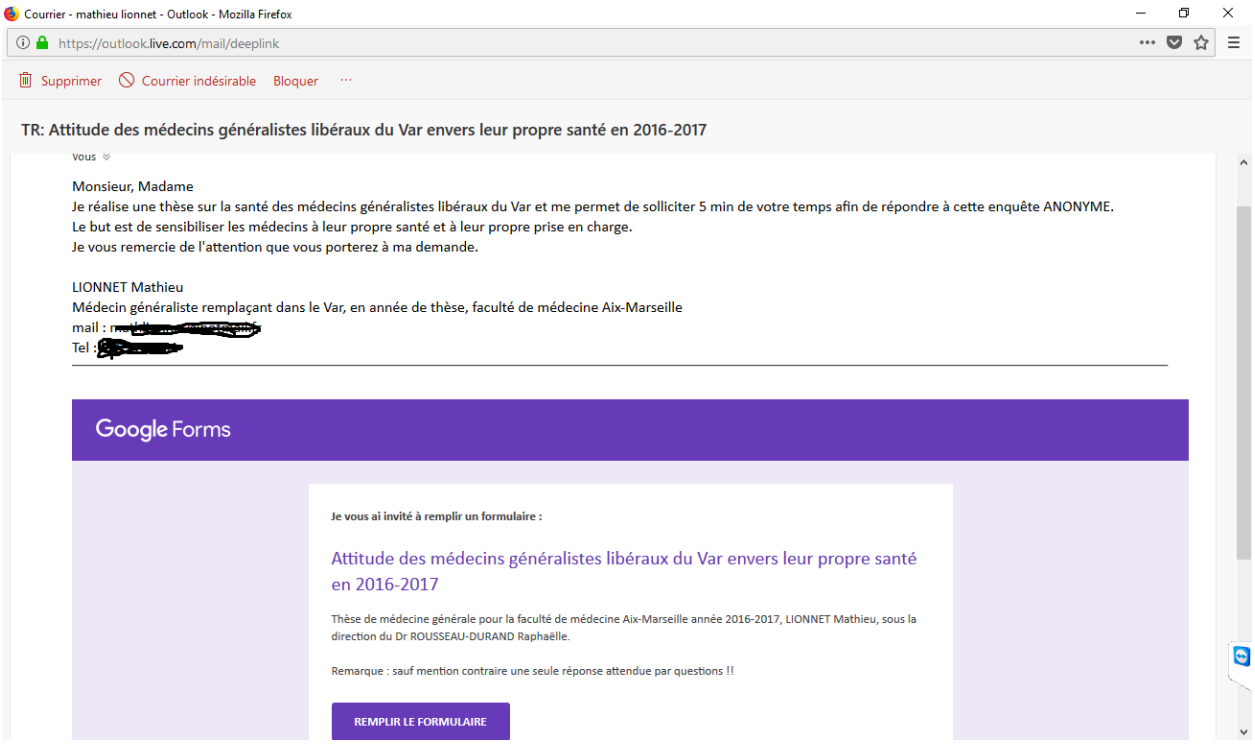
INCa - SIREn : 187 512 777 - Octobre 2017 - MEMODEP1 7

e-cancer.fr

Annexe 4 : recueil de données ville par ville sur le département du Var. Classement par taille par ordre croissant (nombre de mail envoyé, N=356)

Toulon (69)	Sollies Toucas (2)	Flassans sur Issole (0)	Mons (0)
La Seyne sur mer (33)	Pierrefeu du var (2)	Aups (2)	Correns (0)
Hyeres (18)	St Zacharie (2)	Besse sur Issole (1)	Ponteves (0)
Frejus (16)	Fayence (3)	Belgentier (1)	Vins sur Camary (0)
Draguignan (19)	La Cadière d'Azur (2)	Forcalqueiret (0)	Les Mayons (0)
Six-four-les-plages (17)	Montauroux (0)	La Roquebrussane (0)	Claviers (0)
St Raphael (13)	Pourrières (0)	Bagnols en foret (1)	Mazaugues (0)
La Garde (3)	Flayosc (0)	Néoules (2)	Tourtour (1)
La Valette du var (7)	Le Castellet (0)	La Garde Freinet (0)	St Antonin du Var (0)
Sanary sur mer (4)	Grimaud (1)	Taradeau (1)	Ollières (0)
La Crau (6)	Rians (1)	Seillons srce d'Argens (0)	Sillans la cascade (0)
Brignoles (4)	Le Cannet des maures (2)	Collobrières (0)	Montemeyan (0)
St Maximin St Baume (7)	Le Revest les eaux (1)	Le Thoronet (1)	Fox-Amphoux (0)
Ollioules (3)	Tourves (3)	Ste Anastasie/Issole (0)	Comps sur Artuby (1)
St Maxime (6)	Le Val (1)	Callas (0)	Chateau double (0)
Roquebrune/argens (2)	Salernes (1)	Bras (0)	Bauduren (0)
Le Pradet (4)	Nans les pins (2)	Tanneron (0)	Artignosc sur verdon (0)
Sollies pont (5)	Puget ville (0)	Méounes Montrieux (1)	Aiguines (0)
Cogolin (4)	Rocbaron (1)	St Julien (1)	la Roque esclapon (0)
St Cyr sur mer (2)	Vinon sur verdon (2)	Cabasse (1)	les Salles sur Verdon (0)
La londe les maures (5)	Gonfaron (0)	Camps la source (0)	Esparron (0)
Carquairanne (0)	La croix valmer (1)	Bargemon (0)	St Martin (0)
Cuers (2)	Gassin (1)	Régusse (1)	Moissac-Bellevue (0)
Bandol (5)	Pignans (1)	St Paul en foret (0)	Trigance (0)
Le Muy (4)	Carnoules (1)	Villecroze (1)	la Martre (0)
Le Bausset (4)	Carces (1)	La Celle (1)	La Bastide (0)
Lorgues (4)	Callian (1)	Rougiers (0)	Baudinard sur Verdon (0)
Vidauban (4)	Barjols (2)	Ginasservis (1)	Bargème (0)
Le Luc (2)	Plan de la tour (1)	Pourcieux (0)	Artigues (0)
La Farlède (2)	La Motte (0)	Brue Auriac (0)	Chateauvert (0)
Puget sur Argens (2)	Sollies Ville (0)	Varages (2)	Chateauvieux (0)
Bormes les mimosas (2)	Figanières (1)	Montfort sur argens (0)	Riboux (0)
St Tropez (3)	Tourrettes (0)	Entrecasteaux (0)	Brenon (0)
Le Lavandou (3)	Ramatuelle (0)	La mole (1)	Le Bourguet (0)
Les Arcs (3)	Seillans (0)	La verdière (0)	Vérignon (0)
Cavalaire sur mer (1)	Les Ardets de l'Esterel (1)	Plan d'aups St Baume (0)	
St Mandrier sur mer (2)	Cotignac (2)	Tavernes (0)	
Garéoult (2)	Signes (1)	Ampus (1)	
Trans en provence (1)	Evenos (1)	Rayol Canael sur mer (0)	

Annexe 5 : mail de présentation de l'étude



Annexe 6 : questionnaire de thèse

Attitude des médecins généralistes libéraux du Var envers leur propre santé en 2016-2017

Thèse de médecine générale pour la faculté de médecine Aix-Marseille année 2016-2017, LIONNET Mathieu, sous la direction du Dr ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle.

Remarque : sauf mention contraire une seule réponse attendue par questions !!

I) CONCERNANT VOS DONNÉES GÉNÉRALES

1. **1) Vous êtes :**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ un homme
   - ◯ une femme

2. **2) Vous avez :**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ < 40 ans
   - ◯ (40-50) ans
   - ◯ (50-65) ans
   - ◯ > 65 ans

3. **3) Mode d'exercice :**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Cabinet seul
   - ◯ Cabinet de groupe
   - ◯ Autre (SOS médecin, remplacement...)

4. **4) Milieu d'exercice :**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Urbain
   - ◯ Rural
   - ◯ Semi-rural

5. **5) Temps hebdomadaire en nombre d'heure de travail consacré au activités professionnelles médicales en moyenne :**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ < 40h
   - ◯ (40-50)h
   - ◯ (50-60)h
   - ◯ > 60h

6. **6) Nombre d'actes quotidien :**
   Une seule réponse possible.

   - ◯ < 20
   - ◯ (20-40)
   - ◯ > 40

7. **7) Nombre de 1/2 journée de repos par semaine (hors week end) :**
   Une seule réponse possible.

   - ◯ 0
   - ◯ [1;2]
   - ◯ ≥ 3

8. **8) Suivez-vous une formation médicale continue (FMC) ?**
   Une seule réponse possible.

   - ◯ OUI
   - ◯ NON

II) CONCRENANT VOTRE SANTÉ

9. **1) Avez-vous un médecin traitant déclaré ?**
   Une seule réponse possible.

   - ◯ Oui, vous-même
   - ◯ Oui, un confrère généraliste
   - ◯ Oui, un confrère spécialiste
   - ◯ Non je n'ai pas de médecin traitant déclaré

10. **1 bis) Si oui vous le consultez :**
    Une seule réponse possible.

    - ◯ Régulièrement dans le cadre d'un suivi
    - ◯ Occasionnellement si besoin
    - ◯ jamais ou exceptionnellement

11. **2) Concernant la demande d'avis d'un spécialiste pour votre santé :**
    Une seule réponse possible.

    - ◯ Je passe par mon médecin traitant qui organise le rendez-vous (parcours de soin)
    - ◯ J'appelle moi-même le spécialiste et j'organise le rendez-vous (Hors parcours de soin)
    - ◯ Je ne fais jamais appel aux spécialiste

12. **3) Etes-vous atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques ?**
    Une seule réponse possible.

    - ◯ OUI
    - ◯ NON

13. **3 ') Si oui laquelle ou lesquelles :**

14. **3 ") Si oui prenez-vous des traitements pour celle(s)-ci ?**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

15. **3 "') Si oui qui prescrit ce traitement :**
Une seule réponse possible.

- Vous-même
- Votre confrère généraliste qui est votre médecin traitant
- Le spécialiste

16. **4) Pratiquez-vous l'auto-médication d'antibiotique :**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

17. **4 ') Si oui réalisez-vous un bilan infectieux avant de débuter le traitement par antibiotique (bilan sang, radiographie thoracique, ECBU, prélèvement cutané/écouvillonage....) ?**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

18. **4 ") Si oui respectez-vous les règles de prescriptions (durée de traitement, type d'antibiotique, posologie...) recommandées en l'état actuel des connaissances ?**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

19. **5) Avez-vous des confrères en exercice (non retraité) parmi votre patientèle ?**
Une seule réponse possible.

- OUI < 5
- OUI ≥ 5
- NON

20. **6) D'après vous le fait d'être un médecin ...**
Une seule réponse possible.

- ...est un handicap dans la prise en charge médicale de ma santé
- ...est un atout dans la prise en charge médicale de ma santé
- ...n'influence pas la prise en charge médicale de ma santé

21. **7) Par rapport à la population générale considérez-vous la prise en charge de votre santé :**
Une seule réponse possible.

- Meilleure
- Identique
- Moins bonne

22. **8) Avez-vous le sentiment d'être en bonne santé ?**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

23. **9) Avez-vous le sentiment d'être bien suivi sur le plan médical ?**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

III) CONCERNANT LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

1) Vos vaccinations sont-elles à jour ?

24. **a- DTP (rappel à 25 ans, 45 ans, 65 ans puis tous les 10 ans à partir de 65 ans) :**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Ne sait pas

25. **b- Grippe (annuel) :**
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

2) Recherche des facteurs de risques cardiovasculaires :

26. **a- Qualifiez votre consommation tabagique :**
Une seule réponse possible.

- ◯ 0, je n'ai jamais fumé
- ◯ Fumeur occasionnel (soirée, week-end)
- ◯ Fumeur régulier : ≥ 20 PA et/ou 10 cigarettes/jour
- ◯ Fumeur régulier : < 20 PA et/ou 10 cigarettes/jour
- ◯ Ancien fumeur

PA = paquet année, 1 PA corresponds à 1 paquet par jour pendant 1 an, 1/2 paquet par jour pendant 2 ans, 1/3 paquet par jour pendant 3 ans.

27. **b- Qualifiez votre consommation d'alcool :**
Une seule réponse possible.

- ◯ 0 ou exceptionnellement
- ◯ [0-2] verre (s) par jour (= [0-14] UI/semaine)
- ◯ ≥ 3 verres par jour (= > 14 UI/semaine)

1 UI = 25 cc de bière = 10 cc de vin = 3 cc de spiritueux

28. **c- Comment caractérisez-vous votre consommation d'alcool ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Normale
- ◯ Abus occasionnel
- ◯ Abus régulier
- ◯ Dépendance

29. **d- Votre poids : Votre Taille :**

30. **e- Qualifiez votre pratique d'activité physique :**
Une seule réponse possible.

- ◯ Régulière ≥ 1 fois par semaine
- ◯ Occasionnelle < 1 fois par semaine
- ◯ 0 ou exceptionnelle

31. **f- Réalisez-vous un bilan sanguin avec recherche de dyslipidémie et de diabète ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Régulièrement ≥ 1 fois par an
- ◯ Régulièrement 1 fois tous les 2 ans
- ◯ 0 ou < 1 fois tous les 2 ans

32. **g- Contrôlez-vous ou faites-vous contrôler votre tension artérielle (TA) ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Régulièrement ≥ 2 fois par an
- ◯ Régulièrement 1 fois par an
- ◯ 0 ou < 1 fois par an

3) Participez-vous au dépistage des cancers ?

a- Chez l'homme :

33. **a-1) Cancer colorectal (CCR. Recherche de sang dans les selles et/ou coloscopie) :**
Une seule réponse possible.

- ◯ OUI
- ◯ NON

b- Chez la femme :

34. **b-1) Sein (mammographie) :**
Une seule réponse possible.

- ◯ OUI
- ◯ NON

35. **b-2) Col de l'utérus (Frottis cervico vaginal) :**
Une seule réponse possible.

- ◯ OUI
- ◯ NON

36. **b-3) CCR (Recherche de sang dans les selles et/ou coloscopie) :**
Une seule réponse possible.

- ◯ OUI
- ◯ NON

37. **3') Réalisez-vous le dépistage organisé des cancers ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui selon les recommandations*
- ◯ Oui mais pas selon les recommandations*
- ◯ Non je ne réalise pas les dépistages

*Recommandations en matière de dépistage de cancer

- Cancer colorectal (CCR) = recherche occulte de sang dans les selles tous les 2 ans de 50 à 74 ans.
- Cancer du sein = mammographie tous les 2ans de 50 à 74 ans.
- Cancer du col de l'utérus = Frottis cervico-vaginal tous les 3ans de 25 à 65ans.

IV) CONCERNANT LA SANTE PSYCHIQUE

38. **1) Vous sentez-vous stressé ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ OUI
- ◯ NON

39. **2) Identifiez dans la liste ci-dessous 4 sources de stress qui vous semble être les plus représentatives de ce que vous ressentez dans votre exercice quotidien :**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Gestion du cabinet
- ☐ Exigence des patients
- ☐ Travail qui interfère avec la vie personnelle
- ☐ Interruption au travail (appel téléphonique....)
- ☐ Travail administratif
- ☐ Surcharge de travail
- ☐ Manque de temps accordé au patients
- ☐ Cas complexes
- ☐ Agressivité/conflits avec les patients
- ☐ Agressivité/conflits avec les confrères
- ☐ Poursuites judiciaires
- ☐ Sentiments de solitude dans votre exercice

40. **3) Connaissez-vous les moyens de lutte/prévention/aide dans la gestion de la détresse psychique des médecins libéraux ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ OUI
- ◯ NON

41. **3') Si oui lesquels :**

42. **4) Comment qualifiez-vous votre satisfaction personnelle en rapport avec votre activité professionnelle ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Mauvaise
- ◯ Moyenne
- ◯ Bonne
- ◯ Très bonne

43. **Commentaire libre sur l'étude et le questionnaire :**

Foumi par
Google Forms

Annexe 7 : Commentaires des médecins interrogés sur la thèse

Sujet n°11 : "le stress occasioné par notre profession est contre-balancé par le sentiment de faire correctement son travail, la reconnaissance de nos soins et de notre dévouement et le retour positif de nos patients. La situation la pire qui personnellement me touche c'est l'erreur médicale quand elle a de graves conséquences. Dans cette situation on se sent très seul, d'ou la nécessité de parler avec les patients ou la famille des patients et de s'expliquer sur l'erreur en question. Une autre cause de stress est l'attitude des politiques, le summum a été atteintavec notre "ministre" actuelle de la santéqui traite les médecins avec mépris, a entrepris une campagne insidieuse de dénigrement des médecins et des professionnels de santé accusés de profiter du système pour s'enrichir sur de faux pretexte imposé le tiers payant obligatoire qui va dégrader les relations médecin-patient comme c'est le cas pour les infirmères et les kinés. Cependant malgré cela je ne ferais aucun autre métier."

Sujet n°15 : "Interressant, clair. Bon courage pour la thèse."

Sujet n°19 : "Enfin un travail ou l'on prend en considération la santé des médecins. Bravo !!"

Sujet n°26 :"Relation avec les patients très agréable dans mon univers semi-rural mais difficultés de plus en plus grande pour achever son intervention (RDV spé / examens complémentaire ...) ce qui "plombe" le déroulement de la prise en charge et génère stress et insatisfaction perfois..."

Sujet n°27 : "Les confrères ont tendance à ne pas écouter ou prendre au sérueyx les confrères en tant que patients ou sous-estimer leur symptomatologie"

Sujet n°34 : "Très interressant et touchant puisque personne, absolument personne ne se soucie des conditions de travail des médecins généralistes. Si nous étions pilotes d'avion ou chaufferus routiers, la lecture de notre boîte noire nous conduirait en prison. Le tout sans couverture sociale digne de ce nom. 70h de travail par semaine plus les 8h de paperasse le week end, c'est indigne d'une société."

Sujet n°37 : "Vu la desertification médicale nos témoignages n'auront que peu d'écho..."

Sujet n°39 : "pas mal"

Sujet n°43 : "Etude interressante reflétant l'isolement de l'exercice en libéral. Je suis à temps partiel en EHPAD comme médecin coordinateur ce qui me permet d'échanger et de gérer les horaires afin d'être compatible avec la vie de famille et de rassurer le banquier."

Sujet n°53 : "D'autres questions seraient pertinentes sur les problèmes d'ordre psychologique des médecins et leur suivi"

Sujet n°56 : "Bonne évaluation des contraintes et de leurs retentissement chez les médecins généralistes"

Sujet n°65 : "Dégradation des conditions d'exercice par divorce avec politiques qui imposent des réformes inadaptées"

Sujet n°68 : "MEDICE CURA TE IPSUM" (médecin guéris-toi toi même)

Sujet n°71 : "Complet et intéressant, incitant à la réflexion"

Sujet n°72 : "Ex médecin biologiste reconverti en médecin généraliste après 28 années d'exercice, j'ai retrouvé les fondamentaux !! Bonne thèse"

Sujet n°82 : "Je me traite correctement, je suis mon propre médecin traitant, et je facture parfois le fait que je me traite, ce qui embête la CPAM qui m'a lancé des avertissements et demande le remboursement de 80 euros pour 2016 pour des soins que moi en tant que MT ai presté pour le patient moi. Je trouve cela hilare, et je pense que la raison pour laquelle les médeicnsqui sont leur propre médecni se traitent mal c'est le manque de temps (pour prendre rendez-vous chez les confrères) et le manque de stimulants et respect de la part de l'assurance maladie."

Sujet n° 91 : "Je pense que le métier de médecin généraliste devient trop surchargé en tâches administratives et que la CPAM nous considère plus comme des subalternes que comme des médecins libéraux. Par contre il faut reconnaître l'apport de l'informatique dans la simplification de la rédaction d'un bon nombre de certificats même si le côté rémunération en fonction de l'activité, de l'équipement informatique et de la participation aux transmissions électroniques, le tout pondéré par la clientèle est totalement inadmissible. Bon courage, le sujet est intéressant"

Sujet n°101 : "Trouver un successeur à court/moyen terme. Qui nous soignera dans 5-10 ans ?? Le système tueras les vieux ; retraite que l'on aura pas à payer ! Les médecins sont considérer comme des pions sur un jeu d'echec ! Nous sommes à la merci de la sécurité sociale et

des mutuelles. Bon courage. Tu n'auras jamais de soucis sur le lendemain... ce qui est capital. Ne pas tomber dans le traquenard des maisons médicales."

Sujet n°113 : "L'exercice de la médecine ne consiste pas uniquement à faire le bien mais à bien le faire..."

Sujet n°114 : "Suis à 10 jours de la retraite. Fantastique métier, solitude, surcharge de travail, de paperrasserie, sous l'oeil de la sécurité sociale déconnectée de la réalité du métier, médecins de caisse si peu médecin conseil. Qui n'a pas rêvé à l'âge de 10 ans de devenir médecin ? La maladie m'oblige à prendre ma retraite. J'ai toujours été assez "négligent" pour ma santé. Merci de faire ce travail de thèse. Il y a une certaine négligence du médecin pour sa santé comme pour la plupart des hominidés sans doute. Je pense que la négligence est dans le cerveau de Sapiens depuis toujours, ce qui lui a permis de survivre. Pardonnez cette disgression..."

Sujet n°121 : "Je fais partie des retraités actifs, la poursuite de mon activité est une source de bien être"

Sujet n°133 : "J'ai réussi, mes enfants ne sont pas médecins..."

Sujet n°135 : "Je n'ai pas de problème de santé, je gère mon stress depuis 35 ans, j'aspire à la retraite pour passer à autre chose"

Sujet n°144 : "Il y aurait tellement à faire pour améliorer notre système de santé ; individuelle et collective ; complémentarité ville-hôpital, responsabilisation du patient consommateur de soins ! "

Sujet n°155 : "Travail indispensable ! Dans le corps médical on communique peu et mal. Par exemple : les rencontres EPU sophistiquées, toujours hôtels de standing !! Nous sommes comme tout un chacun ! Aussi mortels ! Beaucoups à faire dans le domaine de la formation, bien incomplète pour moi ! Et créer quelque chose pour ce manque de soin. Dans notre canton, deux catastrophe psychiatriques !! Grand merci à vous. Votre génération devient plus consciente ! La seconde fois que je vous vois descendant sur terre, un généraliste est aussi important que tout spécialiste, j'arrête là, j'ai tant à dire..."

Sujet n°161 : "Je suis installé depuis seulement 6 mois, pour le moment ce n'est que du positif, je travaille à mi-temps et m'occupe de mes activitées personnelles et familiales l'autre moitié, c'est un bon équilibre pour moi."

Sujet n°169 : "Très beau métier, très chronophage, dont l'évolution dans mes modalités de la pratique laisse augurer de grande difficultés."

Sujet n°175 : "Le stress dans la vie professionnel, c'est aussi l'irruption de promblématique de santé et le silence qui doit théoriquement l'accompagner donc ne pas se plaindre alors que l'on souffre plus que des tonnes de patients en face de soi et que l'on vient tout de même travailler !! C'est aussi le manque de vacances : la séléctivité qu'on les remplacants car ils veulent des cabinets les mieux organisés et ... les plus rentables... donc on fini par ne plus chercher de remplacants. C'est aussi la rémunération de quantité de consultations attentives : 23 euros, qui est proprement indigne. C'est aussi le manque de temps résiduel à pouvoir se former, et c'est le cercle vicieux : assez d'argent pour gagner sa vie mais pas assez pour se sentir "bien" dans sa vie privée et professionnelle. NB j'ai fait ici à St Raphael 30 ans de SOS médecins en plus de mon cabinet : de l'âge de 30 à 60 ans. J'ai 62 ans. Bon courage à toi futur confrère."

Sujet n°203 : "J'ai souvent remarqué que lorsequ'il m'arrivaitde voir en consultation le patient d'un médecin absent je devinais le nom de celui-ci à la simple présentation et formulation de la plainte... reconnaitre le médecin à travers le patient !! Cela donne à réfléchir..."

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Résumé

Introduction : La santé occupe une place centrale dans un paysage global de moins en moins rayonnant entre baisse de l'offre de soins, augmentation des besoins. La santé des soignants apparait comme un déterminant indispensable à l'optimisation de la qualité de soin fourni à la population générale. Hors les études menées par le CNOM en 2008 et la DREES en 2010 suggèrent que la santé physique et psychique des soignants est préoccupante. Nous nous proposons d'évaluer l'attitude des médecins généralistes envers leur propre santé dans le département du Var en 2017, puis de comparer certains indicateurs de santé avec des données reccueillis sur les médecins généralistes issus de plusieurs régions de France en 2010 ainsi que sur la population francaise en 2015.
Matériel et méthode : Nous avons effectué une étude observationnelle descriptive transversale sur les médecins généralistes libéraux du département du Var. Un questionnaire a été envoyé sous forme de lien "Google Forms" par courriel entre le 15/01/2017 et le 15/05/2017 à 356 médecins. Les données ont ensuite été classés puis analysées selon le sexe et les classes d'âge.
Résultats : 205 questionnaires ont été analysés. Les médecins semblent globalement satisfait de la prise en charge de leur santé, bien que 38% déclarent être atteint d'une maladie chronique. Ils se sont majoritairement auto-déclaré comme étant leur propre médecin traitant auprès de la CPAM. 20% sont fumeurs et le double déclarent une consommation d'alcool régulière avec des différences entre les sexes. Quasiment 1 médecin sur 2 apparait concerné par des problème de poids, malgrè tout 64% déclarent pratiquer une activité physique régulière. Ils participent majoritairement pour plus de 80% aux dépistages des cancers. Enfin 2 médecins sur 3 déclarent ressentir su stress au travail.
Discussion : En comparaison avec 2010 les médecins de notre étude apparaissent plus concerné par le surpoids et participent plus aux dépistage du cancer colorectal. Comparé à la population générale française les médecins fument moins, consomment moins d'alcool, pratiquent plus d'activité physique, apparaissent mieux vacciné et participent plus assiduement au programme de dépistage généralisé des cancers. En revanche ils sont probablement plus à être atteint de maladie(s) chronique(s); et apparaissent plus concernés par le stress, la dépression et le suicide. Les solutions et aides actuellement en place apparaissent trop peu connues et répondent insuffisamment à leurs attentes en matière de santé.

Mots clés : Médecins généralistes / santé physique / santé psychique / auto-surveillance / auto-délaration médecin traitant / Burn out / France