



HAL
open science

La santé des médecins hospitaliers des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux différents actes de prévention et de dépistage recommandés en médecine générale

Arthur Braase

► To cite this version:

Arthur Braase. La santé des médecins hospitaliers des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux différents actes de prévention et de dépistage recommandés en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03597454

HAL Id: dumas-03597454

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03597454v1>

Submitted on 4 Mar 2022

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 10 novembre 2021

par

Monsieur BRAASE Arthur

Né le 01 Juillet 1990 à Valognes (*Manche*)

TITRE DE LA THÈSE :

**La santé des médecins hospitaliers des départements du Calvados, de la
Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux différents
actes de prévention et de dépistage recommandés en médecine générale**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu

Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie

Monsieur le Docteur ROBERT Jean-Charles, Directeur de thèse

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie

M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ARMAND Audrey	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL-DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
-----	------------------	----------------------------

Remerciements

À Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse et l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude.

À Madame le Docteur Sophie DE JAEGHER

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de participer au jury de ma soutenance de thèse. Veuillez trouver le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Mathieu BANSARD,

C'est un honneur et un réel plaisir que de pouvoir te compter parmi les membres de ce jury. Ton investissement et ton soutien auprès des étudiants depuis les bancs de la faculté jusqu'à aujourd'hui m'ont toujours inspiré un profond respect.

À Monsieur le Docteur Jean-Charles ROBERT,

Je te suis très reconnaissants pour ton aide, ta confiance et la bienveillance dont tu as fait part au cours de ce travail. Ta rigueur et tes conseils m'ont été précieux. Sois assuré de ma sincère gratitude.

A Madame Noémie JARDIN,

Merci de votre travail auprès des internes de médecines générales de la faculté de médecine de Caen. Votre soutien et votre réactivité m'ont été d'une aide précieuse.

Aux directions des GHT des hôpitaux de la Manche, de l'Orne et du Calvados.

Merci de votre coopération

À tous les médecins ayant participé,

Merci d'avoir répondu à mon questionnaire et de l'intérêt et du soutien dont beaucoup m'ont fait part.

A mes maîtres de stages,

Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion pour la médecine.

A Claire,

Merci pour tout le bonheur que tu me donnes. Ton amour et ton soutien sans faille m'accompagnent depuis tant d'année. Ton courage et ta détermination sont une réelle source d'inspiration. Je me réjouis de partager mon avenir avec toi. Je t'aime !

À ma famille,

Merci de m'avoir épaulé pendant ces longues années, d'avoir su accepter les bons et les mauvais côtés liés à cette vocation. Je vous en serais éternellement reconnaissant. Je vous aime.

Aux Loubards & Co,

Une deuxième et très grande famille. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible ! J'ai tellement de beau souvenir avec chacun d'entre vous. La relève a déjà commencé à pointer le bout de son nez.

A Maud, Guillaume, Charlotte, Ombeline, Valérian et Anne

A la fine équipe ! Que de moment inoubliable avec vous. Je suis heureux de vous compter parmi mes amis.

A Rafael, Yann, Jean, Linda et Thérèse

Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir apporté votre soutien et votre expérience.

A la team Van Gerwen.

Liste des abréviations

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CCR : Cancer Colo-Rectal

SMART : Santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie et de la santé

InVS : Institut de veille sanitaire

CFAR : Collège français des anesthésistes réanimateurs

GHT : groupement hospitalier de territoire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

USPSTF : United States Preventive Services Task Force

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NR : non renseigné

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

DTPCa : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche acellulaire

Liste des figures et des tableaux

Figure 1: répartition des médecins hospitaliers en fonction du sexe.....	10
Figure 2: répartition des femmes et des hommes en fonction de la tranche l'âge.	11
Figure 3: répartition détaillée des médecins hospitaliers en fonction du ou des département(s) d'exercice et du sexe.....	12
Figure 4: répartition détaillée des médecins hospitaliers en fonction du ou des département(s) d'exercice et du sexe.....	12
Figure 5: répartition des médecins en fonction du sexe et du mode d'exercice.....	13
Figure 6: Répartition entre MG et MS selon la tranche d'âge.....	14
Figure 7: Répartition des médecins hospitaliers en fonction du sexe et de la spécialité.....	15
Figure 8 : Répartition des médecins en fonction du sexe et de la déclaration d'un médecin traitant.....	16
Figure 9 : Fréquence de consultation du médecin traitant.....	17
Figure 10 : Répartition des médecins en fonction du sexe et de leur IMC.....	18
Figure 11 : Répartition selon l'IMC et l'âge chez les femmes.....	19
Figure 12 : Répartition selon l'IMC et l'âge chez les hommes.....	19
Figure 13 : Répartition du tabagisme actif chez les médecins hospitaliers selon le sexe.....	20
Figure 14 : Répartition des médecins selon le sexe et le score Audit-C.....	21
Figure 15 : Répartition des médecins selon leur sexe et leur profil de consommation d'alcool...	22
Figure 17 : Répartition des médecins selon leur sexe et leur bien-être de manière générale.....	23
Figure 18 : Répartition des médecins selon leur sexe et leur bien-être au travail.....	24
Figure 19 : Statut des vaccinations selon le sexe.....	25
Figure 20 : Distribution des femmes selon leur âge et leurs antécédents.....	26
Figure 21 : Réalisation de la mammographie chez les femmes ≥ 50 ans selon l'existence d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein.....	27
Figure 22 : Nature et répartition des difficultés à la pratique de la mammographie.....	27

Figure 23 : Taux de participation par tranche d'âge du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 64 ans.....	29
Figure 24 : Taux de participation des femmes de 25 à 65 ans en fonction de la date du dernier test de dépistage du cancer du col de l'utérus (N=289).....	29
Figure 25 : Répartition selon le(s) test(s) effectué(s).....	30
Figure 26 : Distribution par tranche d'âge des femmes de 25 à 65 ans selon la réalisation d'un test HPV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.....	30
Figure 27 : Nature et répartition des difficultés exprimées (N=93).....	31
Figure 28 : Répartition des médecins de 50 à 74 ans en fonction du sexe et de la présence d'antécédents (N=106).....	32
Figure 29 : Répartition des médecins de 50 à 74 ans à risque moyen en fonction du sexe et de la réalisation d'un test de dépistage du CCR (N=88).....	33
Figure 30 : Répartition des médecins de 50 à 74 ans à risque moyen de CCR en fonction du sexe et de la réalisation d'une coloscopie (N=88).....	34
Figure 31 : Taux de réalisation d'une coloscopie par tranche d'âge chez les personnes à risque élevé ou très élevé de CCR (N=43).....	34
Figure 32 : Nature des difficultés à la réalisation du dépistage de sang occulte dans les selles chez les médecins à risque moyen de CCR.....	35
Figure 33 : Répartition de la fréquence de la prise tensionnel selon le sexe chez les médecins ≥ 40 ans (N=246).....	36
Figure 34 : Répartition de la fréquence de la prise tensionnel selon le sexe chez les médecins ≤ 40 ans (N=253).....	37
Figure 35 : Répartition des médecins selon le sexe et l'intention et/ou la réalisation de la vaccination contre la COVID.....	38
Figure 36 : Répartition des hommes ≥ 50 ans selon la pratique du dépistage du cancer de la prostate (N=72).....	39
Figure 37 : Réalisation d'une EAL selon le sexe chez les médecins de ≥ 40 ans (N=246).....	40
Figure 38 : Réalisation d'une glycémie à jeun chez ≥ 40 ans.....	41
Figure 39 : Réalisation d'une glycémie à jeun chez les ≥ 40 ans en situation de surpoids ou d'obésité.....	41
Figure 40 : Surcharge pondérale des médecins hospitaliers, des médecins généralistes du panel 2008, de la population active et des cadres et professions intellectuelles supérieures.....	45
Figure 41 : prévalence des profils d'alcoolisation défini à partir de l'Audit-C dans l'ESPS et l'ES (source IRDES 2005).....	46
Figure 42 : prévalence des profils d'alcoolisation selon le sexe des médecins de notre étude défini à partir de l'AUDIT-C.....	47
Tableau 1 : Recommandations EVIPREV 2019.....	3
Tableau 2: répartition des femmes et des hommes en fonction de la tranche d'âge.....	11
Tableau 3 : déclaration d'un médecin traitant selon la spécialité et l'âge.....	17
Tableau 4 : Taux de vaccinations en population générale, chez les médecins généralistes et les médecins hospitaliers.....	48
Tableau 5 : Taux de vaccination antigrippal par saison chez les 65 ans et plus d'après les chiffres de santé publique France.....	49

Sommaire

Introduction.....	1
A. La prévention.....	2
B. Revue simple de la littérature	4
C. Les Groupements Hospitaliers de territoire dans le Calvados, la Manche et l'Orne.....	6
Matériels et méthode	7
A. Objectif principal	7
B. Le type d'étude.....	7
C. La population étudiée	7
D. L'élaboration du questionnaire.....	7
E. La diffusion du questionnaire	8
F. L'analyse statistiques des données	8
Résultats.....	9
A. Participation	9
B. Analyse socio-démographique des médecins hospitaliers de l'étude	10
1. Le sexe	10
2. L'âge.....	11
3. Lieu de travail	12
4. Le mode d'exercice.....	13
5. La spécialité	14
C. Analyse des questions préliminaires de Santé.....	16
1. Le médecin traitant	16
a) Déclaration d'un médecin traitant	16
b) Fréquence de consultation du médecin traitant	17
2. L'IMC.....	18
3. Le tabagisme.....	20
4. La consommation d'alcool.....	21
a) Analyse selon l'Audit C	21
b) Analyse selon les profils d'alcoolisation	22
5. Le bien être.....	23
6. Etat des lieux des vaccinations	25
D. Le cancer du sein.....	26
1. Participation	26
2. Difficultés.....	27
E. Le cancer du col de l'utérus.	28
1. Participation	28
2. Test(s) réalisé(s).....	30
3. Difficultés.....	31
F. Le cancer Colorectal	31
1. Les antécédents personnels ou familiaux	32
2. Pratique du test de recherche de sang occulte dans les selles	33
3. La coloscopie	33
4. Difficultés.....	35
G. Autres actes de prévention et de dépistage.	36
1. Surveillance pression artérielle	36
2. Vaccination COVID.....	38
3. Dépistage du cancer pulmonaire.....	38
4. Cancer de la Prostate.....	39
5. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominal.....	40
6. Etudes des anomalies lipidiques.....	40

7. Glycémie à jeun	41
Discussion.....	42
A. Les biais méthodologiques et les limites du questionnaire :.....	42
B. Analyse de la participation	43
C. Analyse des questions préliminaires de santé	43
1. Le sexe	43
2. L'âge.....	44
3. Déclaration d'un médecin traitant	44
4. Le poids.....	45
5. Alcool	46
6. Tabac.....	47
7. Vaccins	48
8. Vaccination COVID.....	50
D. Les cancers	50
1. Le cancer du sein	50
2. Le cancer du col de l'utérus.....	51
3. Le cancer colorectal.....	51
4. Le cancer de la prostate	52
5. Le dépistage du cancer du poumon.	53
E. Autres actes de dépistage.	54
1. La pression artérielle	54
2. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale.....	54
3. Glycémie à jeun	54
4. Etudes des anomalies lipidiques.....	55
Conclusion	56
Bibliographie	58
Annexes.....	64
Annexe 1 : Représentation en Nuage de Mot de la fréquence des formes de mot dans une analyse textométrique sur Medline portant sur la santé du médecin par B. Falissard (30)	64
Annexe 2 : Les groupements hospitaliers de territoire de Normandie	65
Annexe 3 : Exercice des médecins inscrits aux CDOM des départements de l'Orne, du Calvados et de la Manche.....	66
Annexe 4 : Spécialité des médecins de notre étude.....	68
Annexe 5 : Questionnaire Audit- C.....	69
Annexe 6 : Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation (source : IRDES 2005) (49)	70
Annexe 7 : Stratégie de dépistage du cancer colorectal selon le niveau de risque (HAS: 2017)(52).....	71
Annexe 8 : Présentation et questionnaire de Thèse adressés aux médecins hospitaliers.....	72

INTRODUCTION

La santé est définie par l'OMS dans le préambule de sa constitution, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (1)

Le médecin est au cœur de la santé, comme nous le rappelle cette deuxième phrase du serment d'Hippocrate « Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux » (2). Ainsi, le rôle du médecin ne peut se résumer qu'à l'acte de soin, et son champ d'action ne peut se limiter qu'aux malades.

Si le médecin est au cœur de la santé, qu'en est-il de sa santé ? Cette question a suscité beaucoup d'intérêt depuis ces dernières années comme le témoigne le nombre croissant de publications sur ce sujet dans la communauté médicale, mais aussi dans les médias.

Elle interroge pour son retentissement sur le médecin et son entourage, mais aussi pour ses répercussions sur la société et son système de soin.

Pour ainsi dire, le médecin n'est pas un patient comme les autres. Son savoir et sa connaissance le placent dans une situation particulière vis-à-vis de la maladie et de sa prise en charge.

D'ailleurs, il choisit trop souvent d'être son propre médecin, comme le rapportent de nombreuses études. (3-7). C'est également le constat réalisé par la commission SMART du collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) en 2017 qui a conduit au lancement de la campagne « Dis, doc t'as ton doc » (8). A l'époque, le ministère des solidarités et de la santé estimait que 80% des médecins n'avait pas de médecin traitant.

Cela peut, encore aujourd'hui, sembler paradoxale qu'un médecin nécessite les soins d'un confrère lorsqu'il s'agit de sa propre santé. Mais quand il choisit de s'auto-diagnostiquer, son manque d'objectivité l'expose à des retards au diagnostic.(9)

Dans le rapport du CNOM de 2016 « La santé des étudiants et jeunes médecins » (10) et celui de 2018 « la Santé des médecins, un enjeu majeur de santé publique du diagnostic aux propositions » (11) , un quart des répondants se déclarait en moyenne ou mauvaise santé.

Au cours de notre revue de la littérature, nous avons constaté qu'il y a peu d'études portant sur la prévention chez les médecins. Ces études concernent pour la plupart les médecins spécialisés en médecine générale et les médecins spécialistes libéraux. La santé des médecins hospitaliers était surtout abordée sous l'angle de la santé mentale, du burn-out et des pratiques addictives (12–16). Ces thèmes font écho à notre actualité et aux conditions de travail de la profession médicale. Si les médecins ne déclarent pas de médecin traitant, comment se comportent-ils vis-à-vis de leur santé ?

À la différence des médecins libéraux, les médecins hospitaliers peuvent bénéficier de consultation auprès de la médecine du travail. Mais ces consultations, au vu de leurs fréquences, des thèmes abordés et du cadre, ne peuvent se substituer à une consultation de médecine générale. Dans l'étude de Abou Kais R. près de la moitié des médecins hospitaliers interrogés avouaient ne pas répondre aux convocations de la médecine du travail. (17).

La question de recherche était de savoir quelle est l'adhésion des médecins hospitaliers aux principales actions de prévention et de dépistage recommandées dans la population générale, afin de les comparer aux données de la littérature sur les médecins généralistes libéraux et de la population générale.

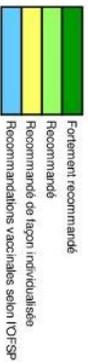
A. La prévention

Pour définir les actions de prévention à étudier, nous nous sommes appuyés principalement sur le tableau des recommandations EVIPREV (Tableau 1). Ces recommandations ont été établies par un groupe de travail de médecins suisses afin d'apporter des outils lors d'une consultation en médecine générale. (18). Elles se fondent principalement sur le travail de l'U.S. Preventive Services Task Force (groupe d'expert américain en médecine préventive). (19)

Parmi ces recommandations et dans la contrainte d'un nombre limité de questions, nous avons choisi celles qui nous semblaient les plus pertinentes pour répondre à notre sujet. Nous nous sommes essentiellement focalisés sur la consommation d'alcool et de tabac, le statut vaccinal, ainsi que la participation aux dépistages des cancers du sein, du colon et du col de l'utérus. L'activité physique, l'alimentation et la santé mentale n'ont pas été abordées, en raison du trop grand nombre de questions nécessaires pour ne pas survoler le sujet et rester pertinent.

RECOMMANDATIONS EVIPREV 2019

Version 04.2019



unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique - Lausanne

	18	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Conseils	Tabac										
	Alcool										
	Activité physique										
	Alimentation										
Comportement sexuel ¹	Exposition solaire										
	Col de l'utérus										
Cancers ²	Colon et rectum										
	Sein										
	Prostate										
	Poumon										
Cancers ²	Col de l'utérus										
	Colon et rectum										
	Sein										
	Prostate										
Cancers ²	Poumon										
	Hypertension artérielle										
	Surpoids										
	Dyslipidémie										
C.V.	Diabète										
	Anévrisme de l'aorte abdominale										
Infections	HIV										
	Syphilis ¹										
	Chlamydia et gonorrhée ¹										
	Hépatites B et C ¹										
Autres	Depression										
	Violences domestiques										
Vaccins	Ostéoporose ¹										
	Diphtérie, tétanos										
	Rougeole, oreillons, rubéole										
	Varicelle / Zona										
	Couquatche										
	Grippe ¹										
	Poliomyélite ¹										
	Hépatite A ¹										
	Hépatite B ¹										
	Papillomavirus humain (HPV)										
	Pneumocoque ¹										
	Méningocoque ¹										
Encephalite à tiques ¹											

Les examens et recherches des pathologies suivantes ne sont pas recommandés comme dépistage chez les patients asymptomatiques:
ECG pour dépister la maladie coronarienne, dépistage d'une sténose des artères carotidiennes, dépistage de la BPCO, recherche de bactériurie (H et F non enceinte), dépistage des cancers de la thyroïde, du pancréas, de l'ovaire et du testicule.

F: femme, H: homme
IMC: indice de masse corporelle [kg/m²]
FRCV: facteurs de risque cardio-vasculaire
FR: facteurs de risque
FIT: fécal immunochimical test
UPA: unité paquet année
FRAX: outil d'évaluation des risques de fractures

¹ les différents facteurs de risque sont définis dans le *texte annexe (à suivre)*
² discussion prouvant le partage de la décision recommandée



Les recommandations Eviprev sont soutenues par:
Les polycliniques universitaires et instituts de médecine de famille
suivants ont participé à l'élaboration de ces recommandations:
Lausanne, Genève, Berne, Zurich et Bâle

SCAIM SSMIG SSGIM

Tableau 1 : Recommandations EVIPREV 2019

B. Revue simple de la littérature

Nous avons effectué une simple revue de la littérature portant sur la santé et l'adhésion des médecins aux actions de prévention et dépistage à l'aide des plateformes de recherche SUDOC, CISMef et PubMed. Nous avons limité notre recherche aux articles publiés entre 2000 et 2021. La difficulté de ce travail repose essentiellement sur les associations de mots-clés utilisés afin de faire ressortir les travaux portant précisément sur les médecins. Nous avons d'abord effectué une première sélection des articles par les titres, puis dans un second temps par les résumés et lecture des articles lorsqu'ils étaient disponibles en ligne. Les articles ne traitant pas directement de la santé des médecins ont été exclus. Nous avons également exclu de notre recherche les travaux portant principalement sur la santé mentale.

Pour ce faire, les principaux mots-clés utilisés ont été :

- Dans la base de données SUDOC et CISMef dont le titre inclus « santé » et « médecins », et/ou « hospitaliers », et/ou « prévention », et/ou « dépistage »

Recherche selon mots clés SUDOC : nombre d'articles

- Santé médecins : 445
- Santé médecins hospitalier/s : 3
- Santé médecins généralistes : 323
- Santé médecins prévention : 42
- Santé médecins dépistage/s : 25
- Participation médecins dépistage/s : 18
- Participation médecins prévention : 1
- Adhérence médecins dépistage/s : 0
- Adhésion médecins dépistage /s: 1

Recherche selon mots clés CISMef : nombre d'articles

- (santé.ti) ET (médecins.ti) : 91
- (dépistage.ti) ET (médecins.ti) : 82
- (prévention.ti) ET (médecins.ti) : 48

23 documents se sont révélés pertinents : 16 études dressants l'état des lieux de la santé des médecins, toutes portant sur des médecins généralistes et spécialistes libéraux (3,4,6,20-32), 7 portants sur le comportement des médecins vis-à-vis de leur santé et les causes du défaut de soin dont deux en milieu hospitalier (9,17,33-37).

- Dans la base de données PubMed « doctor's » (ou doctor, doctors) ou « physicians » (ou 'physicians') et [« Survey » ou « screening » ou « health »]

Recherche selon mots clé PubMed : nombre d'articles (Base : Medline)

- ((doctor/s[Title]) AND ((health[Title]) OR (doctor's health[Title]))): 40
- ((doctor/s[Title]) AND ((health[Title])OR (screening[Title]))) : 3
- ((doctor/s[Title]) AND (prevention[Title]) : 5
- (Physicians'health[Title]) OR (Physicians [Title]) AND (health[Title]) : 143
- (general practitioners [Title]) AND ((health[Title]) OR (general practitioners'health[Title])) : 29
- (general practitioners [Title]) AND (survey[Title]) : 12

5 documents se sont révélés pertinents (38-42), on les retrouve également chez B. Falissard dans une analyse textométrique de la littérature portant sur la santé des médecins de 2016 (30). Les résultats de cette étude présentés sous la forme d'un nuage de mot clé concorde avec notre recherche, la prévention et les médecins hospitaliers sont peu abordés (**Annexe 1**)

C. Les Groupements Hospitaliers de territoire dans le Calvados, la Manche et l'Orne

Nous avons choisi d'interroger les médecins des groupements hospitaliers de territoire

Depuis 2016, les hôpitaux français sont regroupés en 135 groupements hospitaliers de territoire, il existe 11 GHT en Normandie dont 6 dans les départements de l'ex Basse-Normandie (**Annexe 2**).

- GHT Centre Manche (CH MEMORIAL DE SAINT-LO/ CH DE COUTANCES/ HOPITAL LOCAL DE CARENTAN)
- GHT Cotentin (CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN/ EHPAD - SAINTE MERE EGLISE/ EHPAD DE CARQUEBUT)
- GHT Groupe Hospitalier Mont-Saint-Michel (CH D'AVRANCHES-GRANVILLE/ HOPITAL LOCAL DE MORTAIN/ CH DE SAINT HILAIRE DU HARCOUET/ HOPITAL DE SAINT JAMES/ HOPITAL LOCAL DE VILLEDIEU/ CENTRE HOSPITALIER DE L'ESTRAN/ CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS ST MAUR)
- GHT les Collines de Normandie (CH JACQUES MONOD – FLERS/ CENTRE HOSPITALIER DE VIRE/ CH INTERCOMMUNAL DES ANDAINES)
- GHT Normandie Centre (CHU DE CAEN/ EPSM DE CAEN/ CENTRE HOSPITALIER DE FALAISE/ CENTRE HOSPITALIER DE PONT L'EVEQUE/ CH DE LISIEUX/ HOPITAL LOCAL – VIMOUTIERS/ CENTRE HOSPITALIER – ARGENTAN/ CH AUNAY-BAYEUX - CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE FLEURIE)
- GHT Orne-Perche-Saosnois (C.H.I.C-ALENCON-MAMERS/ CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE/ CH MARGUERITE DE LORRAINE-MORTAGNE/ HOPITAL LOCAL – BELLEME/ HOPITAL LOCAL – SEES)

MATERIELS ET METHODE

A. Objectif principal

Dresser un état des lieux de la participation des médecins hospitaliers des GHT de l'ex Basse-Normandie aux différentes actions de prévention et de dépistage recommandées dans la population générale. Nous nous efforcerons de discuter ces résultats par rapport à ceux de la population générale et aux médecins généralistes.

B. Le type d'étude

L'étude mise en place est une étude observationnelle descriptive quantitative et prospective à partir du recueil et de l'exploitation d'informations obtenues par un questionnaire rédigé sur une plateforme en ligne.

C. La population étudiée

La population étudiée correspond aux médecins hospitaliers des GHT des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. Les internes de ces régions étaient inclus. Le CH de L'Aigle (GHT Eure Seine Pays d'Ouche) situé dans l'Orne a été exclu.

D. L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré sur la plateforme en ligne LimeSurvey®(43) disponible sur le catalogue numérique de l'Université de Caen Normandie.

Pour élaborer ce questionnaire, nous nous sommes principalement appuyés sur les recommandations du programme Eviprev et de la HAS

Le questionnaire est composé de 36 questions réparties en 5 parties (Annexe 8). Certaines questions portent des filtres conditionnels. Elles ne s'affichent qu'en fonction de certaines réponses.

- La 1^{ère} partie interroge sur les caractéristiques socio-démographiques des médecins.
- La 2^{ème} porte sur des questions générales de santé

- La 3^{ème} ne concerne que les femmes et s'intéresse à la participation personnelle au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus
- La 4^{ème} s'intéresse au dépistage du cancer colorectal chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans
- La 5^{ème} interroge sur la prise de la pression artérielle, la réalisation d'un bilan biologique contenant une glycémie à jeun et une étude des anomalies lipidiques, le dépistage de l'anévrisme de l'aorte et du cancer pulmonaire chez les populations à risque et la vaccination contre la COVID.

E. La diffusion du questionnaire

Le questionnaire était accessible par un lien URL envoyé par e-mail sur des listes de diffusion. Les directions des hôpitaux des GHT des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne, ainsi que la faculté de médecine de Caen ont été sollicitées pour le partage du questionnaire. Nous n'avons pas eu accès aux adresses emails présentes sur ces listes de diffusion. Le recueil du nombre de destinataire sur ces listes a été fait par téléphone ou par mail auprès des administrations et des services informatiques des centres hospitaliers.

Le questionnaire a été envoyé début février 2021 et clôturé fin avril 2021. Aucune relance n'a été effectuée auprès des médecins.

L'ensemble des questionnaires a été récupéré sur Limesurvey.

F. L'analyse statistiques des données

Les données recueillies ont été intégrées à partir d'un tableau Excel.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du site internet de biostatistique BiostatTGV.

Le test exact de Fisher a été choisi comme test statistique pour l'analyse des tables de contingences du fait de la faiblesse de nos effectifs.

Une valeur de p inférieure à 0,05 a été définie comme seuil de significativité statistique.

RESULTATS

A. Participation

Le nombre de courrier électronique envoyé est de 2624, réparti de la façon suivante :

- GHT Normandie centre : 1291 destinataires
- GHT Centre Manche : 235 destinataires
- GHT Cotentin : 308 destinataires
- GHT Groupe Hospitalier Mont Saint Michel : 122 destinataires
- GHT Les Collines de Normandie : 98 destinataires
- GHT Orne-Perche-Saosnois : 189 destinataires
- Interne de la faculté de médecine de Caen : 381 destinataires

En raison du design de l'étude, il n'a pas été possible de définir le taux de réponse précis. En effet, il n'existe pas de liste de diffusion unique pour l'ensemble des médecins des GHT Bas Normand et certains médecins partageant leur exercice sur plusieurs établissements hospitaliers ont pu recevoir plusieurs fois l'invitation au questionnaire. Il était néanmoins demandé de ne participer qu'une seule fois.

L'analyse des données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (44) concernant les effectifs des personnels de santé médecins nous donne une réponse approximative du nombre de médecin exerçant dans ces GHT. On dénombre en janvier 2020, 2106 médecins salariés hospitaliers ou à exercices mixtes inscrits aux conseils de l'Ordre des départements de l'Orne, du Calvados et de la Manche (**Annexe 3**). Il faut ajouter à ce chiffre, les quelques 800 internes inscrits en 2021 à la faculté de médecine de Caen et non comptabilisés par les données de la DREES.

Le questionnaire a été ouvert 570 fois, et 499 personnes ont été jusqu'à la fin du questionnaire. Une personne n'ayant pas été au bout du questionnaire nous a fait part de son souhait de ne plus participer. Nous avons donc exclu tous les questionnaires non terminés.

Le taux de réponses complètes par rapport au nombre de mails envoyés est de 19%.
87% des personnes ayant ouvert le questionnaire l'ont achevé.

B. Analyse socio-démographique des médecins hospitaliers de l'étude

1. Le sexe

Sur les 499 médecins participants, 41 % étaient des hommes (N= 205) et 59 % étaient des femmes (N=294). La sex-ratio était de 0,70.

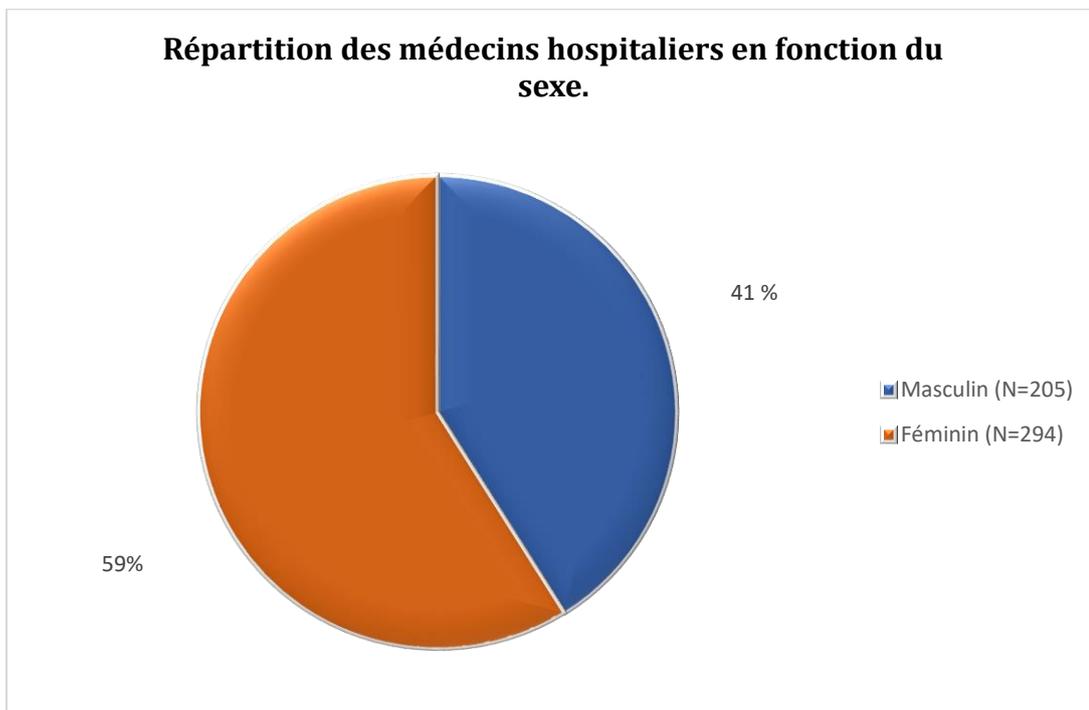


Figure 1: répartition des médecins hospitaliers en fonction du sexe

2. L'âge

La tranche d'âge médiane des médecins se situe à [35-39] ans. La tranche d'âge médiane des femmes est à [35-39] ans, tandis que celle des hommes se situe à [40-44] ans. La tranche d'âge [30-34] ans est majoritaire avec 24% des réponses (N = 122).

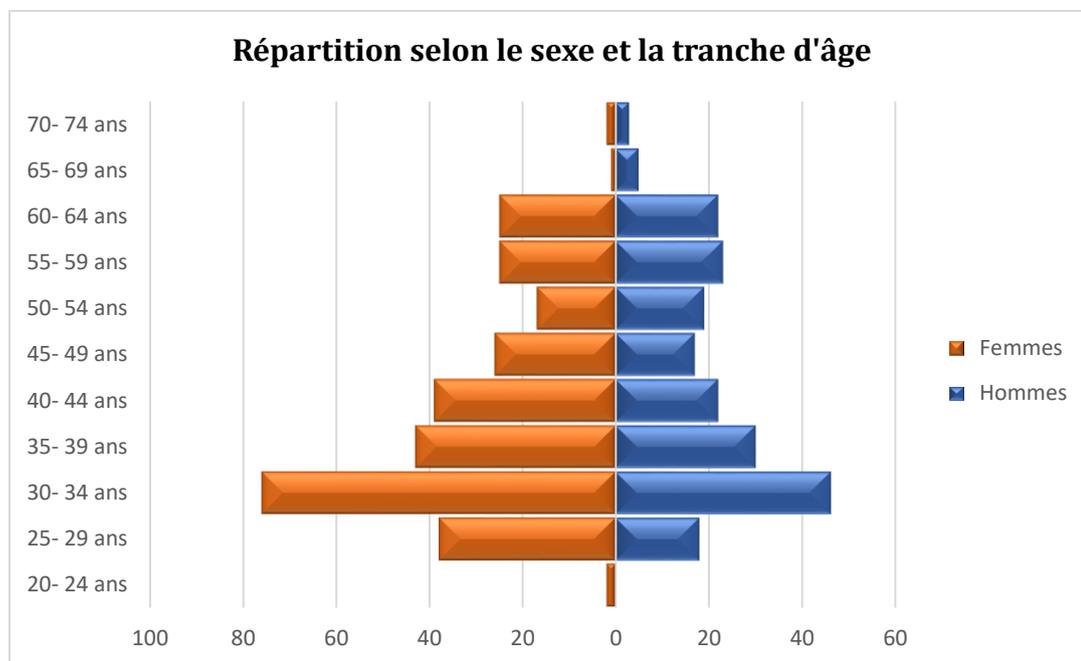


Figure 2: répartition des femmes et des hommes en fonction de la tranche l'âge.

Tranche d'âge	Femmes	Hommes	Total	%
20- 24 ans	2	0	2	0,4%
25- 29 ans	38	18	56	11,2%
30- 34 ans	76	46	122	24,4%
35- 39 ans	43	30	73	14,6%
40- 44 ans	39	22	61	12,2%
45- 49 ans	26	17	43	8,6%
50- 54 ans	17	19	36	7,2%
55- 59 ans	25	23	48	9,6%
60- 64 ans	25	22	47	9,4%
65- 69 ans	1	5	6	1,2%
70- 74 ans	2	3	5	1,0%
	294	205	499	100%

Tableau 2: répartition des femmes et des hommes en fonction de la tranche d'âge.

3. Lieu de travail

60.7% médecins ont répondu travailler dans le Calvados (N=303), 35.8% dans la Manche (N=179) et 13.4% dans l'Orne (N=67).

9.4% des médecins ont déclaré travailler sur au moins deux départements (N=47)

Les femmes représentaient 60 % des médecins dans le Calvados, 63% dans la Manche et seulement 39% dans l'Orne. (p=0.002).

Il n'y a pas de différence significative dans le sex-ratio entre le département de la Manche et celui du Calvados.

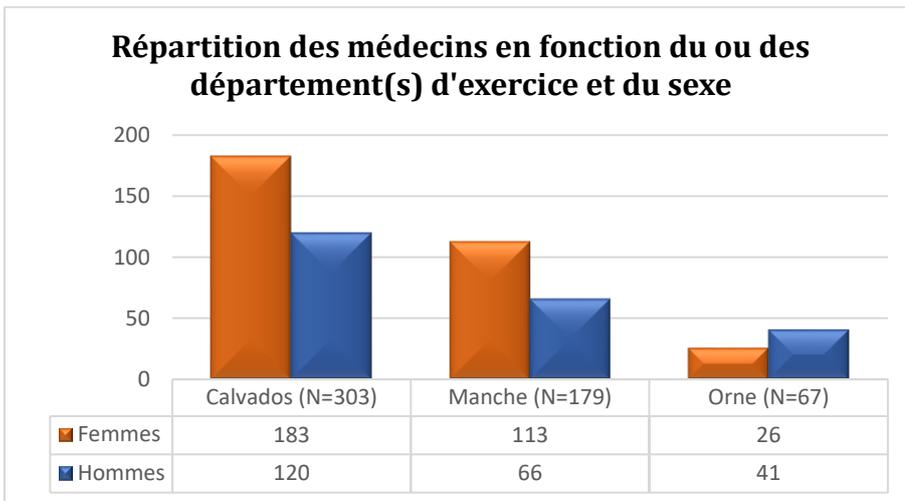


Figure 3: répartition des médecins hospitaliers en fonction du ou des département(s) d'exercice et du sexe.

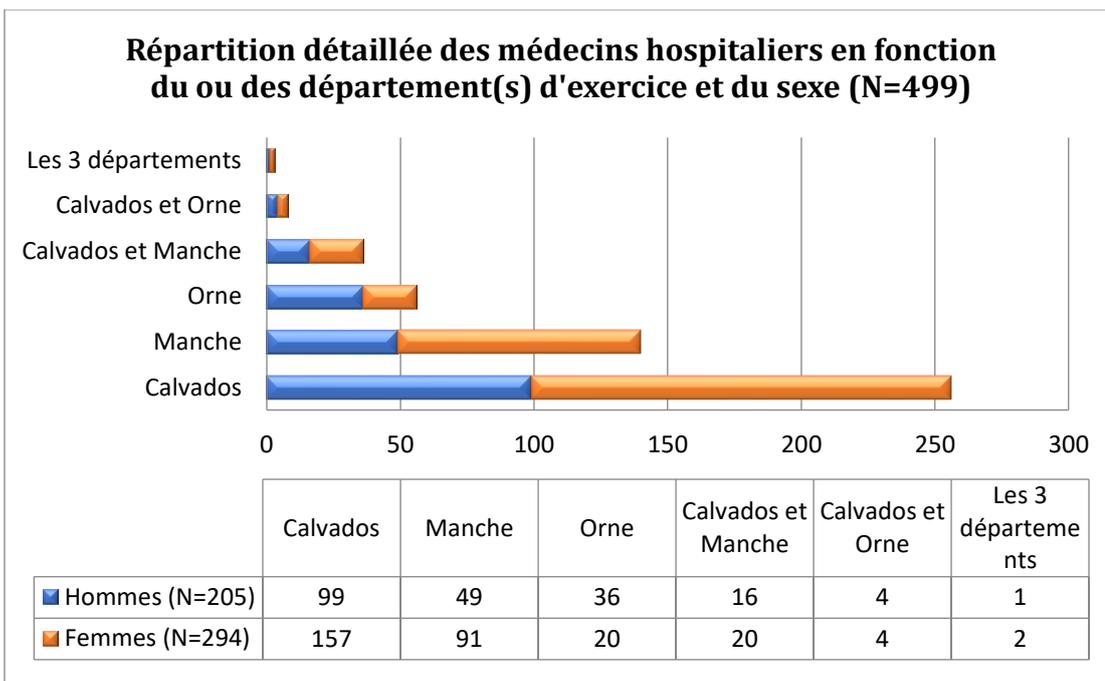


Figure 4: répartition détaillée des médecins hospitaliers en fonction du ou des département(s) d'exercice et du sexe.

4. Le mode d'exercice

91 % des médecins interrogés exercent en salariat exclusif (N=454). La répartition est équivalente dans chaque groupe (89% des hommes et 92% des femmes, $p=0,35$). 3% exercent en libéral et 6% ont un exercice mixte.

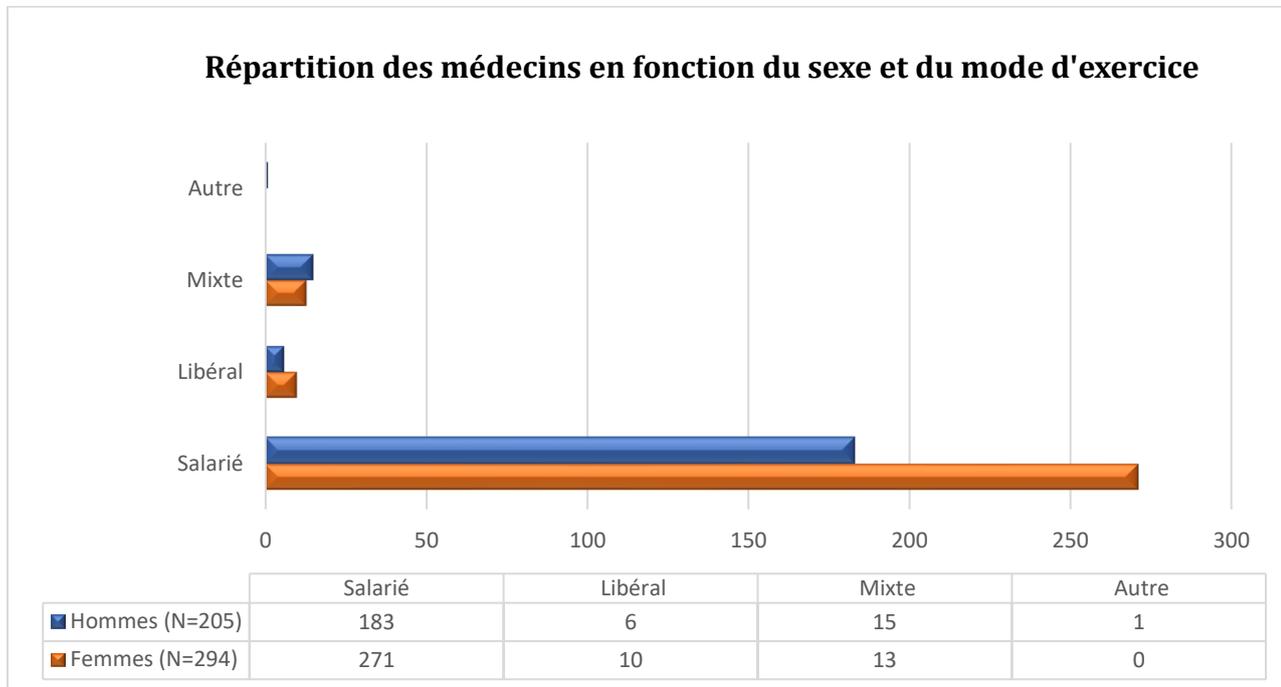


Figure 5: répartition des médecins en fonction du sexe et du mode d'exercice

5. La spécialité

Les médecins spécialisés en médecine générale (MG) sont majoritaires dans notre étude par rapport aux autres médecins spécialistes (MS). Ils représentent 19.6 % de notre effectif (N=98). Ce taux diminue avec l'âge pour être à 14% chez les plus de 30 ans (N=60) et 10 % chez les plus de 35 ans (N=32).

Les spécialités chirurgicales constituent 12% de notre effectif total (N=60).
La répartition détaillée se trouve en **Annexe 4**.

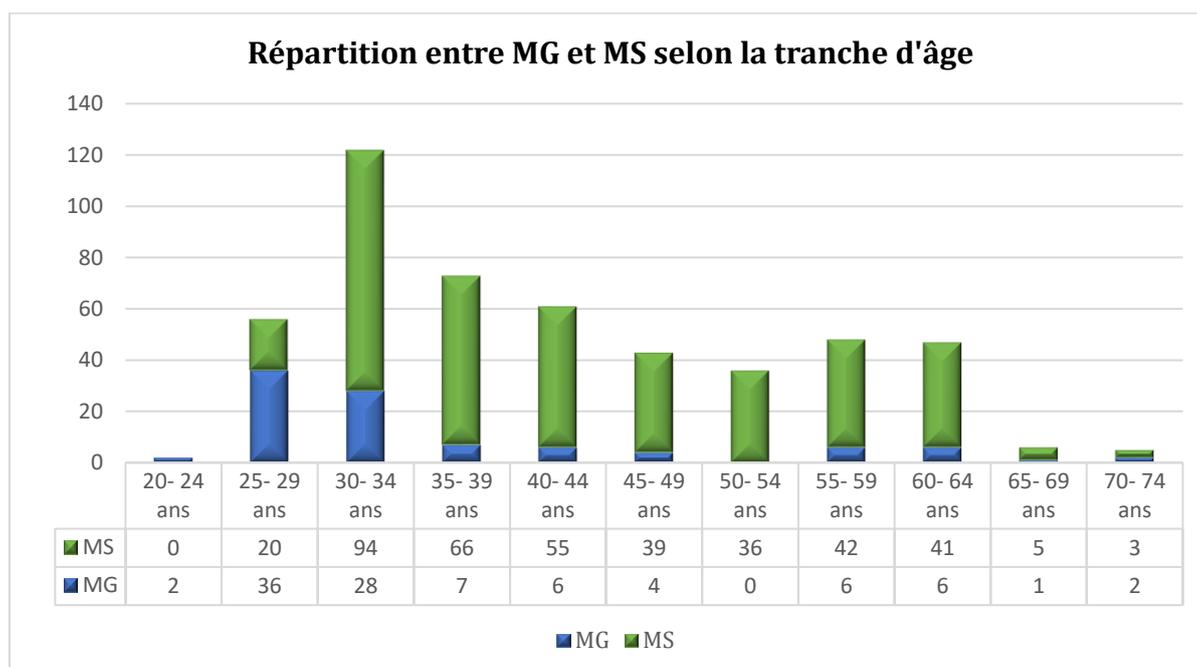


Figure 6: Répartition entre MG et MS selon la tranche d'âge

Répartition des médecins hospitaliers en fonction du sexe et de la spécialité (N=499)

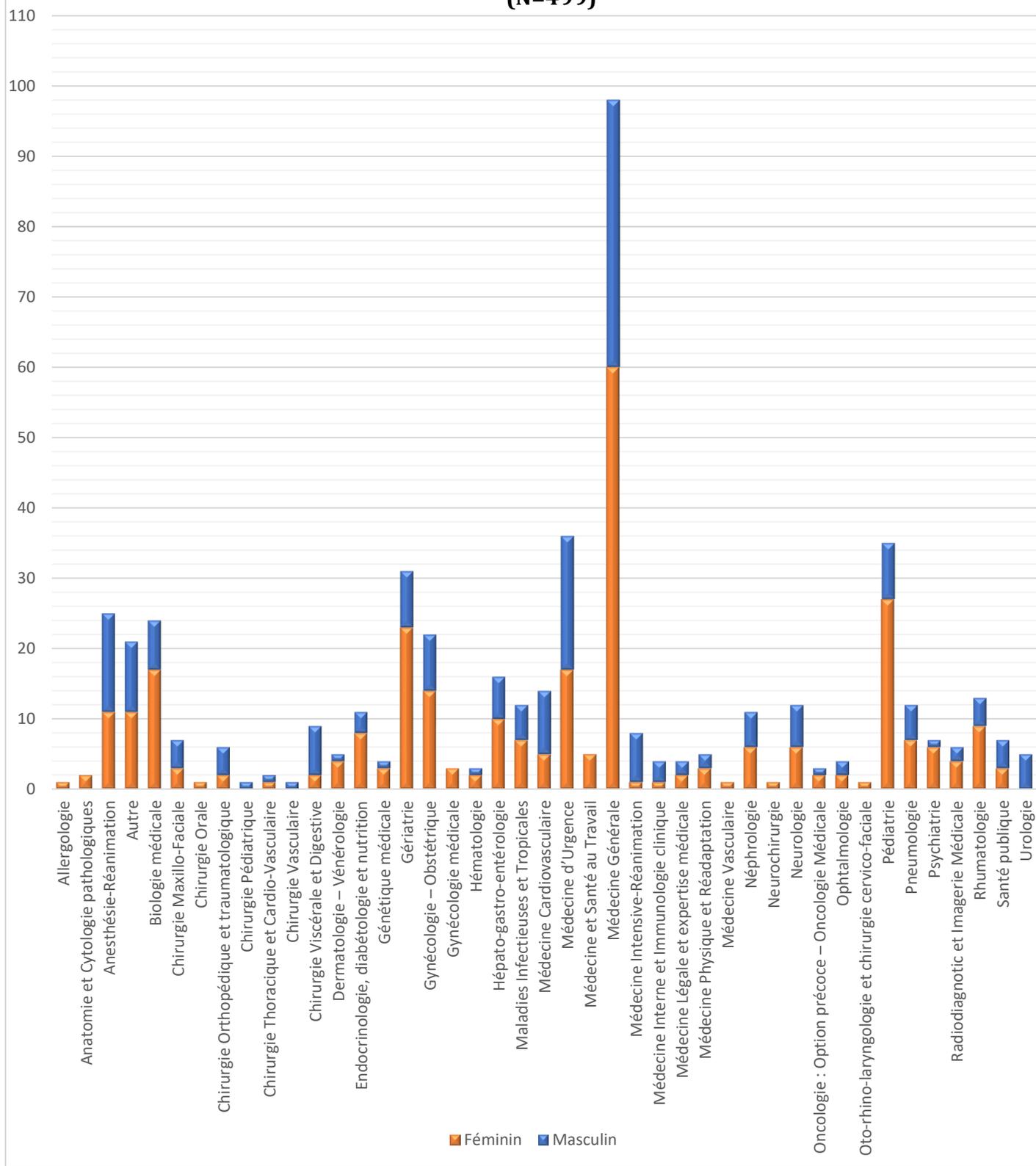


Figure 7: Répartition des médecins hospitaliers en fonction du sexe et de la spécialité.

C. Analyse des questions préliminaires de Santé

1. Le médecin traitant

a) Déclaration d'un médecin traitant

49% de notre population a déclaré un confrère ou une consœur en tant que médecin traitant (N=244). On observe une différence importante de déclaration entre les hommes (37%) et les femmes (57%) (p= 0.006).

59% des médecins spécialisés en médecine générale (MG) ont déclaré un médecin traitant (N=58) contre 46% chez les autres médecins spécialistes (MS) (N=186). (p= 0.02)

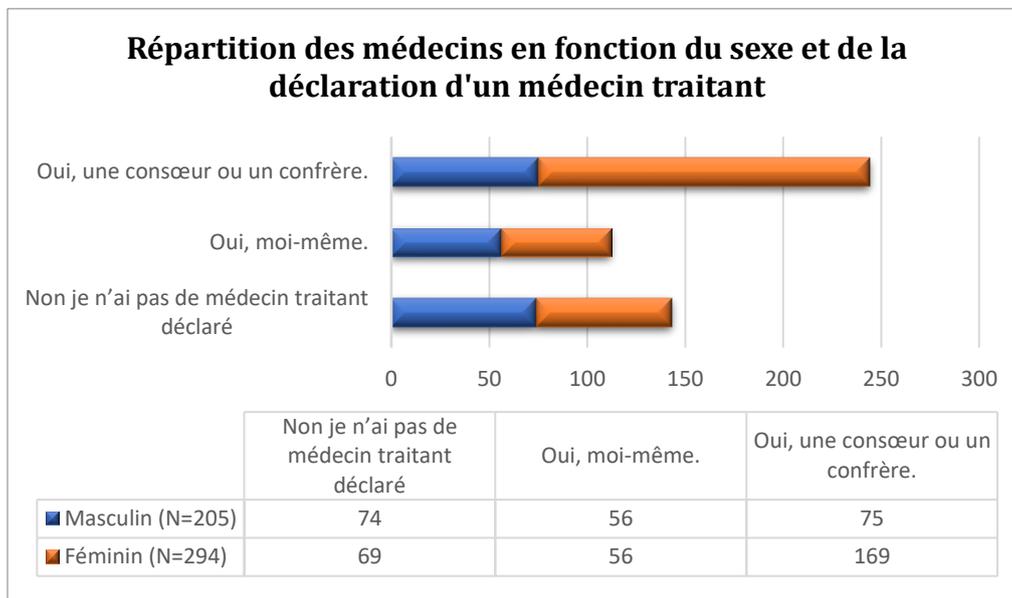


Figure 8 : Répartition des médecins en fonction du sexe et de la déclaration d'un médecin traitant.

53 % des moins de 45 ans ont déclaré un médecin traitant (N=165) contre 42% dans le groupe des 45 ans et plus (N=56) (p= 0.04). Vu la proportion de médecins spécialisés en médecine générale pour les tranches d'âge comprises entre 25 et 34 ans, on peut se demander si la différence de déclaration d'un médecin traitant observée chez les moins de 45 ans n'est pas issue des médecins spécialisés en médecine générale. Pour répondre à cette question, nous avons effectué une analyse en sous-groupe chez les médecins généralistes et chez les médecins spécialistes.

- Chez les MG : 65% des moins de 45 ans (N=51) ont déclaré un médecin traitant autre qu'eux même contre 36% chez les 45 ans et plus (N=7) (p=0.037).
- Chez les MS : 49% des moins de 45 ans (N=114) ont déclaré un médecin traitant autre qu'eux même contre 43% chez les 45 ans et plus (N=72). La différence est non significative (p=0.36).

- Chez les moins de 45 ans, il y a une différence significative de déclaration entre les MG et les MS (p=0.01).
- Chez les médecins âgés de 45 ans ou plus, il n'y a pas de différence significative de déclaration entre les MG et les MG.

La différence générationnelle de déclaration d'un confrère en tant que médecin traitant observée dans notre étude est surtout liée aux jeunes médecins généralistes.

Médecin Généraliste	Non je n'ai pas de médecin traitant déclaré	Oui, moi-même.	Oui, une consœur ou un confrère.	Total général
< 45 ans	21	7	51	79
≥ 45 ans	3	9	7	19
Total général	24	16	58	98

Médecin Spécialiste	Non je n'ai pas de médecin traitant déclaré	Oui, moi-même.	Oui, une consœur ou un confrère.	Total général
< 45 ans	89	32	114	235
≥ 45 ans	30	64	72	166
Total général	119	96	186	401

Tableau 3 : déclaration d'un médecin traitant selon la spécialité et l'âge.

b) Fréquence de consultation du médecin traitant

34% des médecins ayant déclaré un médecin traitant ne le consulte jamais (N=84) et seulement 11% le consulte parfois ou souvent (N=28).

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, ni entre les spécialistes et les médecins généralistes.

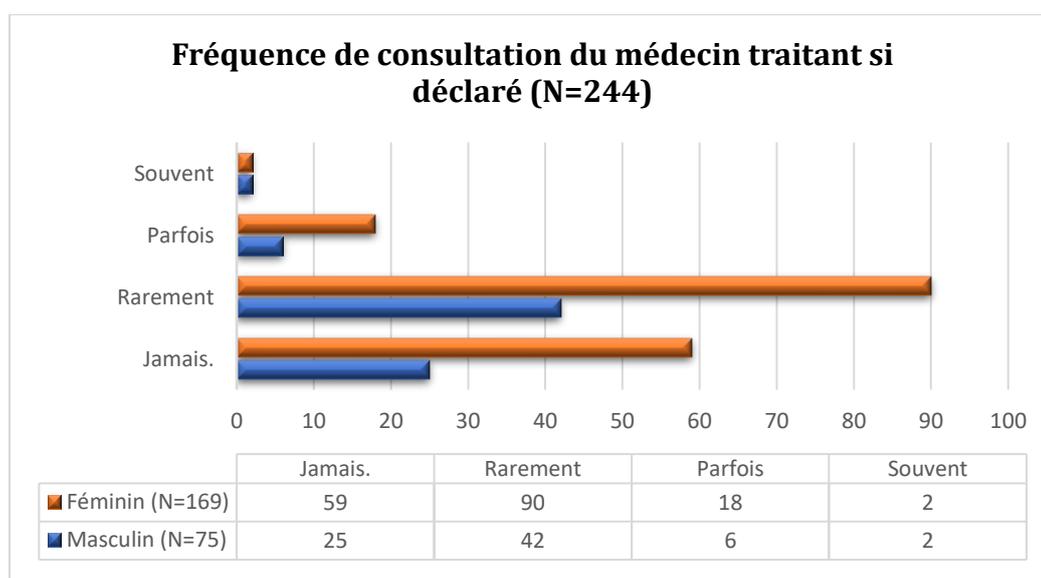


Figure 9 : Fréquence de consultation du médecin traitant

2. L'IMC

Nous avons calculé l'IMC à partir des données de poids et de taille renseignées par les médecins et classé les valeurs selon la classification de l'OMS (45). Une valeur d'IMC a été exclue, en raison d'un poids mal renseigné.

L'IMC moyen est de 23.6 kg/m²,

Il est de 24.1kg/m² chez les hommes avec un IMC minimum à 18,0kg/m² et un IMC maximum à 32.8 kg/m². L'écart-type est de 3.24 kg/m²

Chez les femmes, il est de 23.1kg/m² avec un IMC minimum à 17,0kg/m² et un IMC maximum à 44.3 kg/m². L'écart-type est de 3,89kg/m²

En tout 30% des médecins de notre étude sont en situation de surcharge pondérale (surpoids et obésité ; IMC ≥ 25 kg/m²).

26 % des femmes (N=75) contre 37% des hommes (N=76) sont en situation de surpoids ou d'obésité (p=0.007)

6 % des femmes (N=18) et 4% (N=9) des hommes sont en situation d'obésité. Il n'y a pas de différence significative.

7% des femmes ont un IMC inférieur à 18.5kg/m².

Nous avons représenté dans la Figure 11 et la Figure 12 la répartition des IMC selon l'âge et le sexe.

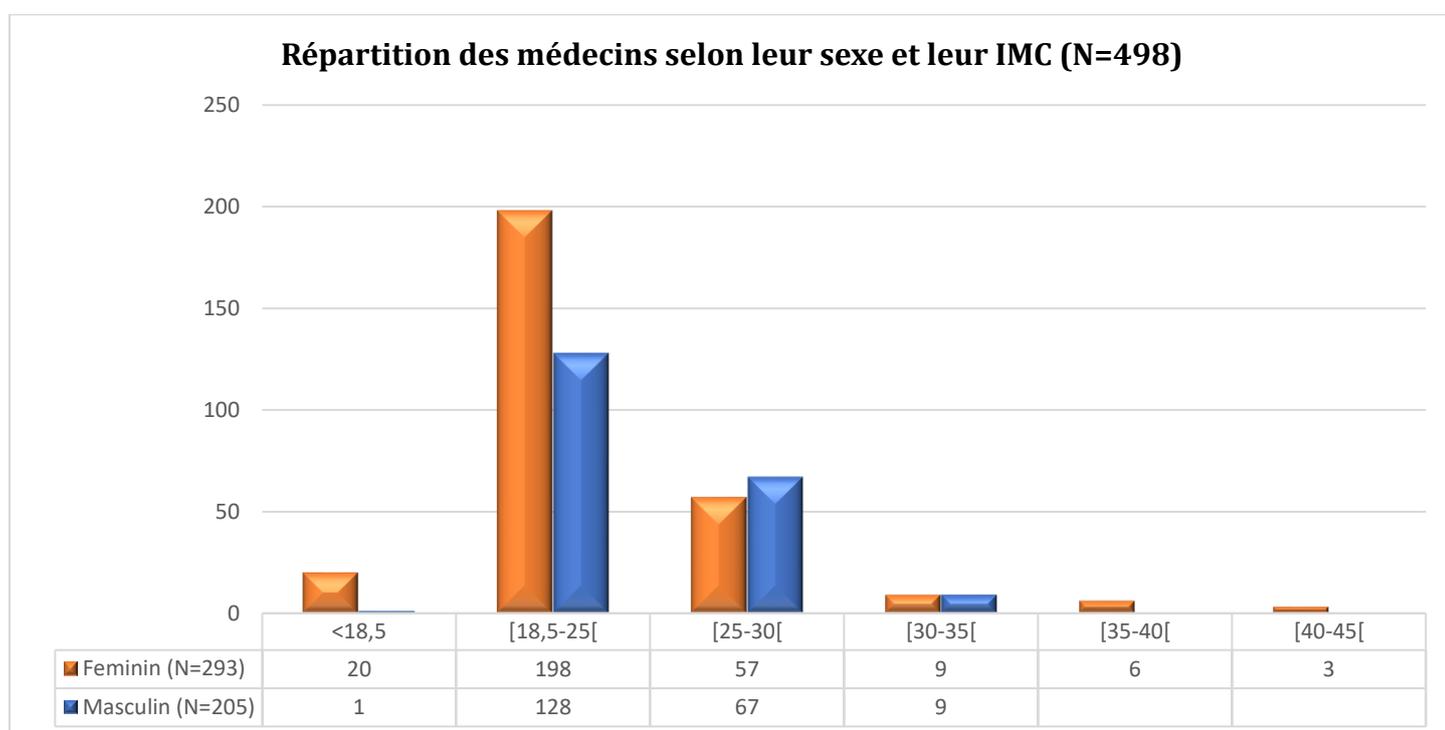


Figure 10 : Répartition des médecins en fonction du sexe et de leur IMC.

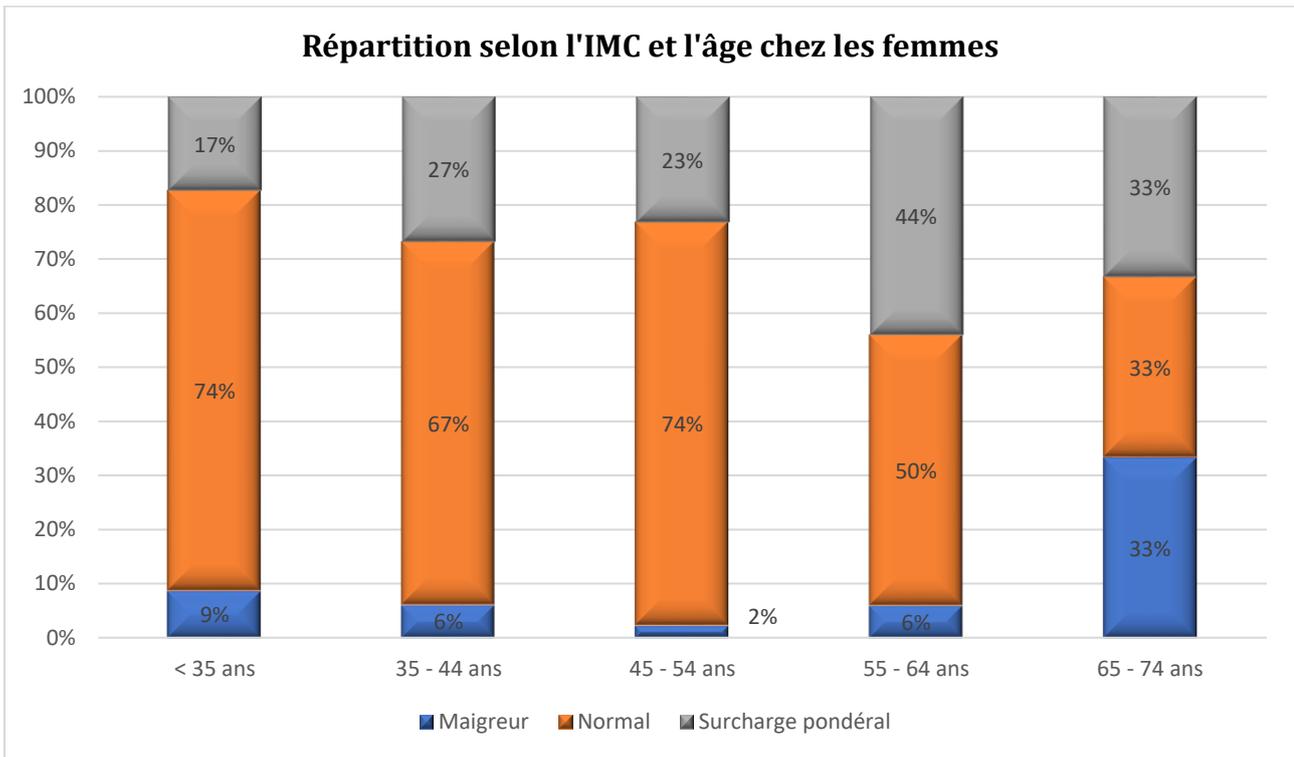


Figure 11 : Répartition selon l'IMC et l'âge chez les femmes

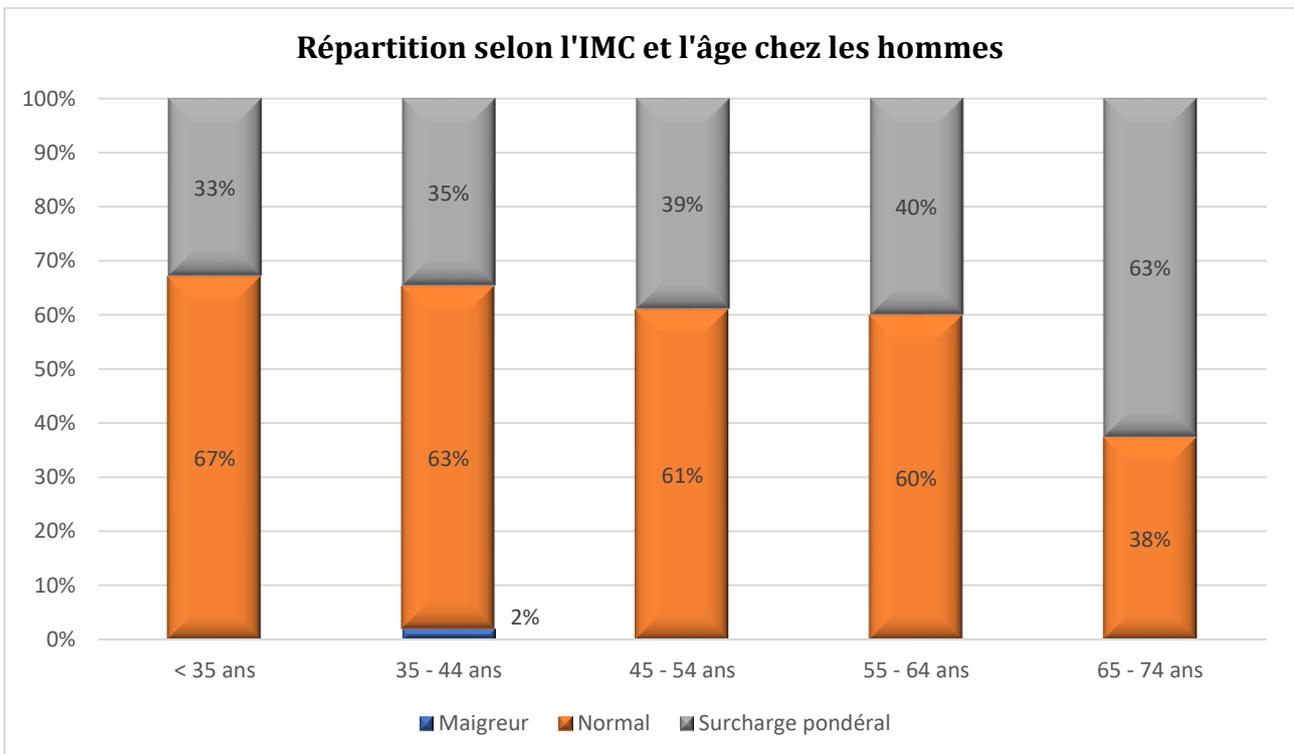


Figure 12 : Répartition selon l'IMC et l'âge chez les hommes

3. Le tabagisme

Au moment du questionnaire, 91 % des médecins se sont déclarés non-fumeur (N= 455). La prévalence du tabagisme est plus importante chez les hommes. Elle est de 12% (N=25) contre 6% (N=19) chez les femmes. (p = 0.036)

47% des fumeurs (N=22) le sont depuis plus de quinze années.

84 % (N= 38) des fumeurs présentaient une dépendance modérée à forte selon le test de Fagerström simplifié en deux questions (46).

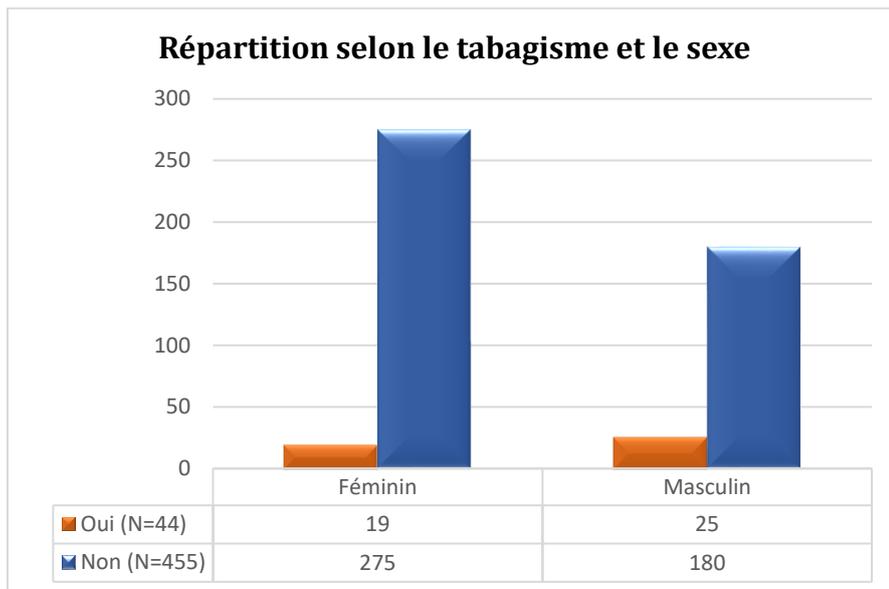


Figure 13 : Répartition du tabagisme actif chez les médecins hospitaliers selon le sexe.

4. La consommation d'alcool

Depuis janvier 2019, afin d'éviter les risques liés à la consommation d'alcool, les recommandations françaises fixent le seuil d'une consommation dite normale d'alcool à 10 verres standards par semaine, pas plus de 2 verres standards par jours, et avoir des jours sans consommation (47). Ces recommandations s'appliquent à un adulte et sont identiques chez les hommes comme chez les femmes. Il faut néanmoins exclure les femmes en projet ou en cours de grossesse, ou allaitante et certaines situations spécifiques.

a) Analyse selon l'Audit C

Nous avons interrogé les médecins sur leur consommation d'alcool à l'aide du questionnaire AUDIT-C (48). Ce test est destiné à l'identification du mésusage d'alcool. Il est composé de 3 questions. Les deux premières portent sur la fréquence et la quantité des consommations habituelles d'alcool et la dernière sur la fréquence des ivresses (consommations ≥ 6 verres). A chaque réponse est attribué un chiffre et la somme totale permet de définir un niveau de risque. Usuellement, un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage. Au vu des dernières recommandations françaises, nous utiliserons chez les hommes un seuil identique à celui des femmes (≥ 3).

- 10% des médecins déclare ne pas consommer d'alcool (N=51)
- 51% des médecins interrogés présentait un score au test Audit-C ≥ 3 devant faire évoquer un mésusage de l'alcool. Ils sont 60 % chez les hommes (N=124) contre 46% chez les femmes (N=135). (p= 0.001).
- Aucun des participants ne présentait un score ≥ 10 devant faire évoquer une dépendance à l'alcool.

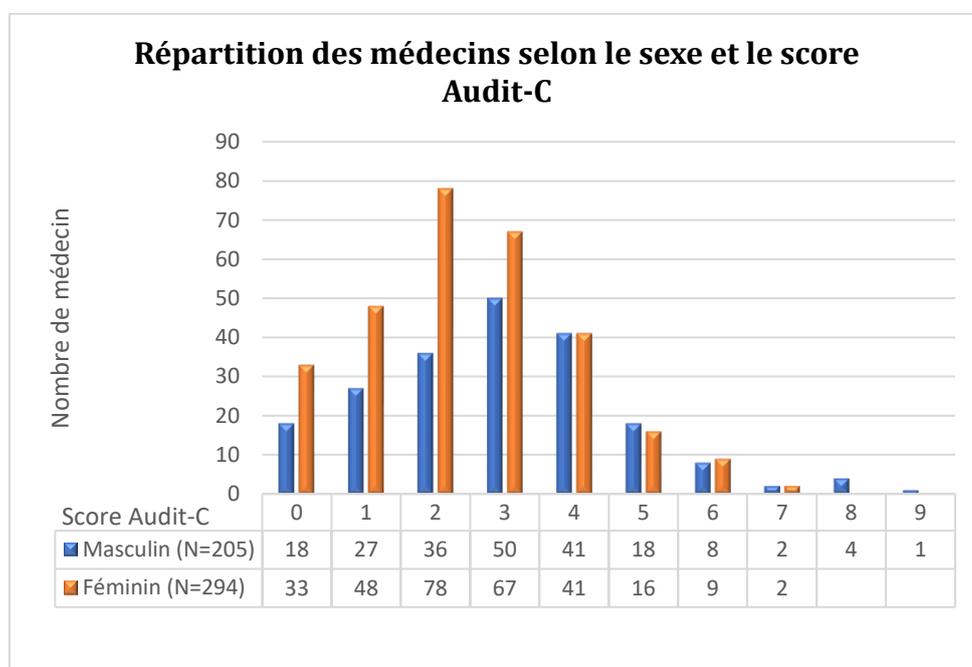


Figure 14 : Répartition des médecins selon le sexe et le score Audit-C

b) Analyse selon les profils d'alcoolisation

A partir de ces trois questions et selon la méthodologie proposée par Laure Com-Ruelle (49) en 2005 pour l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), nous avons réparti les médecins selon 3 à 6 profils d'alcoolisation. Ces profils correspondent aux :

- non-consommateurs
- consommateurs dit sans risques occasionnels et réguliers
- consommateurs dit à risques ponctuels, chroniques et avec dépendance.

L' **Annexe 6** reprend l'algorithme de classification utilisé par Laure Com-Ruelle. Nous avons encore une fois, choisi d'utiliser des seuils de consommation identiques entre les hommes et les femmes. Le questionnaire Audit-C ne nous permet pas d'évaluer précisément la consommation hebdomadaire. Afin de ne pas surestimer la consommation des médecins, nous avons gardé un seuil de 14 verres standards dans cet algorithme comme le préconise les recommandations OMS et non 10 verres standards comme on peut le retrouver dans les dernières recommandations françaises.

- 10% de non consommateur (N=51)
- Il y a 81.5% de consommateur sans risque. Parmi eux, les femmes sont 73% (N=177) à consommer de l'alcool occasionnellement contre 63% chez les hommes (N=104) ($p = 0.048$)
- 8.5% des consommateurs ont une consommation à risque et 4% le font de manière chronique (N=18).
- 1 homme présentait une consommation à risque avec dépendance non repéré par le test Audit-C.

Répartition des médecins selon leur sexe et leur profil de consommation d'alcool

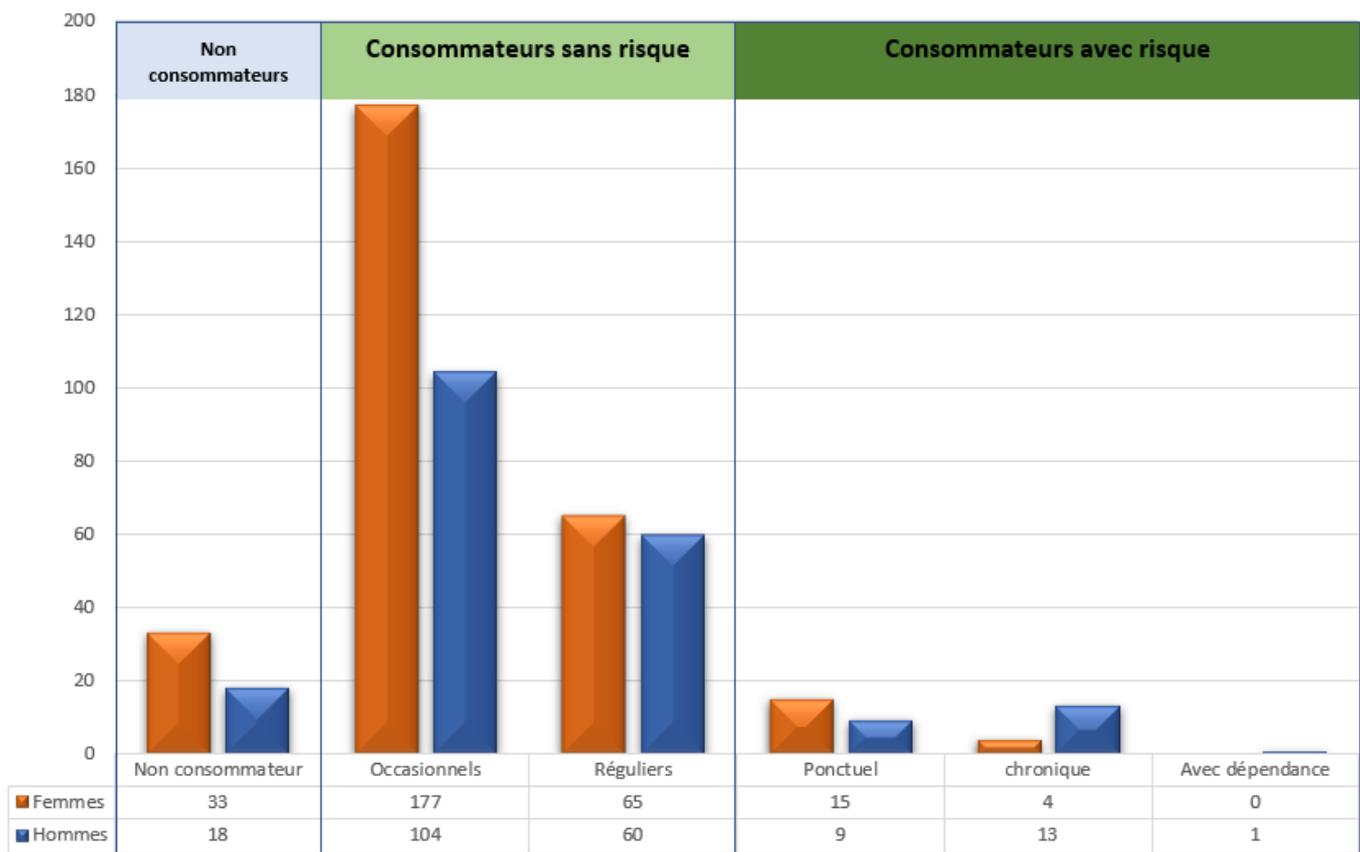


Figure 15 : Répartition des médecins selon leur sexe et leur profil de consommation d'alcool.

5. Le bien être

Les médecins devaient définir leur niveau de bien-être moyen sur une échelle de 0 à 10 de manière générale et au travail au cours des semaines précédentes.

- 17% des médecins (N=84) déclare un score de bien-être de manière générale $\leq 5 / 10$ et 42 % un score $\geq 8/10$ (N= 208)
- 36 % des médecins (N= 178) déclare un score de bien-être au travail $\leq 5 / 10$ et seulement 24% (N=119) un score $\geq 8/10$.
- La déclaration d'un niveau de bien être $\leq 5 / 10$ est sensiblement plus importante au travail que dans la vie de manière générale. (p= 1.5E-11)
- Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes
- Les médecins en situation de surcharge pondérale (IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$) sont 42% à déclarer un score de bien-être au travail $\leq 5 / 10$ (N= 64) contre 32,6 % des médecins dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m^2 (N= 114) (p=0.03). On ne retrouvait pas de différence significative selon l'IMC et le score de bien-être dit « général » au cours des dernières semaines.

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins en en situation de surcharge pondérale et ceux qui ne le sont pas (20% contre 16%)

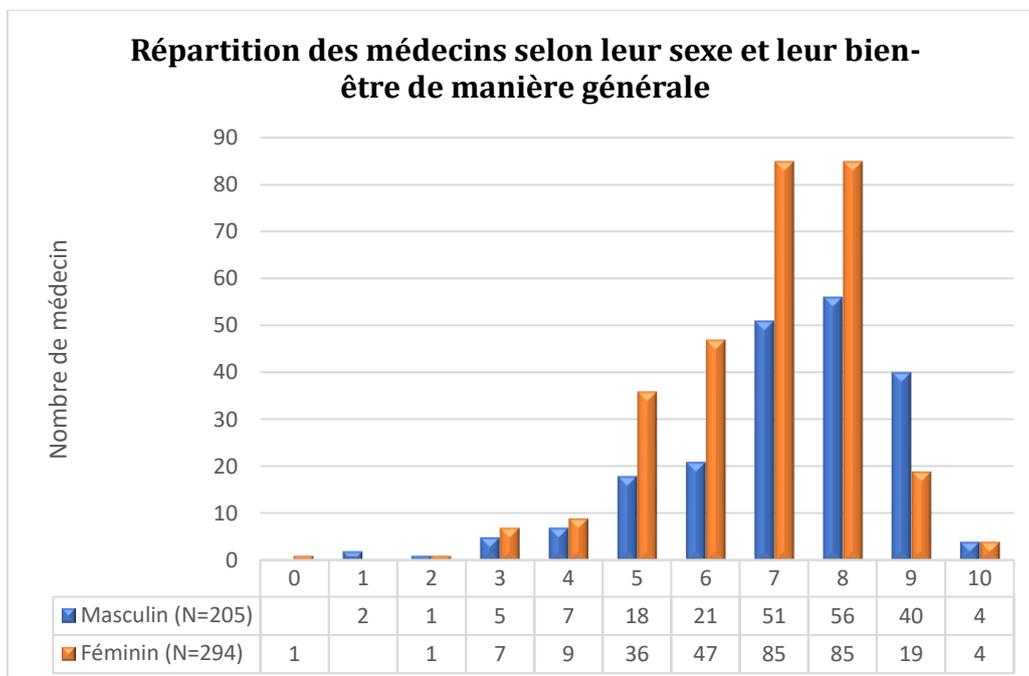


Figure 16 : Répartition des médecins selon leur sexe et leur bien-être de manière générale

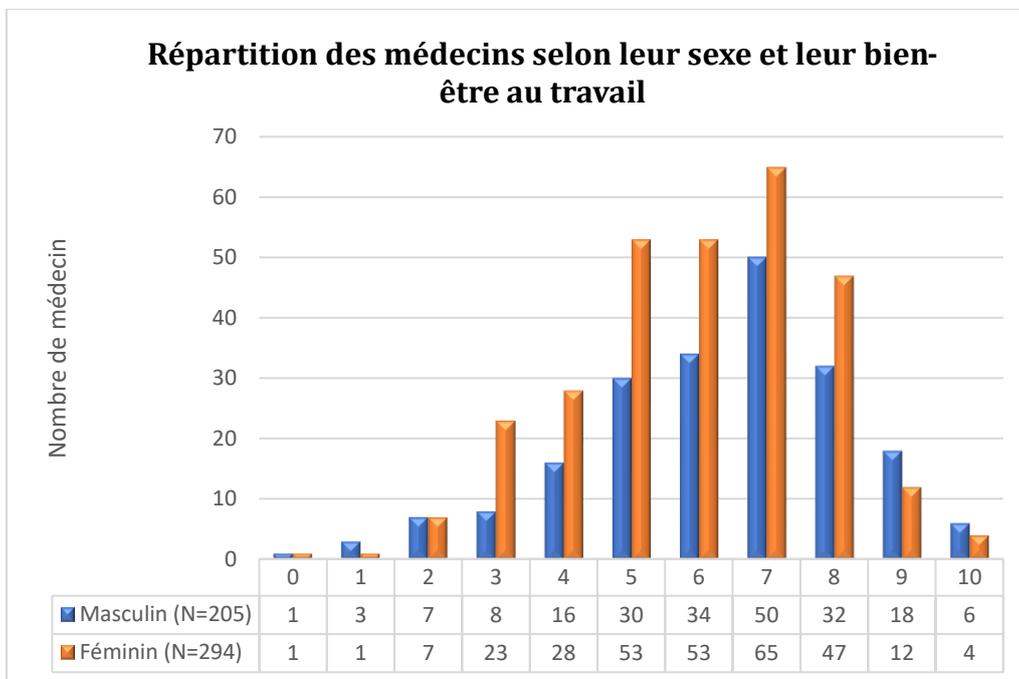


Figure 17 : Répartition des médecins selon leur sexe et leur bien-être au travail

6. Etat des lieux des vaccinations

Concernant les vaccinations :

- 93 % des médecins se déclaraient à jours de leur vaccination DTPCa et Hépatite B.
- 87% des médecins déclaraient se vacciner habituellement contre la grippe.
- 81% des médecins se déclaraient à jours de leur vaccination ROR. Ils sont 95% chez les moins de 40 ans et seulement 65% chez les plus de 40 ans. ($p=1.4 \text{ E-}20$)
- il n'y avait pas de différence significative entre les sexes.

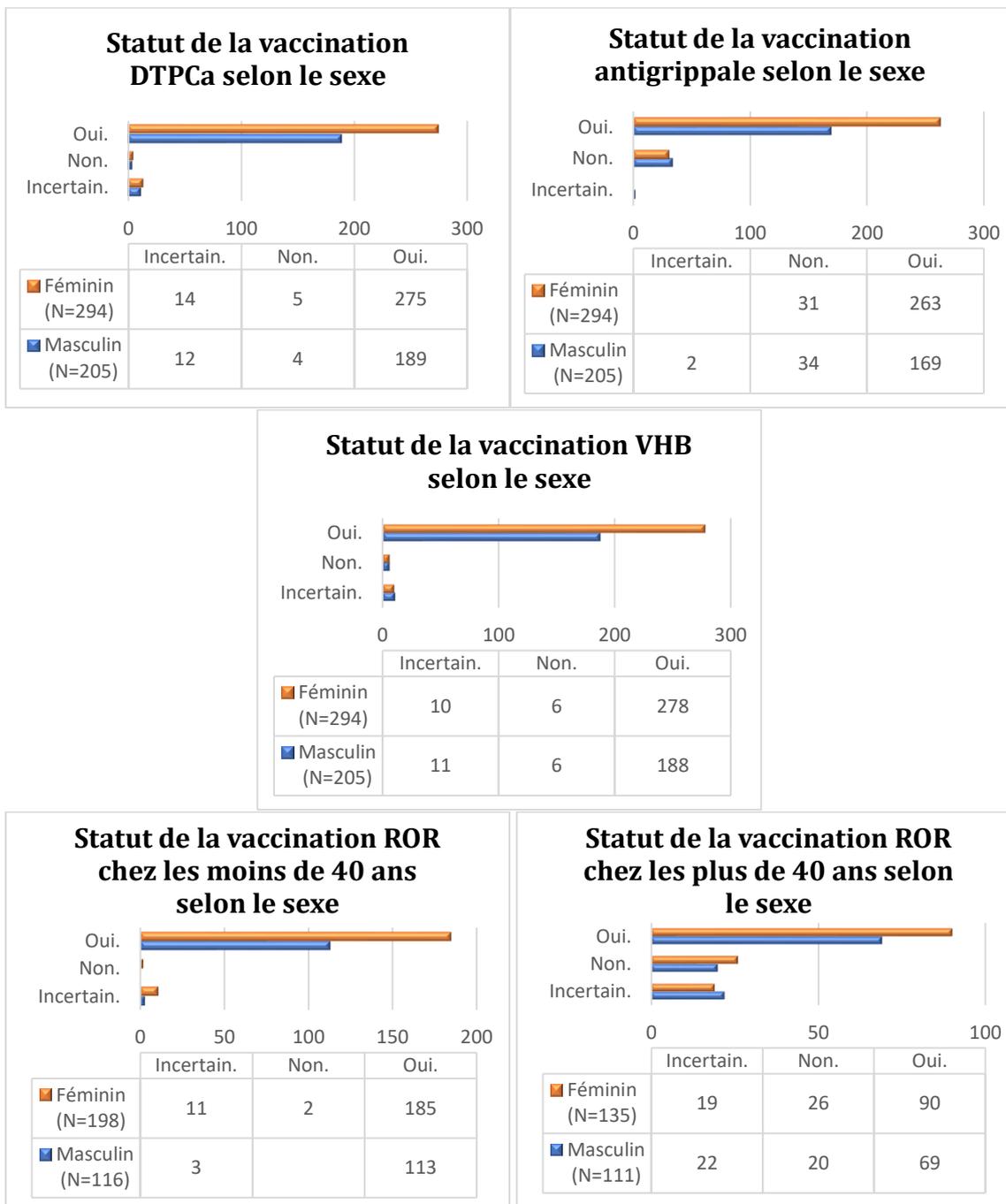


Figure 18 : Statut des vaccinations selon le sexe

D. Le cancer du sein

Les femmes de plus de 50 ans et sans antécédent de cancer du sein personnel ou familial au 1^{er} degré sont la cible de la campagne nationale de dépistage organisée du cancer du sein. Une mammographie leur est proposée tous les deux ans dans le cadre de ce dépistage. Afin d'étudier l'adhérence des femmes de notre étude vis-à-vis de la mammographie, nous avons choisi un délai inférieur à 3 ans pour dire si oui ou non elles se font dépister. Nous souhaitons tenir compte l'augmentation des délais de rendez-vous lié au contexte sanitaire sur les structures de soin (50).

1. Participation

Dans notre enquête, 70 femmes de 50 ans et plus ont répondu au questionnaire, et 83% d'entre elles ne présentaient pas d'antécédent personnel ou familial (au 1^{er} degré) de cancer du sein (N=58).

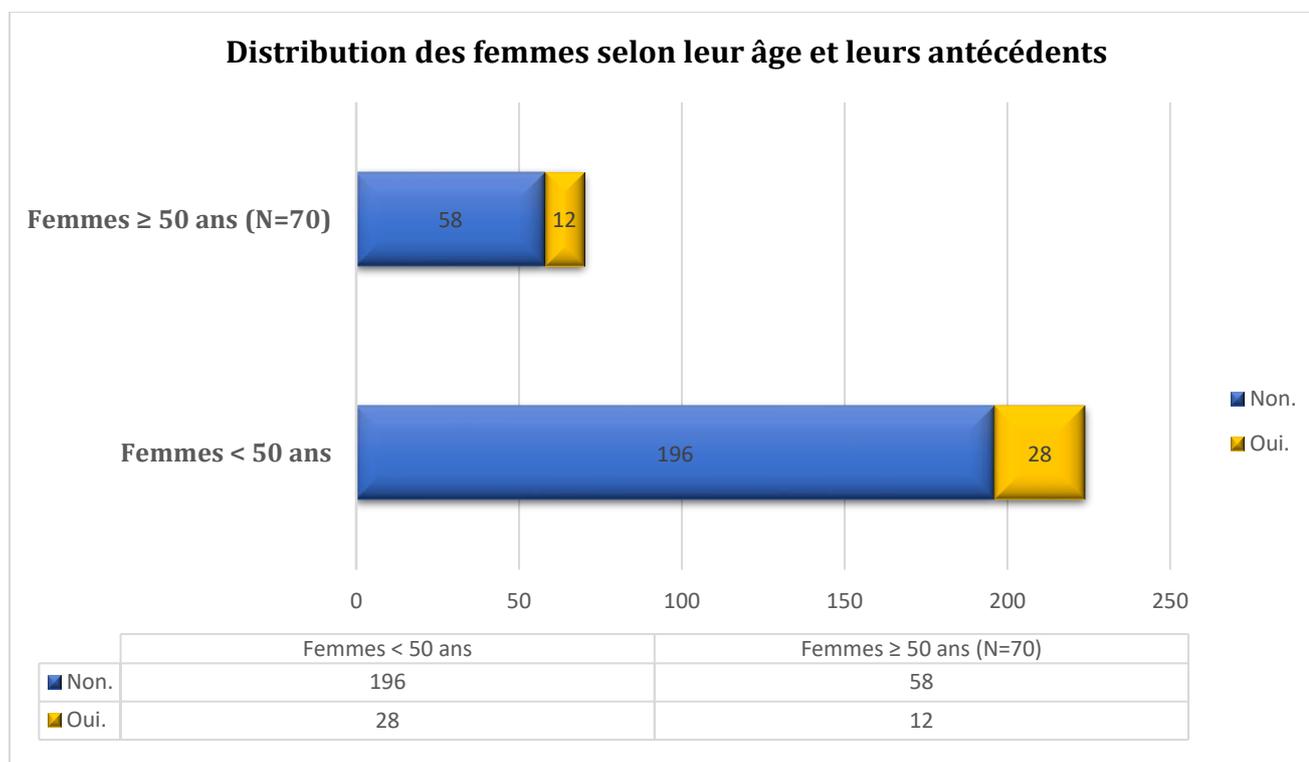


Figure 19 : Distribution des femmes selon leur âge et leurs antécédents

Les femmes cibles de la campagne de dépistage orientée du cancer du sein ont répondu à 81% avoir réalisé une mammographie il y a moins de 3 ans. Il n'y a pas de différence significative de participation selon la déclaration ou non d'un confrère ou d'une consœur comme médecin traitant.

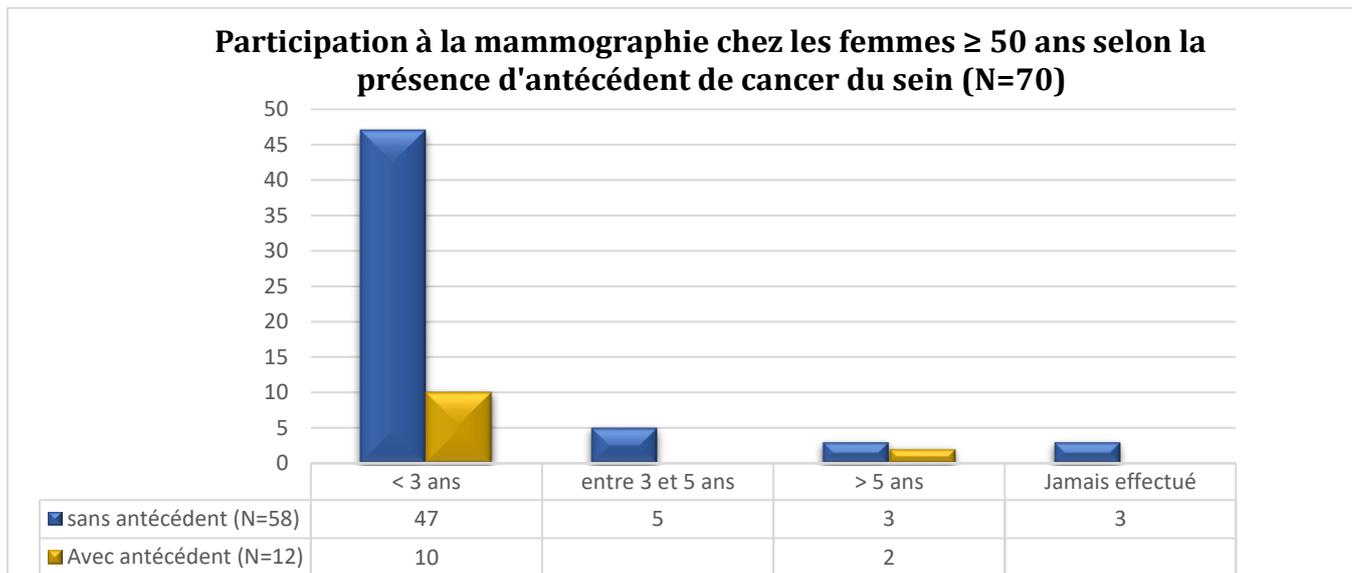


Figure 20 : Réalisation de la mammographie chez les femmes ≥ 50 ans selon l'existence d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein

2. Difficultés

24 % des femmes âgées de 50 à 74 ans déclarent avoir des difficultés à réaliser leur mammographie de dépistage (N=17). Chez les 17 femmes ayant exprimé des difficultés, 58% ont déclaré manquer de temps pour réaliser une mammographie.

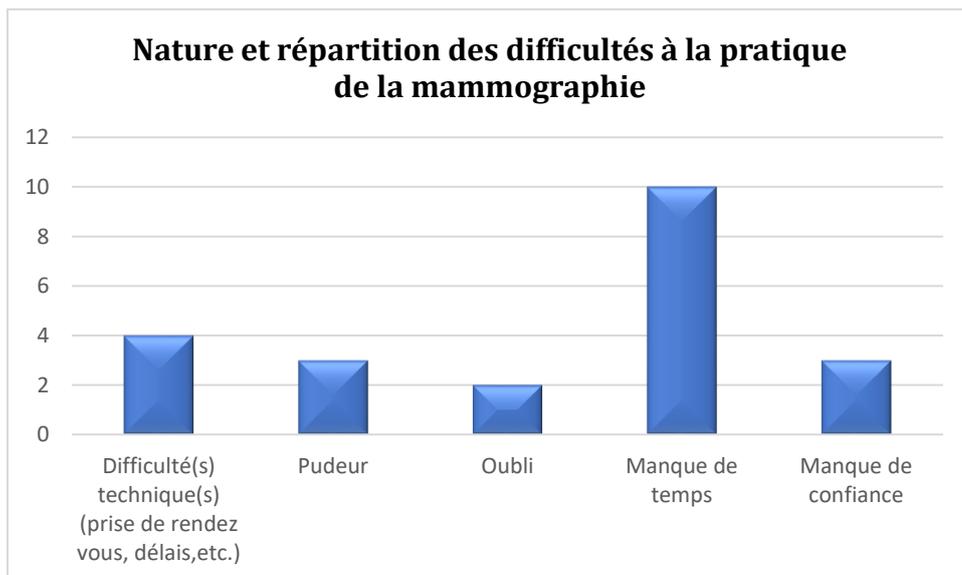


Figure 21 : Nature et répartition des difficultés à la pratique de la mammographie

E. Le cancer du col de l'utérus.

Depuis mai 2018, le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) s'appuie sur un programme national de dépistage organisé (PNDO). Il s'adresse à toutes les femmes entre 25 et 65 ans. Les femmes non dépistées selon le rythme recommandé reçoivent du centre régional de coordination des dépistages des cancers un courrier les invitant à réaliser un dépistage, remboursé à 100 %. (51)

- Pour les femmes entre 25 et 29 ans : le test de dépistage est réalisé par examen cytologique tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.
- Pour les femmes de 30 ans à 65 ans : depuis 2019, la HAS recommande que le test HPV, plus efficace pour ces femmes, remplace l'examen cytologique. Le test HPV est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif. Ce test HPV est remboursé à 70 % par l'assurance maladie, en dehors du PNDO.

Dans notre étude une femme fait partie de la tranche d'âge [65-69], afin de clarifier la présentation des résultats et au vu de la taille de notre échantillon, nous l'avons exclu des calculs.

1. Participation

Chez les 289 femmes médecins âgées de 25 à 64 ans,

- 88% déclaraient participer au dépistage du cancer du col de l'utérus (N=255). Les femmes des tranches d'âge [25-29] ans et [60-64] ans participent le moins au dépistage du cancer du col de l'utérus avec 75% de participation contre 92% pour le reste des femmes ($p=0.0005$). (Figure 22)
- 76 % déclarent avoir réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus il y a moins de 3 ans (N=220). 29 femmes ont déclaré l'avoir réalisé entre 3 et 5 ans, parmi elles, 2 femmes de plus de 30 ans l'ont fait par un test HPV. (Figure 23). Il n'y a pas de différence significative de déclaration entre les femmes qui ont déclaré un confrère ou une consœur en tant que médecin traitant et celle qui ne l'ont pas fait (respectivement 78% (N=130) contre 73 % (N=90) ont réalisé un test il y a moins de 3 ans). Il n'y a pas de différence significative de participation entre les femmes spécialisées en gynécologie-obstétrique ou gynécologie médicale et leurs consœurs.

Taux de participation par tranche d'âge du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 64 ans (N=289)

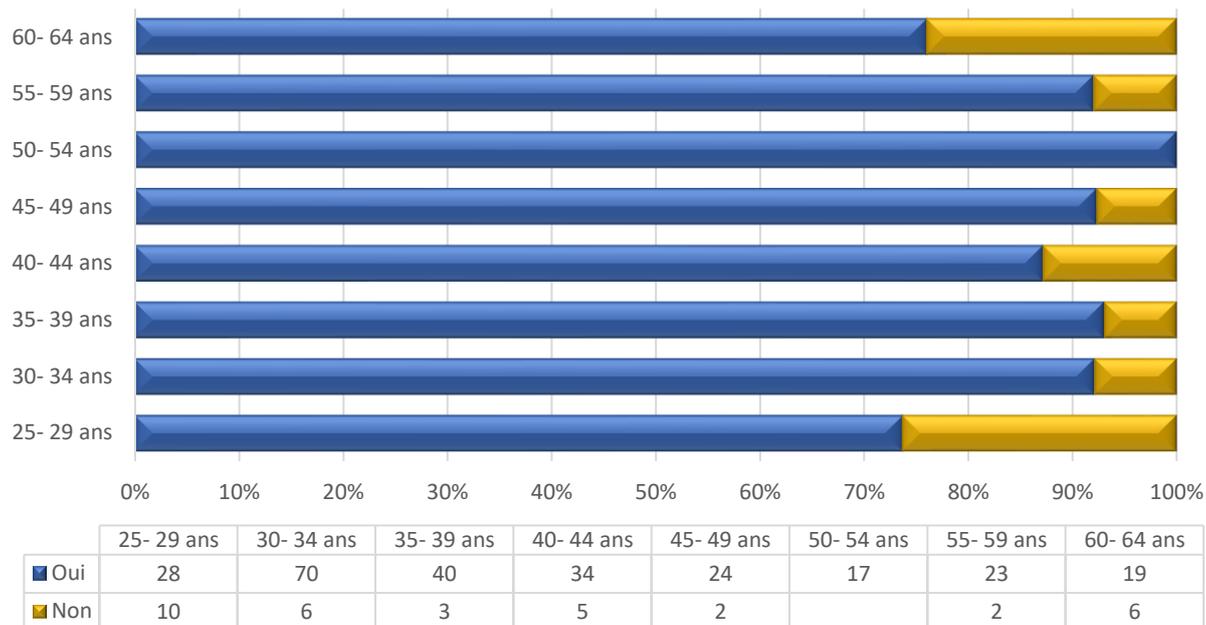


Figure 22 : Taux de participation par tranche d'âge du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 64 ans.

TAUX DE PARTICIPATION DES FEMMES DE 25 À 64 ANS EN FONCTION DE LA DATE DU DERNIER TEST DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (N=289)

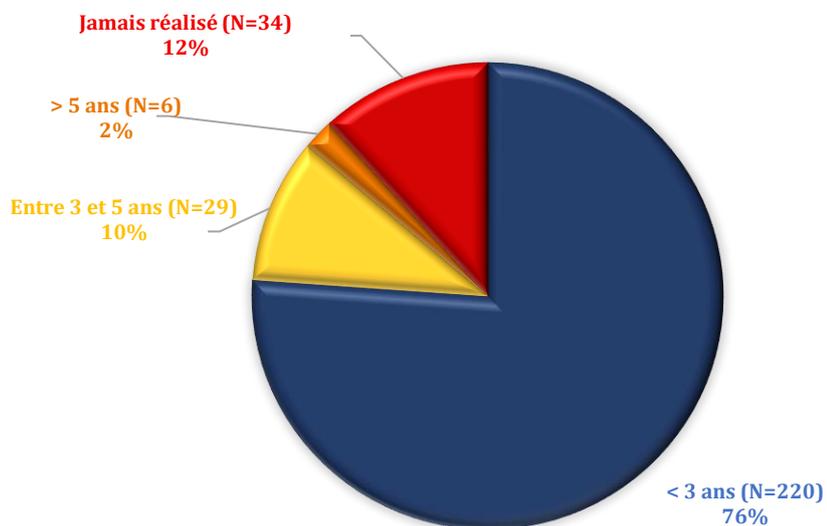


Figure 23 : Taux de participation des femmes de 25 à 65 ans en fonction de la date du dernier test de dépistage du cancer du col de l'utérus (N=289).

2. Test(s) réalisé(s)

Le Frottis cervico-utérin (FCU) était réalisé dans 95% des cas. La pratique du FCU par tranche d'âge est superposable à la participation par tranche d'âge du dépistage du cancer du col de l'utérus en (Figure 22)

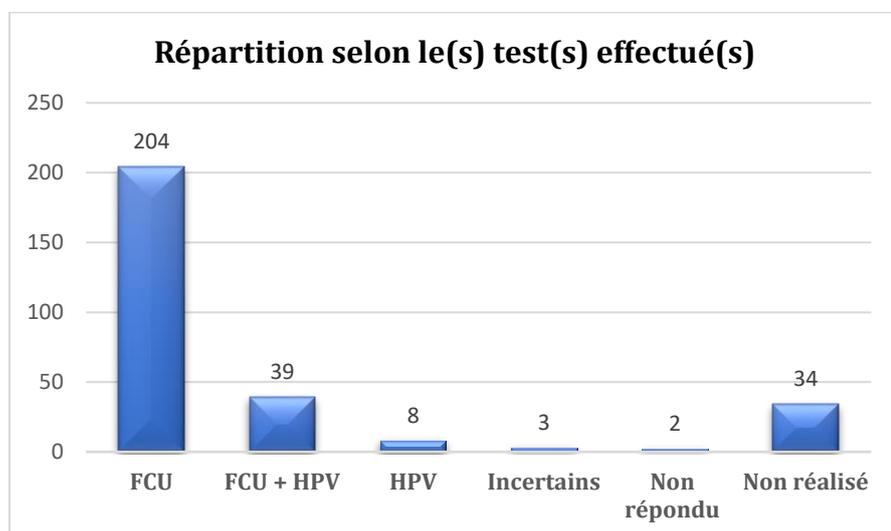


Figure 24 : Répartition selon le(s) test(s) effectué(s)

En ce qui concerne le test HPV, seulement 17 % des femmes de plus de 30 ans (N=43) déclarait l'avoir pratiqué. (Figure 25)

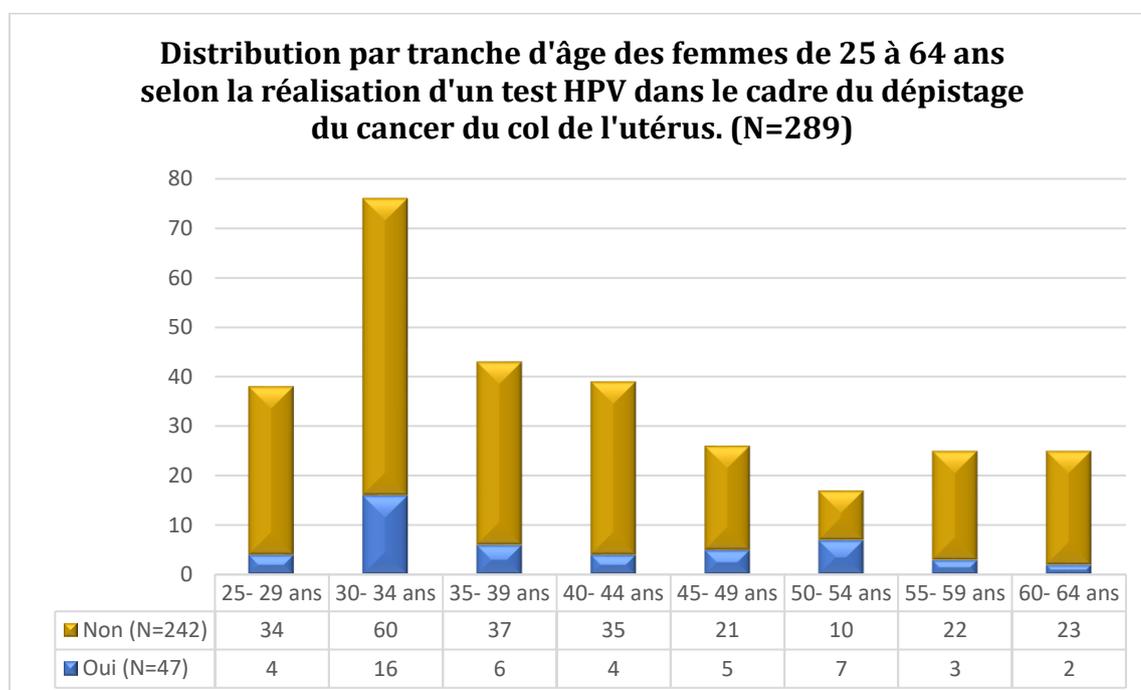


Figure 25 : Distribution par tranche d'âge des femmes de 25 à 65 ans selon la réalisation d'un test HPV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus

3. Difficultés

32% des femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus déclarait des difficultés à le réaliser (N=93).

Le manque de temps constituait la difficulté la plus fréquente à la réalisation de ce dépistage, il était retrouvé chez 62% des femmes présentant des difficultés (N= 58), vient ensuite les difficultés techniques et l'oubli.

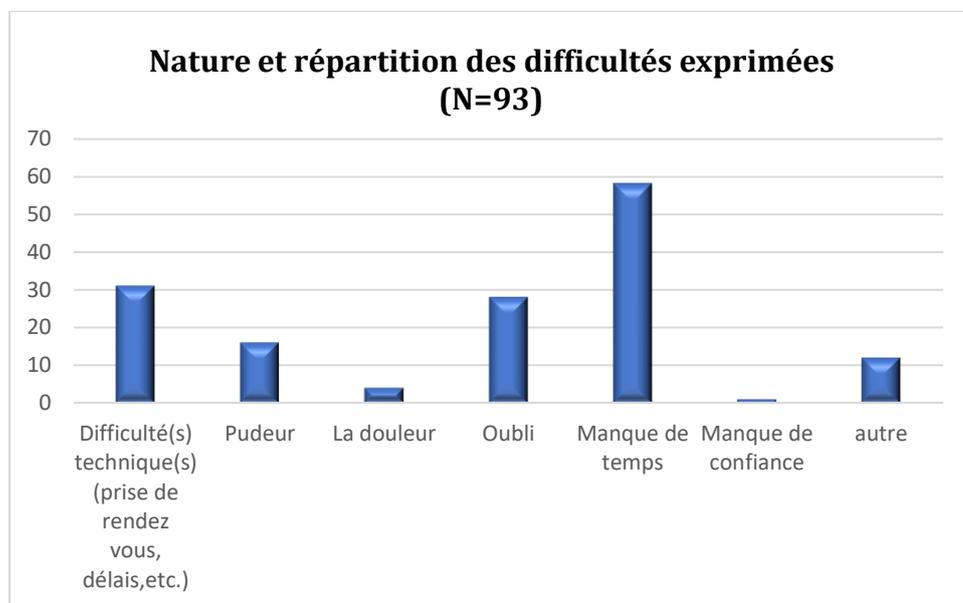


Figure 26 : Nature et répartition des difficultés exprimées (N=93)

F. Le cancer Colorectal

En France, la stratégie de dépistage du cancer colorectal (CCR) se détermine selon trois niveaux de risque (moyen, élevé ou très élevé). À chaque niveau correspondent des recommandations adaptées de dépistage et de suivi (52). (Annexe 7)

Les personnes à risque moyen de CCR sont les hommes et les femmes de plus de 50 ans sans antécédent personnel de maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou personnel et/ou familial de polype ou de cancer colorectal. Si le test revient positif, une coloscopie est proposée. Chez les personnes à risque élevé ou très élevé de CCR, la coloscopie est recommandée en 1^{ère} intention. (Cf. Annexe 7)

Depuis 2015, le dépistage national organisé pour les personnes à risque modéré repose sur la réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles. Les tests Hemocult II (ou test au gaïac) ne sont plus réalisés depuis février 2021. Nous n'effectuerons pas de différence entre les deux tests.

Comme nous l'avons fait pour le cancer du sein, nous avons choisi d'étudier la réalisation d'un test de dépistage dans les 3 dernières années afin de tenir compte du contexte COVID sur les soins.

Remarque

Les 107 premiers questionnaires reçus comportaient une erreur de filtre conditionnel sur les questions « avez-vous déjà réalisé une coloscopie » et « avez-vous déjà effectué le dépistage du cancer colorectal par un test Hemocult ». Les questions étaient affichées pour les personnes âgées de > 50 ans ET ayant un antécédent de maladie inflammatoire chronique ou de cancer colorectal personnel et/ou familiale. Nous avons pu malgré tout corriger cette erreur et remplacer « ET » par « ET/OU » dans les questionnaires suivants.

Afin d'homogénéiser les réponses de cette partie, ces questionnaires ont été exclus de l'analyse statistique.

Ainsi parmi les 142 personnes dont l'âge est compris entre 50 et 75 ans, 36 ont été exclus des analyses statistiques pour cette partie. Cela correspond à une réduction de 25.4% de notre effectif. Il n'y a pas de différence significative dans la répartition des sexes entre l'effectif initial et l'effectif final.

1. Les antécédents personnels ou familiaux

83% de notre échantillon n'avait pas d'antécédent de cancer colorectal personnel ou familiaux au 1^{er} degré et sont dit à risque moyen de CCR (N=88). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

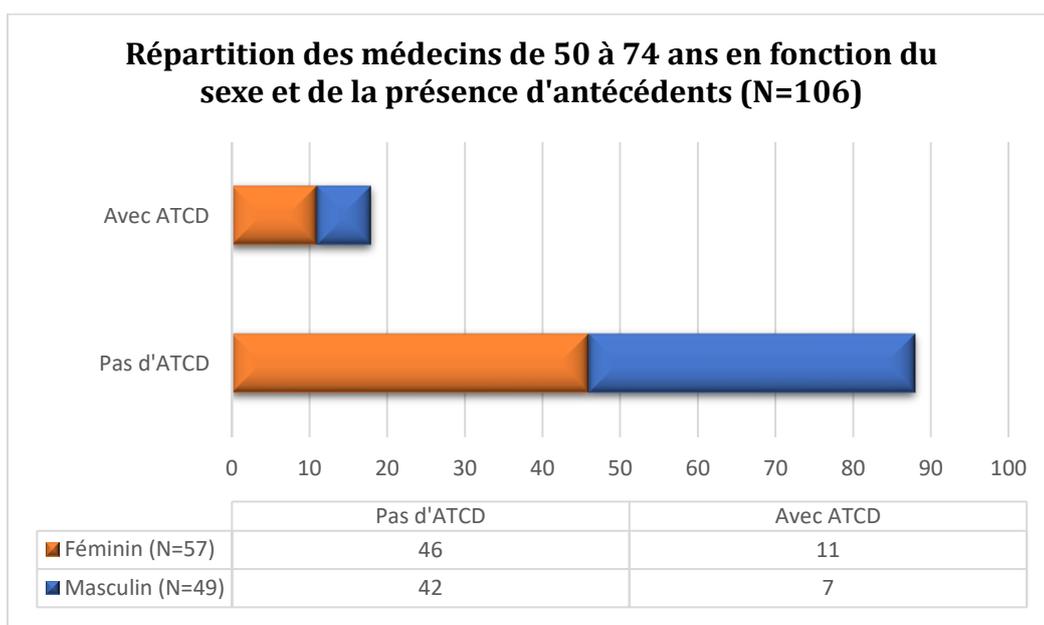


Figure 27 : Répartition des médecins de 50 à 74 ans en fonction du sexe et de la présence d'antécédents (N=106)

2. Pratique du test de recherche de sang occulte dans les selles

Seulement 44% des médecins à risque moyen de CCR ont réalisé un test de dépistage par recherche de sang occulte dans les selles il y a moins de 3 ans. (N=39). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

Parmi les médecins à risque moyen, ceux qui ont déclaré un confrère comme médecin traitant (N=35) n'était que 28.6% (N=10) à ne pas avoir participé au dépistage du CCR contre 60% (N=33) chez ceux n'ayant pas déclaré de confrère comme médecin traitant (N=55) (p= 0.002)

La participation au dépistage du CCR chez les médecins spécialistes en chirurgie digestive et hépatogastro-entérologie n'est pas meilleure que chez leurs confrères, seulement 28.5% y participent (N=2). La différence n'est pas significative.

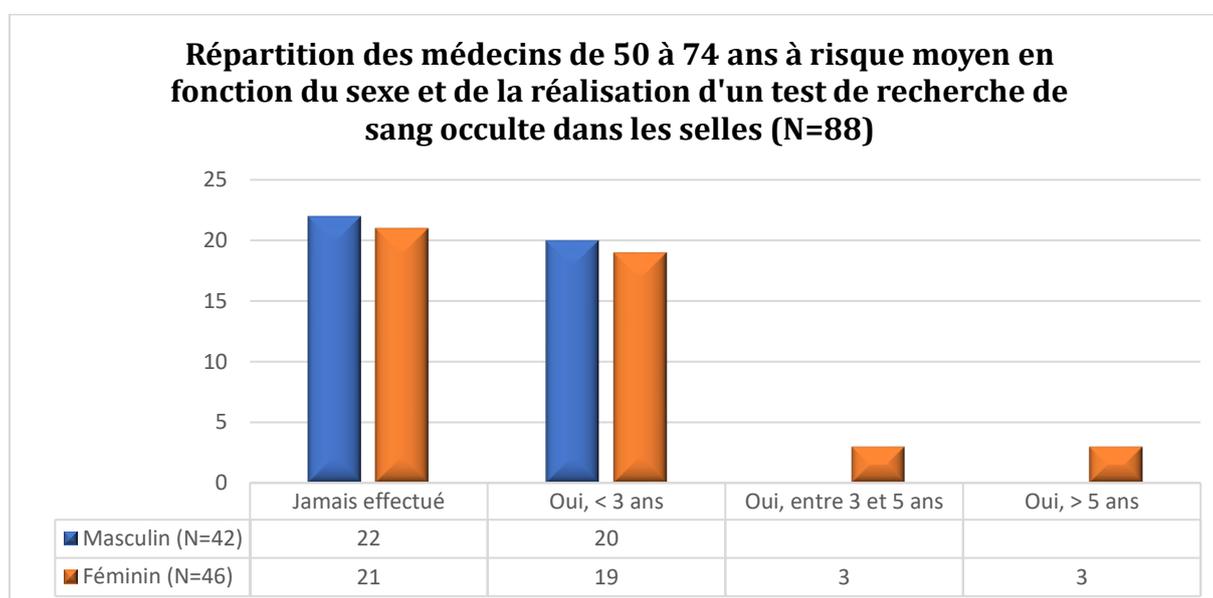


Figure 28 : Répartition des médecins de 50 à 74 ans à risque moyen en fonction du sexe et de la réalisation d'un test de dépistage du CCR (N=88)

3. La coloscopie

Parmi les médecins à risque moyen éligibles au dépistage organisé du cancer colorectal :

- 24% ont réalisé une coloscopie (N=21). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.
- 9% ont réalisé une coloscopie sans avoir réalisé de test de dépistage du cancer colorectal (N=8).
- Il n'y a pas de différence significative de pratique chez les médecins spécialisés en chirurgie digestive ou hépatogastro-entérologie.

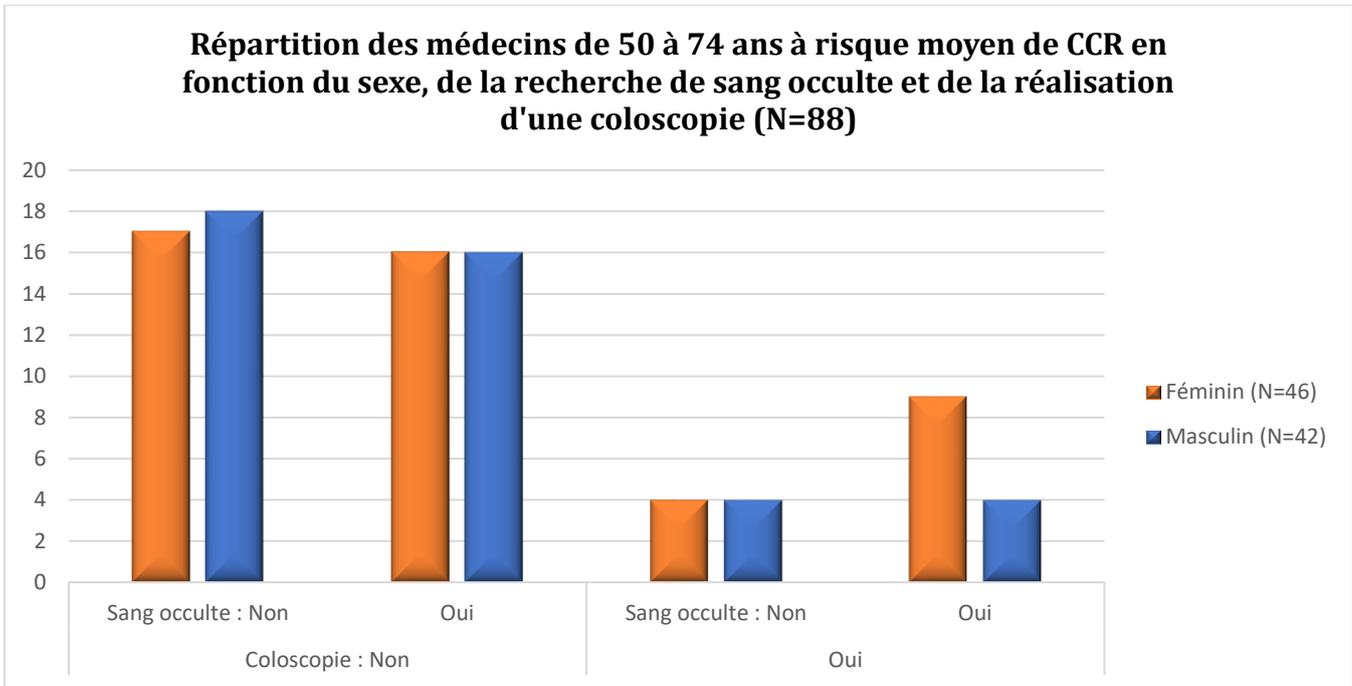


Figure 29 : Répartition des médecins de 50 à 74 ans à risque moyen de CCR en fonction du sexe et de la réalisation d'une coloscopie (N=88)

Parmi ceux à risque élevé ou très élevé de CCR, 49 % ont réalisé une coloscopie dans le cadre du dépistage individualisé du CCR (N=21). Ce taux monte à 77% chez les 50 ans et plus (N=14).

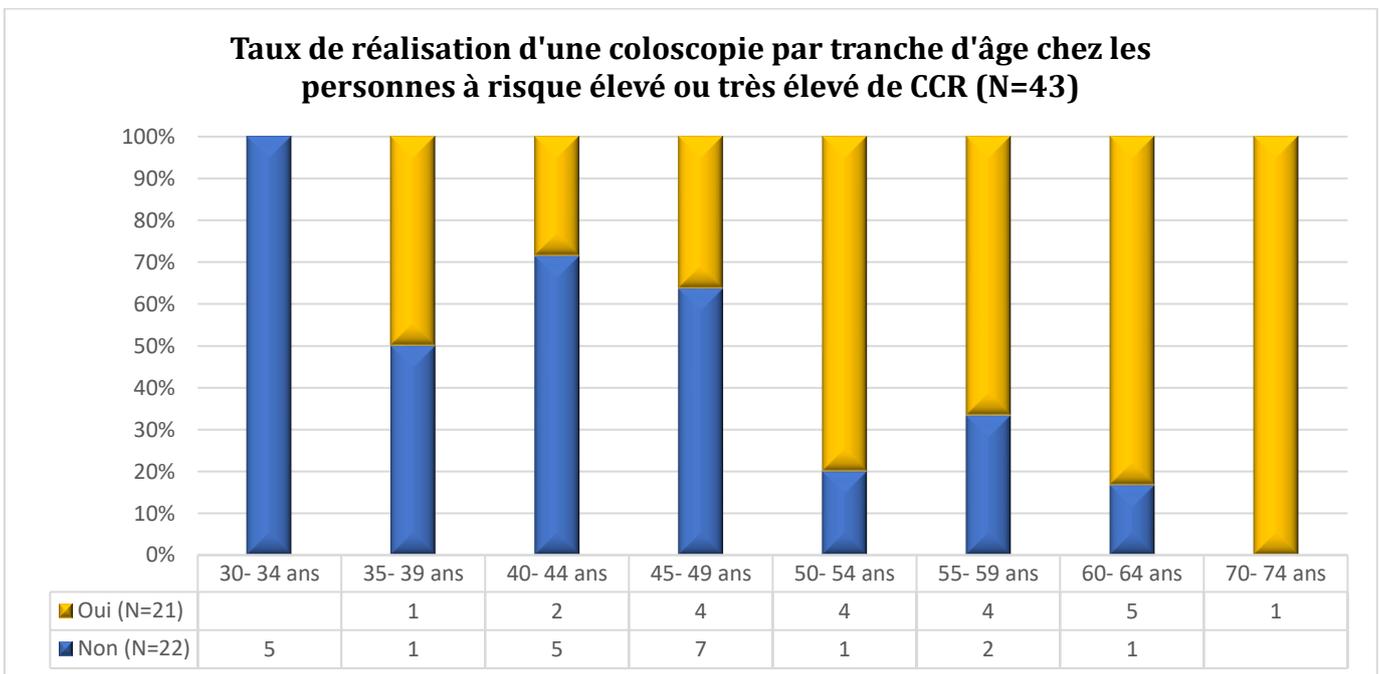


Figure 30 : Taux de réalisation d'une coloscopie par tranche d'âge chez les personnes à risque élevé ou très élevé de CCR (N=43)

4. Difficultés

56% des médecins sans antécédent déclarent des difficultés à réaliser le test de recherche de sang occulte dans les selles (N=49). Il n'y a pas de différence significative entre les sexes. Chez les médecins ayant déclaré un confrère comme médecin traitant 60% (N=21) déclarent ne pas présenter de difficulté contre 40% chez ceux qui ne l'ont pas fait (N=21). La différence n'est pas significative ($p=0.08$)

Chez les 49 médecins ayant exprimé des difficultés, le manque de temps et l'oubli étaient exprimés respectivement chez 29% et 35% d'entre eux. Parmi les autres difficultés exprimées, certains précisaient bénéficier d'un suivi par coloscopie, d'autres précisaient ne pas y participer faute d'accès au test.

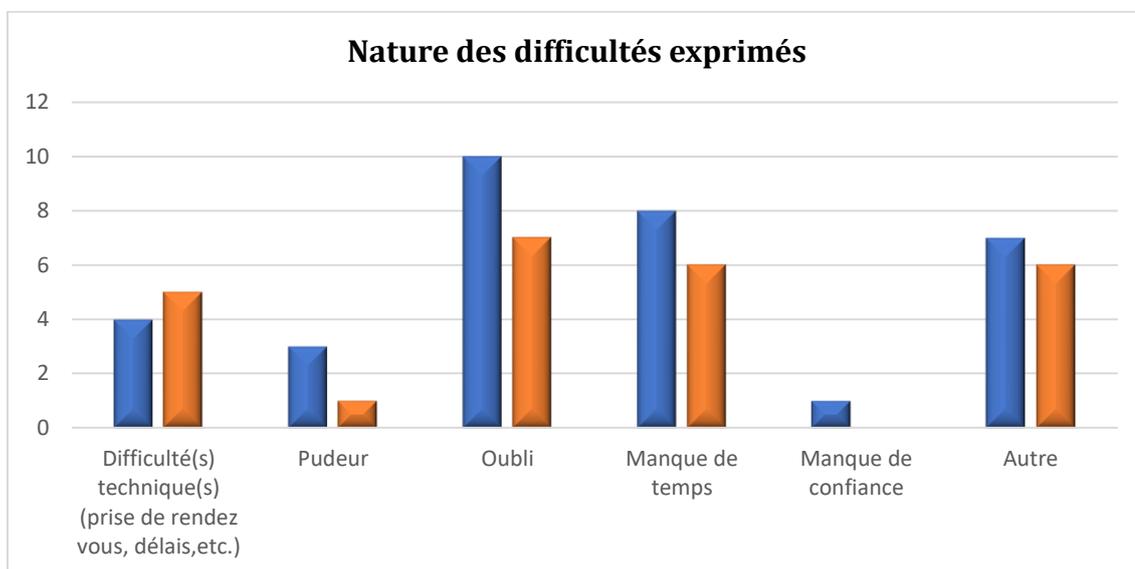


Figure 31 : Nature des difficultés à la réalisation du dépistage de sang occulte dans les selles chez les médecins à risque moyen de CCR

G. Autres actes de prévention et de dépistage.

1. Surveillance pression artérielle

Les recommandations EVIPREV et de l'USPSTF suggèrent la prise de la pression artérielle une fois tous les 3 à 5 ans jusqu'à 40 ans en l'absence de facteur de risque, puis une fois par an au-delà (19). La société européenne de cardiologie recommande chez l'adulte le dépistage de la pression artérielle au moins tous les 5 ans et chaque fois que l'occasion se présente. Elle recommande chez les patients dont la pression artérielle se situe entre (120-129/80-84) mmHg un contrôle au moins une fois tous les 3 ans et chez ceux dont la pression se situe (130-139/85-89) mmHg un contrôle annuel. (54). Une revue systématique de la littérature publiée en 2020 ne retrouvait pas de donnée probante permettant de conclure sur l'efficacité des différentes stratégies de dépistage (massive, ciblée ou opportuniste) sur la morbidité et la mortalité associée à l'hypertension (55).

Nous avons choisi d'étudier la fréquence de la prise de la pression artérielle sur deux groupes, les médecins de moins de 40 ans et les 40 ans ou plus.

Chez les médecins ≥ 40 ans (N=246) :

- 88% ont contrôlé leur pression artérielle dans les 5 dernières années. (N=221)
- 59% déclarent prendre leur pression artérielle au moins une fois par an. (N=146)
- 10% des hommes (N=15) et 16% des femmes (N=14) déclarent ne pas avoir contrôler leur pression artérielle ces 5 dernières années.
- Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

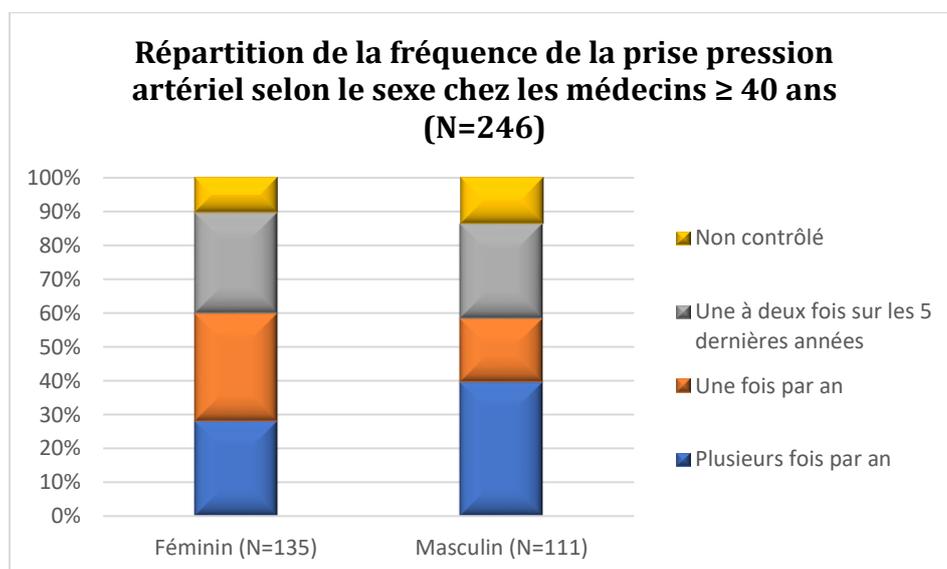


Figure 32 : Répartition de la fréquence de la prise tensionnel selon le sexe chez les médecins ≥ 40 ans (N=246)

Chez les médecins de moins de 40 ans :

- 34% des hommes (N=32) et 15% des femmes (N=25) déclarent ne pas avoir contrôlé leur pression artérielle dans les cinq dernières années. (p= 0.001).

Les médecins de ≥ 40 ans contrôlent plus souvent leur pression artérielle que leurs confrères de moins de 40 ans. (p=0.002).

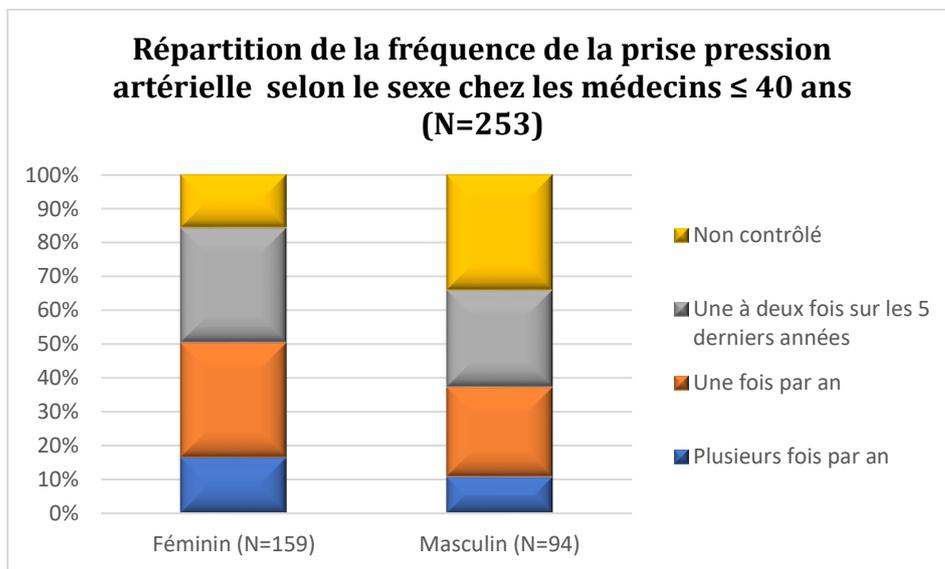


Figure 33 : Répartition de la fréquence de la prise tensionnel selon le sexe chez les médecins ≤ 40 ans (N=253)

2. Vaccination COVID

88% des médecins ont exprimé au moment du questionnaire s'être fait ou avoir l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

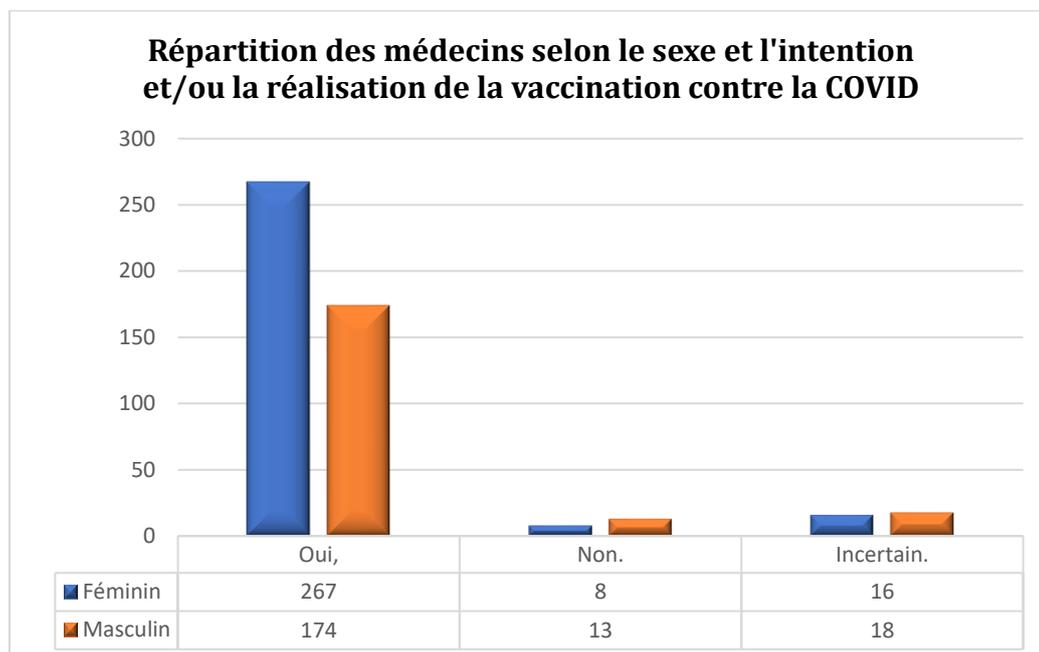


Figure 34 : Répartition des médecins selon le sexe et l'intention et/ou la réalisation de la vaccination contre la COVID

3. Dépistage du cancer pulmonaire

Les recommandations EVIPREV suggèrent un dépistage annuel du cancer pulmonaire par un scanner thoracique low-dose à partir de 55 ans chez les fumeurs avec un tabagisme à 30 paquet-années (PA) ou plus et chez ceux ayant arrêté dans les quinze dernières années. L'USPSTF le recommande à partir de 50 ans et 20PA ou plus (56). Il n'est pas recommandé à ce jour en France.

Parmi les 106 répondant de 55 ans et plus, 13 personnes étaient fumeurs. 2 hommes avaient une consommation tabagique ≥ 25 PA et étaient concernés par la question du dépistage du cancer du poumon par TDM thoracique. Un des deux hommes l'a réalisé, l'autre non. La population de ce groupe est insuffisante pour émettre des conclusions à ce sujet.

4. Cancer de la Prostate

La stratégie de dépistage du cancer de la prostate repose en France sur une stratégie de dépistage individuel selon la présence de symptôme. La HAS préconise de ne pas réaliser un dépistage ciblé chez les patients asymptomatique de plus de 50 ans avec ou sans facteur de risque de cancer de la prostate (57). Les nouvelles recommandations de 2021 de l'Association Française d'Urologie (AFU) suggère une consultation d'oncogénétique ainsi qu'un dépistage annuel par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) à partir de 40 ans chez les personnes potentiellement porteuses de mutation à haut risque de développer un cancer agressif. (58)

Dans notre étude, nous avons interrogé les hommes de plus de 50 ans et plus sur leur pratique du dépistage du cancer de la prostate (N=72). 40% d'entre eux déclaraient le faire par un dosage du PSA seul ou associé au toucher rectal (N=29). Seulement 7% déclaraient avoir réalisé un toucher rectal (N=5). Un seul homme médecin spécialiste en urologie de plus de 50 ans a répondu à notre questionnaire. Il déclare avoir bénéficié des deux examens.

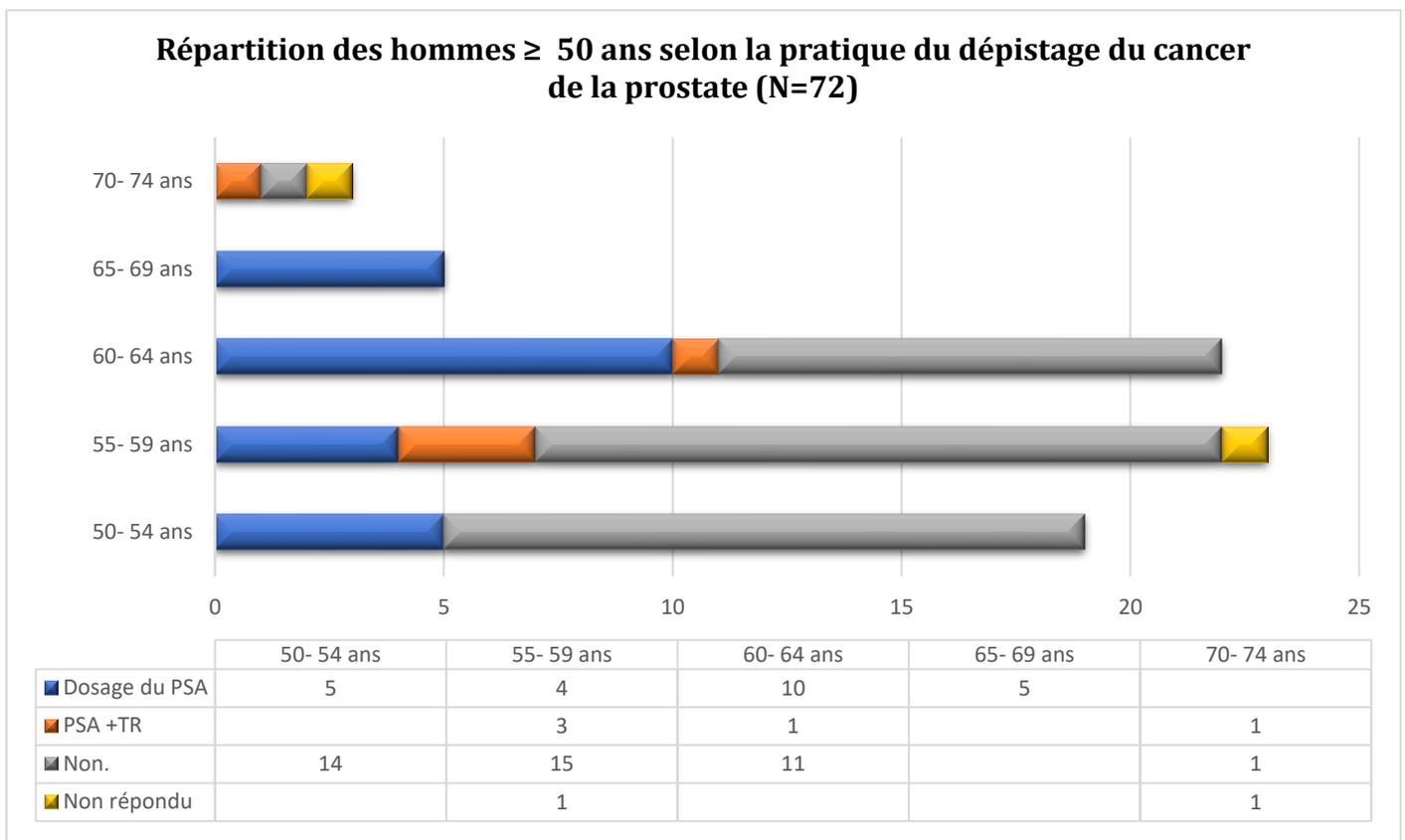


Figure 35 : Répartition des hommes \geq 50 ans selon la pratique du dépistage du cancer de la prostate (N=72)

5. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominal

La HAS préconise la mise en place d'un dépistage ciblé opportuniste unique par écho-doppler chez les hommes de 65 à 75 ans fumeurs ou anciens fumeurs. (59)

8 hommes ont un âge compris entre 65 et 75 ans, 1 seul était fumeur actif et n'avait jamais bénéficié d'une échographie dans le cadre du dépistage ciblé de l'anévrisme de l'aorte abdominal. La faiblesse de notre effectif et l'absence d'information sur le statut d'ancien fumeur ne nous permettent pas de tirer de conclusion.

6. Etudes des anomalies lipidiques

68% des médecins déclarent avoir réalisé une étude des anomalies lipidiques (EAL) il y a moins de 5 ans (N=340). Ce taux monte à 78 % chez les médecins de ≥ 40 ans (N=193) et à 86% parmi les médecins de 40 ans ou plus dont l'IMC est supérieur ou égale à 25 kg/m² (N=78). Il existe une différence significative avec l'âge ($p=2.2E-6$) et l'IMC ($p=0.01$).

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

47% des femmes et 60% des hommes de 40 ans et plus ont réalisé un bilan biologique contenant une EAL il y a moins de 2 ans. ($p=0.04$)

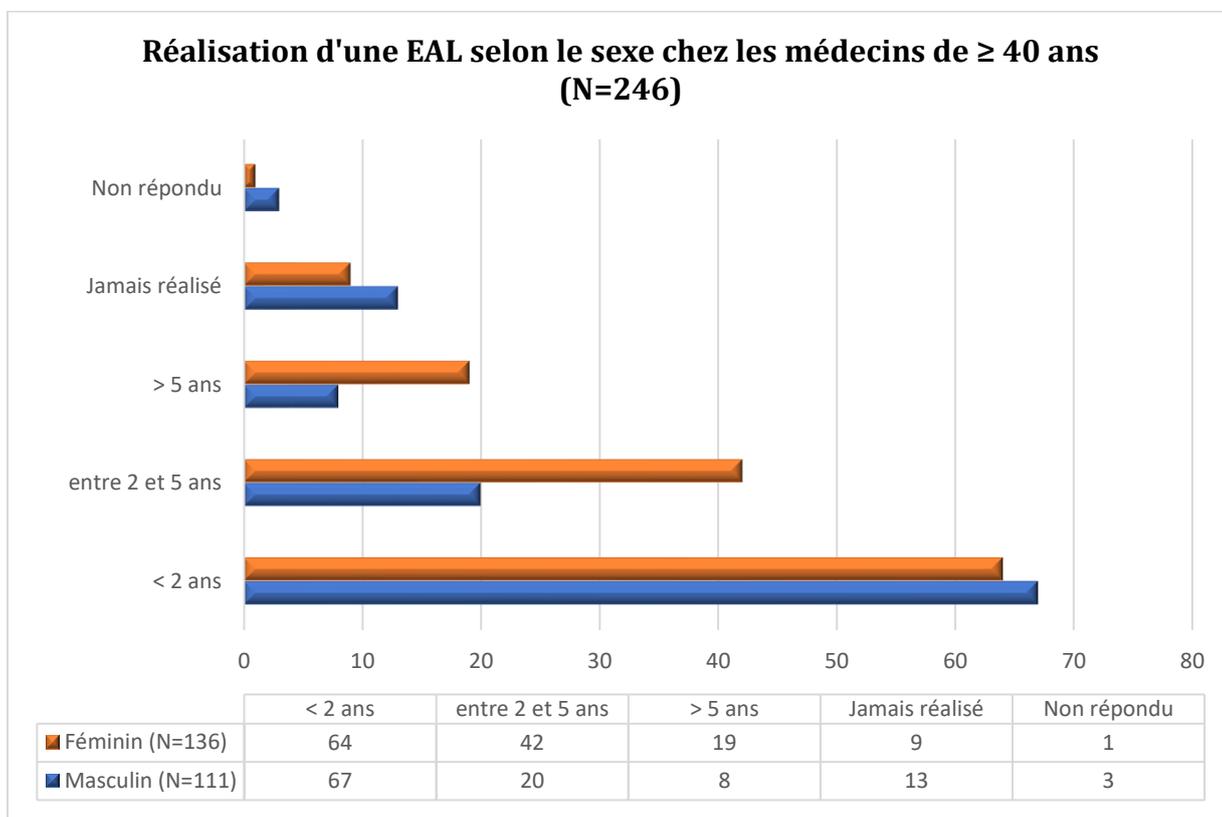


Figure 36 : Réalisation d'une EAL selon le sexe chez les médecins de ≥ 40 ans (N=246)

7. Glycémie à jeun

Chez les 499 médecins, 74% d'entre eux ont réalisé un bilan biologique contenant une glycémie à jeun il y a moins de 5 ans (N=367)

80% des médecins de ≥ 40 ans ont réalisé une glycémie à jeun il y a moins de 5 ans (N=198) et seulement 54% il y a moins de 2 ans (N=132). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

37% des médecins de ≥ 40 ans sont en situation de surpoids ou d'obésité. (N= 90).

60% d'entre eux ont réalisé une glycémie à jeun il y a moins de 2 ans (N=54) contre 50% chez le reste des médecins de 40 ans ou plus (N=78). Pas de différence significative.

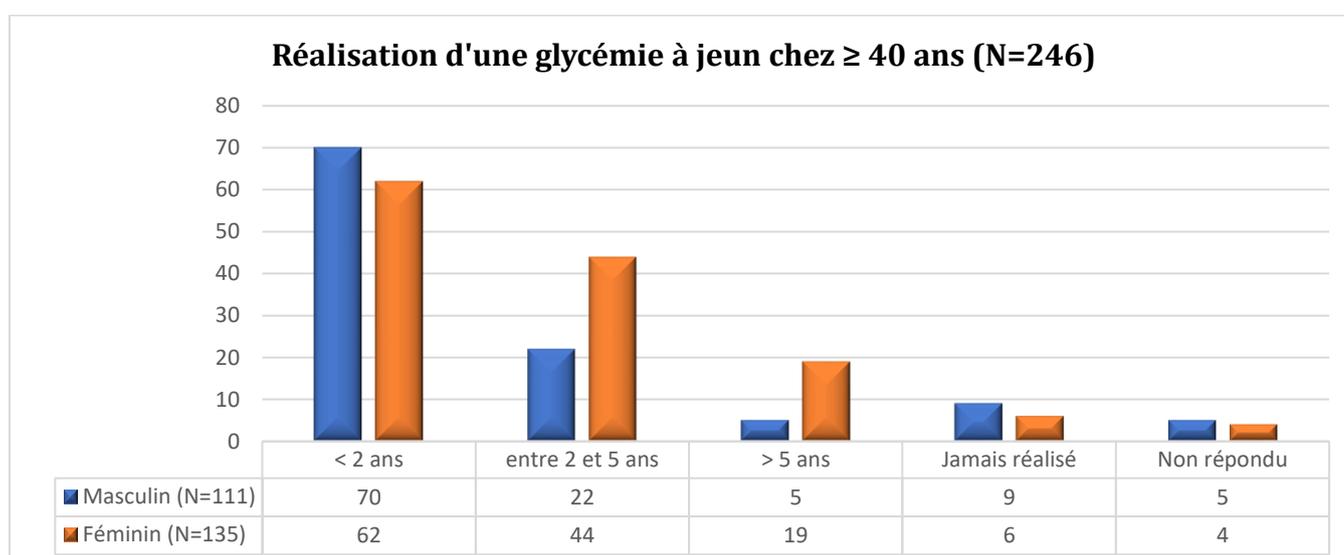


Figure 37 : Réalisation d'une glycémie à jeun chez ≥ 40 ans.

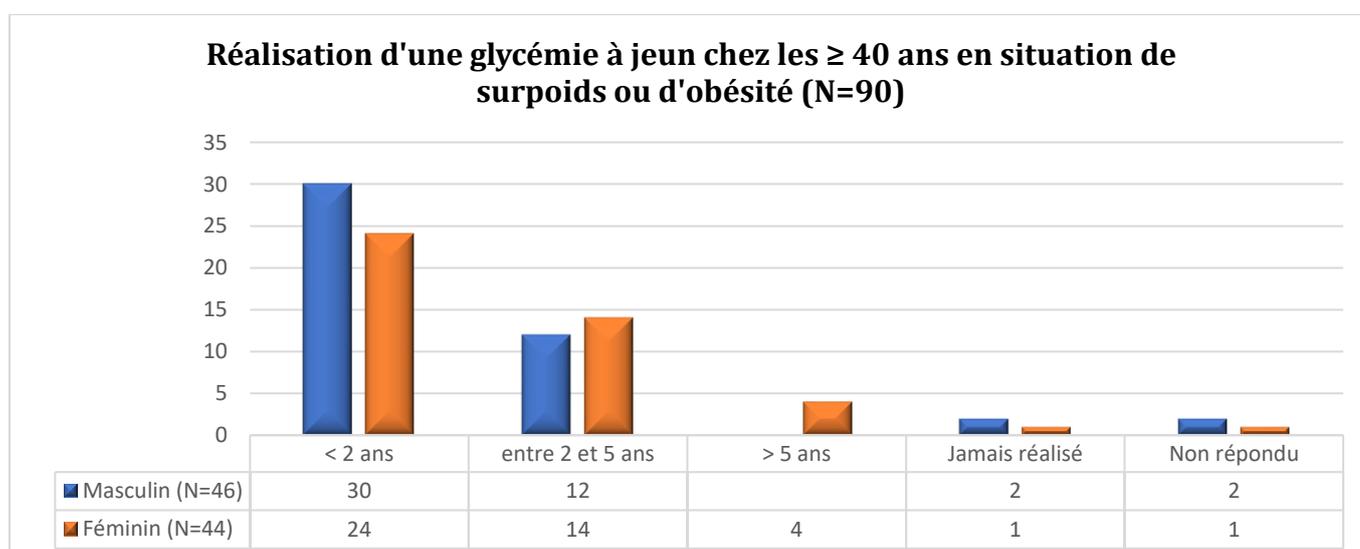


Figure 38 : Réalisation d'une glycémie à jeun chez les ≥ 40 ans en situation de surpoids ou d'obésité.

DISCUSSION

A. Les biais méthodologiques et les limites du questionnaire :

Notre étude est une étude observationnelle descriptive. Dans ce type d'étude, les différences observées significatives ou non, ne permettent pas de conclure à des liens de causalité, mais seulement d'émettre des hypothèses. (Critère de Bradford Hill) (60).

Notre étude est victime de plusieurs biais inhérents à notre méthodologie, parmi eux nous pouvons citer :

- Le biais de recrutement : le questionnaire a été diffusé par voie électronique avec la participation active des directions des différents centres hospitaliers constituant les GHT de la Manche, du Calvados et de l'Orne. Certains GHT possèdent des listes de diffusion pour l'ensemble des hôpitaux les constituant, pour d'autre il a été nécessaire de contacter individuellement les centres hospitaliers. Nous n'avions pas accès à ces listes de diffusion, ce qui a pu entraîner pour certains médecins des doublons, mais également des omissions. La diffusion aux internes de la faculté de médecine de Caen en est un exemple, les internes de spécialité n'ont pas reçu le questionnaire par la faculté, mais ont pu le recevoir s'il était inscrit sur une des listes de diffusion des GHT
- Le biais de volontariat : l'étude inclus des médecins sur la base du volontariat, il existe donc un risque que les volontaires présentent des caractéristiques différentes de ceux qui n'ont pas répondu.
- Le biais de déclaration : les données étudiées sont issues des informations données par les participants. Sur certains sujets sensibles comme la consommation d'alcool par exemple, les participants peuvent volontairement ou inconsciemment orienter leurs réponses pour répondre à des normes sociales.

Suite à un problème technique, les filtres conditionnels des questions portant sur le cancer colorectal excluaient les médecins éligibles à ce dépistage. Nous avons repéré ce problème assez rapidement mais 107 questionnaires nous avaient déjà été retourné. Les questionnaires étant anonymes, il n'a pas été possible de corriger cette erreur par le renvoi des questionnaires. Nous avons donc exclu ces questionnaires de notre analyse portant sur cette partie.

Les questions portant sur le tabagisme n'interrogeaient que sur le tabagisme actif. Cette erreur s'est répercutée sur les questions portant sur le dépistage du cancer du poumon par TDM et le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Dans le 1^{er} cas, si un seuil de tabagisme à 20PA a été choisi pour afficher la question, l'absence de questionnement sur le tabagisme ancien et sevré aurait permis de recueillir plus de réponse.

Concernant la question sur le dépistage de l'aorte abdominal, elle était posée aux médecins fumeurs actifs de 65 ans et plus. La présence d'antécédent familiaux d'anévrisme de l'aorte abdominal ou un tabagisme ancien sevré ne faisait pas partie des critères de sélection. La faiblesse de notre effectif dans cette tranche d'âge ne nous permettrait pas de conclure à des résultats significatifs si ces critères avaient été inclus.

La question sur le(s) test(s) réalisé(s) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus était posée de la manière suivante « Quel(s) examen(s) avez-vous réalisé ? » et faisait suite à la question « Avez-vous déjà participé au dépistage du cancer du col de l'utérus ? Elle a pu être comprise comme interrogeant sur le ou les tests réalisés lors du dernier dépistage. En effet, il est probable que certaines femmes déclarant seulement le test HPV aient réalisé un FCU au cours de leur vie. Nous aurions pu poser la question de la manière suivante : « Au cours de votre vie, quel(s) examen(s) avez-vous réalisé ? ».

B. Analyse de la participation

Nous avons reçu un total de 499 réponses complètes sur une estimation d'un peu moins de 2950 médecins (docteurs et internes). Nous pouvons donc supposer un taux de réponse proche des 17%. Ce taux est faible et peut potentiellement s'expliquer pour plusieurs raisons. En outre, une sollicitation fréquente des médecins pour les thèses, mais aussi le manque de temps.

C. Analyse des questions préliminaires de santé

1. Le sexe

Le sex-ratio de notre étude est de 0.70. En analysant les données du DREES concernant les médecins inscrits aux conseils de l'Ordre des départements de l'Orne, du Calvados et de la Manche, on trouve un sex-ratio à 1.18 (**Annexe 3**). Ces données ne concernent que les médecins inscrits au conseil de l'ordre et excluent les internes. L'analyse des données du CNG concernant l'évolution de la part des femmes parmi les candidats affectés aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) confirme la féminisation de la profession. Ainsi de 2015 à 2020, les femmes représentent 56 à 59% des candidats (61). Dans notre

étude, la part des femmes chez les moins de 35 ans est de 64% (N=116). La féminisation de la profession ne peut donc pas expliquer à elle seule le sex-ratio observé.

2. L'âge

La tranche d'âge médiane des médecins se situe à [35-39] ans. La tranche d'âge médiane des femmes est à [35-39] ans, tandis que celle des hommes se situe à [40-44] ans. En 2019 et selon la carte interactive de la démographie médicale du CDOM, l'âge moyen des médecins en activité régulière et tout mode d'exercice est de 49 ans. Encore une fois, cette carte ne tient pas compte des internes et ne différencie pas les modes d'exercices, notre population apparaît de ce fait plus jeune.

Au cours de la discussion nous aborderons des thèses portant sur la santé des médecins généralistes. La moyenne d'âge dans ces études est souvent plus élevée, V. Doizy (52.4 ans)(4), S. Andrieu (49.7 ans)(6), F. Nouget (45.9 ans)(62), R. Suty (49.0 ans)(21) M. Lionnet (tranche d'âge médiane à 50-65 ans)(20), et elle est due en grande partie à l'absence d'interne dans ces études. Nous nous efforcerons de tenir compte de cette différence.

3. Déclaration d'un médecin traitant

En 2017, la commission SMART évoquait 80% des médecins sans médecins traitant. On retrouve un résultat similaire en 2018 dans l'étude de V. Doizy (4) chez les médecins généralistes Bas-Normands. Les médecins hospitaliers Bas-Normands sont deux fois plus nombreux à déclarer à un médecin traitant que leur confrère généraliste de la même région (49% contre 24%) ($p=5.3E-17$). Chez les femmes ce taux monte à 57%. Bien que la moyenne d'âge des médecins de notre étude soit plus faible que chez V. Doizy (tranche d'âge médiane à [35-39] ans contre un âge moyen à 52.4 ans), les médecins de notre étude de 45 ans et plus ont été tout de même 42% à déclarer un médecin traitant autre qu'eux même.

T. Grouthier (62) dans une thèse de 2020 sur la déclaration d'un médecin traitant chez les médecins libéraux de la région Grand Est, rapporte un taux de déclaration plus important chez les médecins généralistes que V. Doizy (40% chez les médecins généralistes et 26% chez les médecins spécialistes). Il trouvait également un effet générationnel chez les médecins généralistes et spécialistes. La déclaration d'un médecin traitant était comparativement plus importante chez les médecins de moins de 40 ans que chez leurs confrères plus âgés.

Dans la population générale, d'après les déclarations de Nicolas Revel, directeur générale de l'assurance maladie, au magazine *Le Généraliste*, près de 10% des patients seraient sans médecins traitant. (63)

4. Le poids

Dans notre étude, près d'un homme sur 3 est en situation de surpoids contre une femme sur 4. Nous avons rapproché nos résultats par tranche d'âge à ceux publiés en 2010 par la DREES sur un panel de médecin généraliste. Les médecins des régions de Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et des Pays de la Loire ont été interrogés sur leur état de santé à l'automne 2008. (64).

Surcharge pondérale en % de la population

	Hommes			Femmes		
	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Ensemble de la population active	51	62	62	27	34	43
Cadres et professions intellectuelles supérieures	45	59	51	25	22	24
Médecin généraliste du panel (DRESS 2008)	30	34	45	16	18	17
Médecins Hospitaliers de notre étude	35	39	40	27	23	44

Figure 39 : Surcharge pondérale des médecins hospitaliers, des médecins généralistes du panel 2008, de la population active et des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Les hommes médecins hospitaliers de notre étude ont en proportion, un IMC moins élevé que l'ensemble de la population active, des cadres et professions intellectuelles supérieures toutes tranches d'âges confondues. Il est supérieur à celui de leur confrère de moins de 55 ans dans le panel de 2008.

Les femmes médecins hospitaliers quant à elles, ont un IMC équivalent à la population active sauf pour la tranche d'âge 45-54 ans où l'IMC est comparable aux cadres et professions intellectuelles supérieures. D'une manière générale, ces résultats sont supérieurs à celui des femmes médecins généralistes du panel de 2008.

Il semble exister une corrélation entre le poids et le niveau de bien-être au travail. Cependant il faut être très prudent avec ce résultat. La définition de bien-être est subjective et n'est pas unanime. On rappellera également l'absence de lien de causalité établi dans notre étude. Une méta-analyse publiée en 2015 dans la revue *Nature* suggère qu'au travail, c'est plutôt l'accentuation du stress perçu qui est lié à une augmentation du risque d'obésité qu'un niveau de stress élevé mais stable dans le temps. (65)

5. Alcool

Laure Com-Ruelle en 2005 compare les prévalences des différents profils d'alcoolisation selon deux enquêtes conduites en population générale. L'Enquête santé et protection sociale 2002 de l'IRDES et l'Enquête santé 2002-2003 de l'INSEE. (49,66,67)

Dans ces enquêtes, la prévalence des non consommateurs chez les hommes est 1.3 à 1.8 fois supérieure aux hommes médecins de notre étude et celle des femmes est 2 à 2.8 fois supérieure aux femmes médecins de notre étude. Les prévalences des différents profils de consommateurs à risque étaient nettement supérieures en population générale, avec notamment une prévalence des consommateurs à risque ponctuelle de 28.9 à 30.9% chez les hommes et 10.5 à 13.1% chez les femmes (Figure 40) contre respectivement 4.4 et 5.1% chez hommes et les femmes de notre étude (Figure 41).

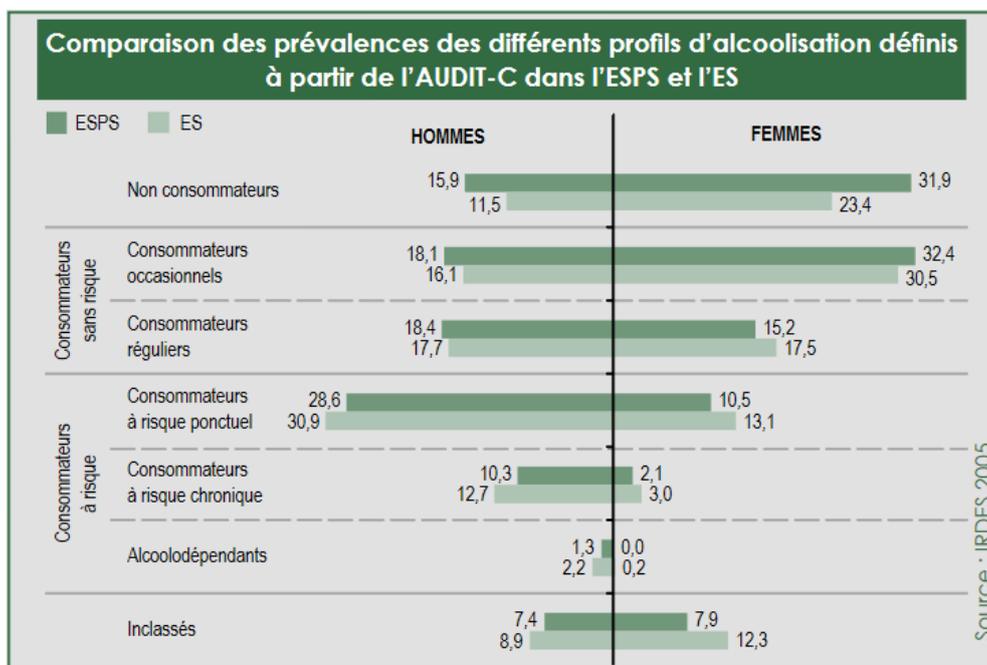


Figure 40 : prévalence des profils d'alcoolisation défini à partir de l'Audit-C dans l'ESPS et l'ES (source IRDES 2005)

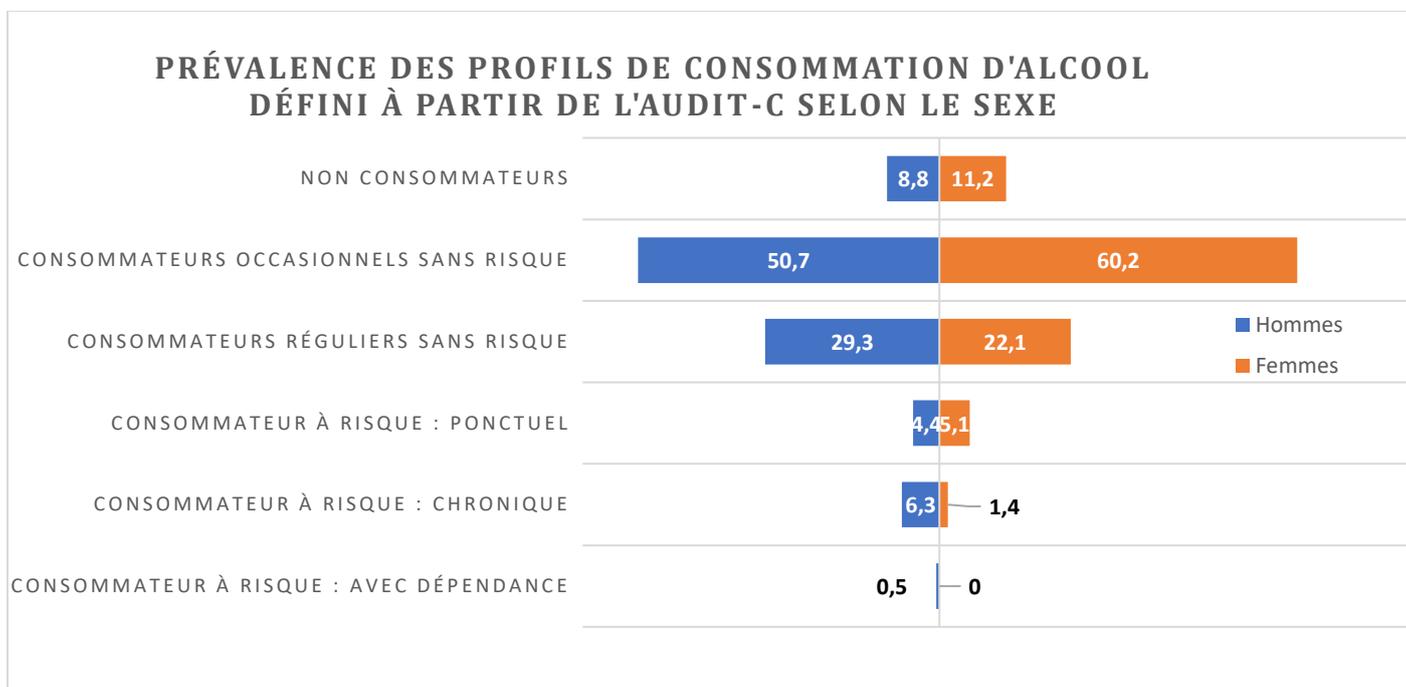


Figure 41 : prévalence des profils d'alcoolisation selon le sexe des médecins de notre étude défini à partir de l'AUDIT-C

Dans le panel de 2008 (64), les médecins généralistes bas-normands présentaient une consommation à risque chronique plus importante que l'ensemble des autres régions (11% contre 6% en moyenne pour l'ensemble des autres régions). Il n'est cependant pas précisé dans le panel de 2008 comment les médecins sont répartis en différents profils d'alcoolisation à partir de l'Audit-C.

6. Tabac

9% des médecins hospitaliers se sont déclarés fumeur. On retrouve une prévalence du tabagisme similaire chez S. Andrieu avec 8.6% de fumeur parmi les généralistes de l'Aveyron(6). A la différence de cette étude, on retrouve une prévalence significativement plus importante du tabagisme chez les hommes que chez les femmes.

18% des médecins généralistes sont fumeurs dans l'étude du panel de 2008 (64) et 20% des médecins généralistes du Var dans l'étude de M. Lionnet de 2017. (20)

Dans le baromètre de Santé publique France de 2020 sur le tabagisme, la prévalence du tabagisme quotidien est de 32.7% chez les 18-75 ans. (68)

La prévalence du tabagisme est bien moindre chez les médecins hospitaliers de notre étude, néanmoins nous n'avons pas posé la question sur la présence d'un tabagisme occasionnel, ce qui a pu conduire certains médecins à se déclarer en tant que non-fumeur. Nous n'avons pas évoqué le statut d'ancien fumeur. Il aurait été intéressant d'avoir également cette information afin d'observer la part totale des fumeurs et anciens fumeurs.

7. Vaccins

Depuis 2018, en plus des 3 vaccins obligatoires chez les moins de 18 mois (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) s'ajoutent 8 vaccins (Hépatite B, Haemophilus influenzae B, Rubéole, Rougeole, Oreillons, Pneumocoque, Méningocoque C) (69). Pour les professionnels de santé, la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire et celles contre la grippe, la coqueluche et la vaccination ROR (même pour les personnes nées avant 1980) sont recommandées. La vaccination BCG n'a pas été abordée. Elle n'est plus obligatoire chez les soignants suite un décret publié au 1^{er} avril 2019 s'appuyant sur un avis du Haut Conseil de Santé publique devant sa faible efficacité et la présence d'autres moyens de prévention en milieu professionnel.(70). Celle contre le HPV est trop récente pour toucher suffisamment de médecins.

Le Tableau 4 rapproche les résultats de notre étude aux chiffres de 2009 de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur la population générale, de Lionnet en 2017 (20), S. Andrieu en 2018 (6) et du CDOM de Haute Normandie en 2008 (71) sur les médecins généralistes, et de l'enquête Vaxisoin (72) conduit en 2009 sur les soignants des établissements de soin en France.

La couverture vaccinale chez les médecins de l'enquête Vaxisoin sur les vaccinations obligatoires et recommandées était moindre. (72)

Si les chiffres de vaccinations de l'InVS en 2009 contre le ROR (73) semblent un plus élevé que dans notre étude (83.9% contre 81%), il faut souligner que cette étude ne s'intéresse qu'aux adolescents de 15 ans en 2008-2009. Si près d'un tiers des médecins de 40 ans et plus de notre étude ne sont pas vaccinés contre le ROR, ils sont seulement 5% en dessous de 40 ans.

	Hépatite B	DTP	Coqueluche	DTP Ca	ROR deux doses	Grippe
(InVS 2009) (âgé de 15 ans)	43,1%	84%	70%	NR	83,9%	NR
Lionnet 2017	82%	87,3%	NR	NR	NR	64%
Andrieu 2018	87,7%	92,7%	NR	NR	NR	66.8%
CDOM 2008	82%	80%	NR	NR	NR	NR
Enquête VAXISOIN	76,8%	86%	24,70%	NR	67,0% *	55%
Médecins Hospitaliers de notre enquête	93%	NR	NR	93%	81%	87%

* ROR : au moins 1 dose déclarée

* Grippe : chez les populations à risques en 2020-21

Tableau 4 : Taux de vaccinations en population générale, chez les médecins généralistes et les médecins hospitaliers

Depuis la grippe H1N1 en 2009-2010, on constate une chute de près de 10 points de la vaccination antigrippale dans la population générale chez les 65 ans ou plus. On observe néanmoins un récent rebond pour l'année 2020-2021 avec près de 60% de vacciné (Tableau 5) (74). Chez les soignants, cette vaccination a pour objectif de réduire le risque de contracter la maladie, mais aussi de protéger les personnes fragiles.

Saison grippale	05-06	08-09	09-10	10-11	12-13	15-16	19-20	20-21
65 ans ou +	62.5%	64.8%	63.9%	56.2%	53.1%	50.8%	52.0%	59.9%

Tableau 5 : Taux de vaccination antigrippal par saison chez les 65 ans et plus d'après les chiffres de santé publique France

Les médecins de notre étude ont une très bonne couverture vaccinale pour l'ensemble des vaccinations. Elle semble meilleure que la population générale, et similaire, voire meilleure que les médecins généralistes français.

8. Vaccination COVID

88% des médecins ont exprimé au moment du questionnaire s'être fait ou avoir l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19. D'après les chiffres issus de GEODES du 24 juin 2021 sur la couverture vaccinale chez les soignants libéraux, la Normandie se classe première région de France en taux de vaccination avec 86.2% des soignants libéraux ayant reçu au moins une première dose et 79.9% des soignants qui ont reçu deux doses. Les chiffres spécifiques concernant les médecins hospitaliers n'étaient pas disponibles. Depuis le 12 juillet 2021 la vaccination contre la COVID-19 est obligatoire chez les personnels de santé.

Ce résultat souligne une très forte adhésion des médecins hospitaliers dans la vaccination contre la COVID et cela dès les premiers temps de la campagne de vaccination et avant le vote de l'obligation vaccinal.

D. Les cancers

1. Le cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein est assuré en France par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). En Normandie, c'est l'association Mathilde qui s'occupe de cette mission.

Dans l'étude de V. Doizy (4), les femmes généralistes cibles de la campagne de dépistage organisée du cancer du sein des départements de la Manche, de l'Orne et du Calvados ont répondu à 73% avoir participé à la campagne 2017-2018. Pour la même campagne, la participation en population générale était de 50.1% en France et de 55.6% dans les départements de l'ex Basse-Normandie.

Dans notre étude, 81% des femmes médecins hospitalières ont répondu avoir réalisé une mammographie de dépistage il y a moins de 3 ans. L'intervalle de temps n'est pas identique aux études précitées et ne nous permet pas d'effectuer une comparaison statistique. Néanmoins, on peut supposer que l'adhésion au dépistage du cancer du sein est similaire entre femmes médecins généralistes et hospitalières de ces départements et supérieure à celle de la population générale.

28% des femmes de notre étude présentent des difficultés à réaliser la mammographie contre 12% des femmes médecins généralistes de V. Doizy. Il n'y pas de différence significative ($p=0.06$). Le manque de temps était également la 1^{ère} difficulté évoquée par les femmes médecins généralistes.

2. Le cancer du col de l'utérus.

76% des femmes éligibles de notre étude ont répondu avoir réalisé un test de dépistage du cancer du col de l'utérus il y a moins de 3 ans (N=220), contre 68% des femmes généralistes éligibles entre 2016 et 2018 dans l'étude de V. Doizy (N=92) (4). Il n'y a pas de différence significative. L'auteur n'interrogeait pas sur la pratique du test HPV, en effet cette recommandation est apparue seulement en 2019.

L'étude du panel de 2008 retrouvait une participation similaire chez les femmes médecins généralistes de Basse-Normandie avec un taux à 77% (75)

Ces taux sont nettement supérieurs à la population générale, avec une couverture nationale de 58,2 % pour l'ensemble des femmes âgées de 25 à 65 ans pour la période 2017-2019 (76). Le taux de participation recommandé par la Commission européenne est de 70 %.

La réalisation du test HPV chez les femmes ≥ 30 ans n'était que de 17% et peut probablement s'expliquer par le caractère récent de cette recommandation. Par ailleurs, on ne note qu'aucune des femmes spécialisées en gynécologie de notre étude et éligible au dépistage HPV n'a réalisé ce test (N=4).

Il y a une plus grande proportion de femmes médecins hospitalières exprimant des difficultés à la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus que les femmes généralistes de l'étude de Doizy, (32% vs 21%) ($p=0.01$). Le manque de temps était la 1^{ère} difficulté dans les deux études. Encore une fois la différence de contexte peut peut-être expliquer cette différence.

3. Le cancer colorectal

C'est également les CRCDC qui s'occupent de l'envoi des invitations au dépistage du cancer colorectal chez les personnes concernées. Les tests de dépistages doivent être retirés auprès du médecin traitant ou par demande auprès des CRCDC en l'absence de médecin traitant. L'objectif du plan cancer 2021-2030 pour la France est de dépasser les recommandations Européennes et de rejoindre le peloton de tête des pays Européen avec 65% de dépistage. (53)

Les médecins hospitaliers Bas-Normands cibles de la campagne de dépistage du CCR étaient seulement 44% à avoir réalisé un test il y a moins de 3 ans (N=39) contre 58% des médecins généralistes de l'étude de V. Doizy (N=104) pour la campagne 2017-2018 (4). La différence est significative bien qu'il existe une différence d'intervalle de temps en faveur des médecins hospitaliers ($p=0.036$).

En population générale, les chiffres de santé publique France rapportent un taux de participation de 28,9% pour la période de 2019-2020 (comparé à 30,5% en 2018-2019). Nous ne bénéficions pas du taux de participation sur 3 ans.

Les médecins hospitaliers de l'ex Basse Normandie participent donc moins au dépistage organisé du CCR que leur confrère généraliste et probablement tout autant, voir un peu plus qu'en population générale. Il existe une corrélation entre la déclaration d'un confrère en tant que médecin traitant et la participation au dépistage du CCR chez les médecins hospitaliers. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une corrélation entre la déclaration d'un médecin traitant et la présence de difficulté à la réalisation du dépistage du CCR.

Alors qu'il n'était que 16% chez V. Doizy (N=35), 56% des médecins à risque moyen de notre étude (N=49) rapportent des difficultés à la réalisation de ce dépistage, ($p=2.4 \times 10^{-10}$). L'oubli et le manque de temps constituent les deux principales difficultés exprimées par les médecins hospitaliers. Certains médecins ont précisé également ne pas avoir accès au test. Cela peut paraître étonnant, mais comme une proportion importante de médecins hospitaliers s'est déclarée comme médecin traitant, ils ne commandent probablement pas de kit de dépistage pour eux même, ou ne pense peut-être pas à en demander à un confrère ou auprès des CRCDC.

9% des médecins hospitaliers à risque moyen ont choisi de réaliser une coloscopie sans avoir réalisé une recherche de sang dans les selles (N=8). La pratique de la coloscopie n'était pas soulevée chez V. Doizy. Nous n'avons pas questionné sur la fréquence de celle-ci.

4. Le cancer de la prostate

Seulement 40% des hommes médecins hospitaliers de 50 à 74 déclarent se faire dépister pour le cancer de la prostate (N=29) contre 67% chez les hommes MG de 50 à 74 ans dans l'étude de V. Doizy (N=112). ($p=0.0001$) (4). Le dosage du PSA était retrouvé dans près de 100% des cas dans les deux études. Le toucher rectal n'était réalisé que par 17% des médecins hospitaliers contre 29% des médecins généralistes. La différence n'est pas significative.

Dans leurs thèses, R. Suty (70%) (21) et L. Gillard (67%)(32) retrouvent une pratique similaire du dépistage du cancer de la prostate par PSA chez les médecins généralistes de plus de 50 ans. S. Andrieu (6) retrouve une pratique encore plus importante (85%) chez les médecins généralistes de l'Aveyron de plus de 50 ans.

Dans le Baromètre sur les cancers de 2010 (77), 54% des hommes de 50 ans et plus ont déclaré avoir déjà participé au dépistage du cancer de la prostate et 30% l'ont fait par un PSA. Les hommes médecins hospitaliers semblent donc moins enclin à participer au dépistage du cancer de la prostate que les médecins généralistes et la population générale.

L'absence de recommandation de la HAS en faveur de ce dépistage et un exercice différent entre le milieu hospitalier et la médecine générale sont peut-être en lien avec le résultat observé. Les médecins généralistes libéraux sont probablement plus confrontés à cette question dans le cadre d'un bilan de santé chez leurs patients asymptomatiques ce qui peut influencer leur pratique.

5. Le dépistage du cancer du poumon.

La réalisation d'un scanner thoracique en France dans le cadre du dépistage du cancer pulmonaire n'est à ce jour, pas recommandée. Un des objectifs du plan cancer 2021-2030 est l'instauration d'un programme de dépistage organisé du cancer du poumon, dès lors que les éléments démontreront une balance bénéfique/risque favorable. Une revue systématique de la littérature et une analyse comparative des différentes stratégies de dépistage requises par l'US-Preventive Services Task Force, a conduit le groupe d'expert à recommander la réalisation d'un scanner pulmonaire à faible dose dans le dépistage du cancer pulmonaire. La population cible est les fumeurs actifs de 55 à 75 ans ou ceux ayant arrêté dans les 15 dernières années (78,79). L'étude NELSON publié en février 2020 dans le New England Journal of Medecin, est un large essai clinique conduit au Pays-Bas et en Belgique. L'objectif de cette étude est d'évaluer le bénéfice d'un dépistage du cancer pulmonaire par la surveillance volumétrique des nodules pulmonaires par scanner thoracique à faible dose. Les résultats de cette étude suggèrent un bénéfice de ce dépistage chez les hommes fumeur ou ancien fumeur dit à risque. Notre étude n'a pas permis d'évaluer l'adhésion des médecins hospitaliers vis-à-vis de ce dépistage.

E. Autres actes de dépistage.

1. La pression artérielle

59% des médecins hospitaliers de plus de 40 ans ont contrôlé leur pression artérielle dans l'année. Chez les médecins généralistes, on retrouve des taux comparables. 59% chez S. Andrieu (6) en 2018 et 62.5% chez R. Suty(21) en 2006.

Dans l'étude de M. Lionnet en 2017(20), les médecins généralistes du Var étaient près de 75% à contrôler leur pression artérielle au moins une fois par an ($p= 3.67E-6$).

Il n'existe pas de chiffre portant sur la population générale.

2. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

L'anévrisme de l'aorte abdominal est la 3^{ème} cause de décès d'origine cardiovasculaire en France. On estime le nombre de décès à 6000 cas par an en France. Depuis 2013, la France a adopté un dépistage ciblé, opportuniste et unique, auprès des hommes fumeurs ou anciens fumeurs entre 65 et 75 ans ou ayant des antécédents familiaux d'AAA et âgés de 50 à 75 ans. Ce dépistage est peu proposé, seulement 18 à 39% des AAA serait diagnostiqué. (80) Il y a peu de littérature sur les pratiques des médecins et l'adhésion des médecins vis-à-vis de cette recommandation.

M. Toulec, dans une étude chez les médecins généralistes de Picardie en 2017 rapporté que 49% d'entre eux ne proposaient pas de dépistage à leurs patients (81). Les freins évoqués étaient l'absence de recommandation (57.9%) (bien qu'elle existe) ou de directive précise (49.1%) et l'oubli. (38.6%).

La faiblesse de nos effectifs ne nous permet pas dans notre étude, de tirer de conclusion concernant l'adhésion des médecins hospitaliers à cette recommandation.

3. Glycémie à jeun

La HAS, recommande une exploration des anomalies lipidiques à partir de 40 ans chez les hommes et 50 ans chez les femmes ou si elles sont ménopausées. Nous avons effectué nos calculs chez les hommes et les femmes de ≥ 40 ans.

80% des médecins hospitaliers de ≥ 40 ans ont contrôlé leur glycémie à jeun il y a moins de 5 ans. On retrouve des taux similaires dans les différentes thèses portant chez les médecins généralistes. S.

Andrieu (82.3%)(6) et R. Suty (83.5%) (21). L. Gillard retrouve 85% des médecins généralistes ayant contrôlé leur glycémie à jeun dans les trois ans (32).

Nous n'avons pas trouvé de différence significative dans la pratique d'une glycémie à jeun chez les médecins en situation de surcharge pondérale et ceux qui ne l'était pas. Nous n'avons pas trouvé d'étude portant sur la population générale.

4. Etudes des anomalies lipidiques

79,5 % des médecins généralistes interrogés par S. Andrieu(6), 78.8% des médecins généralistes interrogés par R. Suty (21)et 82% par L. Gillard (32) ont réalisé une exploration des anomalies lipidiques il y a moins de 5 ans contre 68% dans notre étude. La réalisation d'un dépistage des anomalies lipidiques chez les médecins hospitaliers de 40 ans et plus dans notre étude (78%) est comparable à ces études. Nous n'avons pas trouvé ces chiffres en population générale.

L'âge, l'IMC et le sexe sont des facteurs de risque cardiovasculaire pouvant justifier une surveillance plus particulière du bilan lipidique. Les médecins hospitaliers ayant ces facteurs de risque se font plus dépister que ceux qui n'en ont pas.

CONCLUSION

Notre étude s'ajoute aux quelques études qui tentent de cerner la santé des médecins. Elle est innovante car elle s'intéresse aux comportements des médecins hospitaliers vis-à-vis des actions de prévention et de dépistage. Elle a répondu à plusieurs questions concernant la santé des médecins hospitaliers, mais beaucoup restent en suspens.

Ainsi, on peut conclure que les médecins hospitaliers Bas-Normands adoptent un meilleur comportement vis-à-vis de leur santé que la population générale. Il y a peu de fumeurs actifs parmi eux, ils sont peu nombreux à avoir une consommation d'alcool à risque et ils surveillent leur pression artérielle, leur bilan lipidique et leur glycémie à jeun. Ils réalisent également les vaccinations obligatoires et recommandées pour leur profession. On peut souligner une forte adhésion des médecins hospitaliers à la vaccination contre la COVID-19 dans les 3 premiers mois suivant l'extension de la vaccination à l'ensemble des soignants le 6 février 2021 (82). Près de 9 médecins hospitaliers sur 10 se sont déclarés favorables à la vaccination contre la COVID-19.

Un médecin sur trois est en situation de surpoids ou d'obésité. Si ce problème touche davantage les hommes que les femmes comme en population générale, les hommes médecins ont en proportion, un IMC moins élevé que les hommes de la population générale, ce qui n'est pas le cas des femmes.

Près d'un médecin sur deux a déclaré un confrère en tant que médecin traitant, c'est deux fois plus que ce que l'on observe chez les médecins généralistes libéraux, mais un tiers d'entre eux ne le consulte jamais. Les jeunes médecins spécialisés en médecine générale semblent plus sensibilisés à la déclaration d'un médecin traitant indépendant que le reste de leurs confrères.

Les femmes médecins hospitalières toutes spécialités confondues participent nettement plus aux dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein que les femmes de la population générale, et tout autant que leurs consœurs généralistes libérales.

Parmi les médecins cibles de la campagne de dépistage organisé du cancer colorectal (réalisation d'un test tous les deux ans), un peu moins d'un médecin sur deux a réalisé un test de recherche de sang occulte il y a moins de 3 ans (44%). C'est probablement un peu plus qu'en population générale au vu de la participation à la campagne 2018-2019 (30.5%), mais nettement moins que leurs confrères généralistes pour la campagne 2017-2018 (58%), et loin de l'objectif français de 65% pour ce dépistage. La faible participation des médecins hospitaliers à ce dépistage interroge et contraste avec la participation des femmes aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus.

Si le manque de temps et l'oubli sont les principaux freins exprimés, des difficultés d'accès aux tests ont également été rapportées. Dans une étude menée par A. Allegrini et A. Fico sur les freins aux dépistages du cancer colorectal chez les patients en Corse, seulement 10,6% des interrogés estiment que le test prend trop de temps (83). En regard de ces informations, il semble difficile de croire que le manque de temps puisse expliquer cette faible participation chez les médecins de notre étude.

Bien qu'on observe une meilleure participation au dépistage du CCR chez les médecins qui ont déclaré un confrère ou une consœur en tant que médecin traitant (72.4% vs 40% (p= 0.002)), nous ne pouvons dire quel est le rôle du médecin traitant dans ce résultat observé. Les médecins qui ont déclaré un médecin traitant sont-ils plus soucieux de leur santé ? Le médecin traitant n'est-il qu'un moyen d'accès au test ? Le médecin traitant pourrait également inciter à la réalisation du dépistage ou jouer le rôle de renforcement positif chez une population déjà convaincue du dépistage. Nous n'avons pu démontrer de différence significative de pratique des dépistages des cancers du sein et de l'utérus selon la déclaration d'un médecin traitant.

Au vu de la participation observée dans la population générale et chez les médecins de notre étude, il apparaît nécessaire d'améliorer la stratégie de déploiement du dépistage du cancer colorectal. S'il faut faciliter l'accès aux tests et l'information autour du dépistage du cancer colorectal, les deux doivent aller de pair. L'implication des services de santé au travail dans cette mission pourrait être envisagée, mais se heurte à la pénurie des ressources médicales dans ce domaine (84). La possibilité de retirer un kit en pharmacie annoncée pour le premier trimestre 2022 pourrait également améliorer l'efficacité de cette campagne. (85)

Notre travail objective qu'un tiers des médecins hospitaliers Bas-Normands déclarent un score de bien-être au travail $\leq 5 / 10$ et qu'il existe une corrélation entre le bien-être au travail et une surcharge pondérale ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$). Il serait intéressant de réévaluer ces résultats et d'en rechercher les causes et les conséquences.

BIBLIOGRAPHIE

1. Constitution [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
2. Serment d'Hippocrate [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
3. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français: à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
4. Doizy V. La santé des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne: évaluation de leur participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon et au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2019.
5. Deswarte M. Les médecins sont-ils toujours leur propre médecin traitant?: Etude analytique observationnelle réalisée auprès des médecins libéraux de la région Grand Est [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2021 [cité 5 août 2021]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_DESWARTE_Mathilde.pdf
6. Andrieu S. La santé des médecins généralistes: enquête réalisée auprès de 220 médecins généralistes de l'Aveyron [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2018.
7. Gomant F, Legrand F. Sondage Ifop pour COMM Santé & La Mutuelle du Médecin. :16. Disponible sur : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/09/116618-R%C3%A9sultats.pdf>.
8. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
9. Bouche C. Comment se prennent en charge les médecins lorsqu'ils sont eux mêmes confrontés à un problème de santé?: étude au sein des centres hospitaliers généraux du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
10. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS. Rapp CNOM. 2016 ;99. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf
11. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique du diagnostic aux propositions. :140. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf.
12. Doppia M-A, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T, comité de pilotage de l'enquête SESMAT. [Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)]. Ann Fr Anesth Reanim. nov 2011;30(11):782-94.
13. Hery V. Etude du « burn out syndrome » ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins hospitaliers du Finistère [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2008.

14. Zeller N. Evaluation du syndrome du burnout dans le service des urgences du CHITS [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université Aix-Marseille II; 2002.
15. Guedon A. Le burnout du médecin: prévalence et déterminants dans le monde. Revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2016.
16. Gourgoudou A. Existe t-il un lien entre le syndrome d'épuisement professionnel et les consommations de produits chez le personnel soignant ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017 [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/50d700e5-4b46-4efa-9614-2f043a5b790f>
17. Comment les médecins spécialistes du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ? [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2d216b50-e3ac-4a1c-b0e8-26f856bda95e>
18. Tableau EVIPREV [Internet]. Unisanté. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels/recommandations-eviprev/tableau-eviprev>
19. Recommendation Topics | United States Preventive Services Taskforce [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics>
20. Lionnet M. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.
21. Suty R, Aubrège A. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. [Thèse d'exercice]. [France] Université de Nancy I. Faculté de médecine ; 2006.
22. Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie: analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2011.
23. Coquel G. Comportements personnels de santé et de prévention des médecins: une enquête descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes et spécialistes de Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2007.
24. Hemar D, Reille V. Etat de santé des médecins généralistes du département du Nord en 2011 [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
25. Alata S. Etat de santé des médecins généralistes en Corse: étude descriptive à partir d'un panel de 121 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2014.
26. Milet M. État des lieux de la santé des médecins généralistes du Service de santé des armées au cours de leurs trois premières années d'exercice: étude préliminaire [Thèse d'exercice]. [1970-2019, France]: Université Paris Descartes; 2017.
27. Jacquot L. La santé des médecins généralistes de Haute-Savoie: étude qualitative auprès des médecins [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.

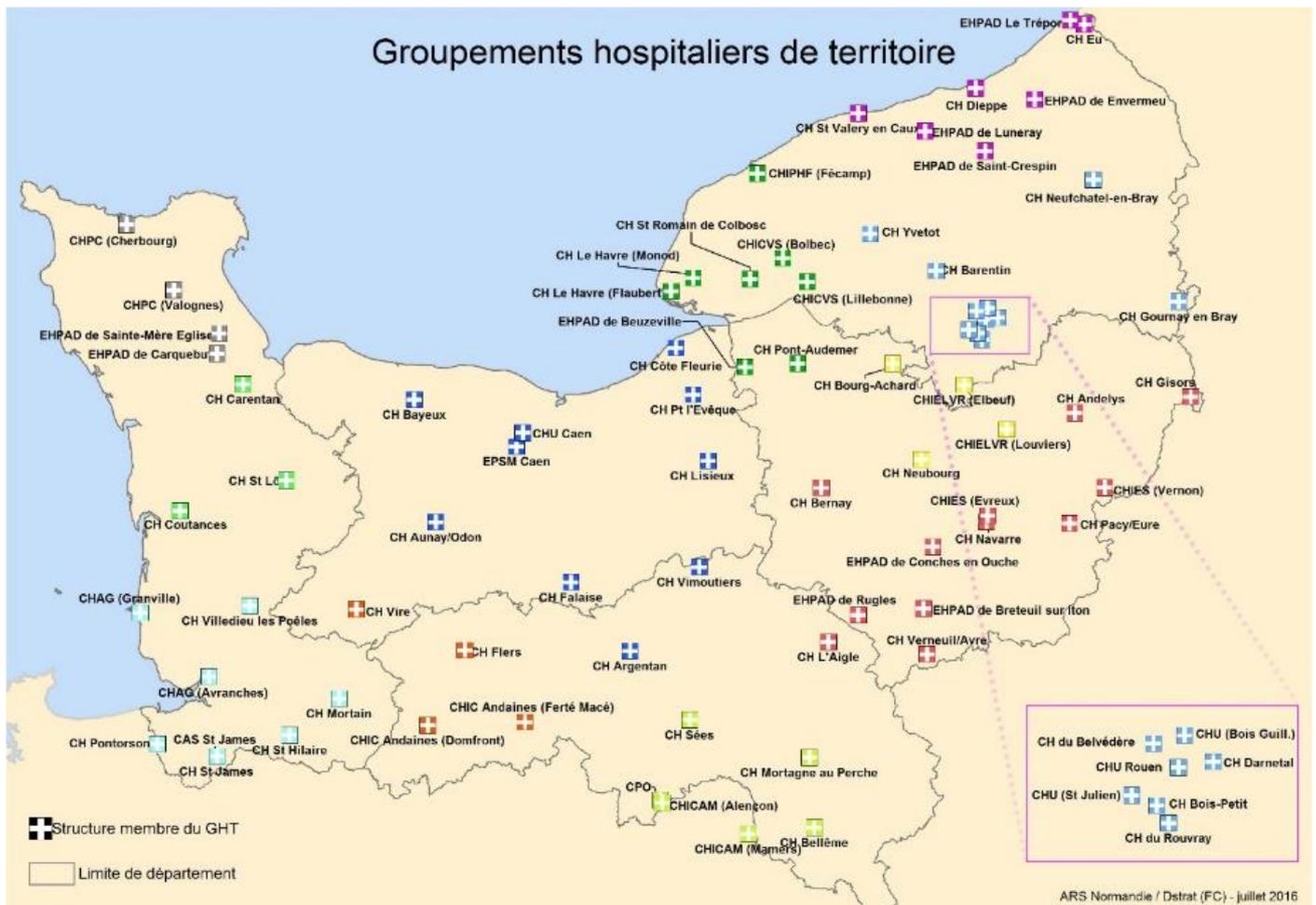
28. Koziarek-Benham R. La santé des médecins généralistes du département de l'Oise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2009.
29. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère: étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
30. Falissard B. La santé des médecins : quelques éléments de discussion à partir d'une analyse textométrique de la littérature. Bull Académie Natl Médecine. sept 2016;200(7):1351-62.
31. Machuelle PL. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Lille 2 Droit et Santé. 2015
32. Gillard L. LA SANTE DES GENERALISTES. :97. disponible sur : <https://www.urml-idf.org/upload/these/gillard.pdf>.
33. Berger C. Motivations et Obstacles au Comportement de Prévention des Médecins Généralistes envers leur propre Santé: Enquête en Vienne auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
34. Tafani D. Pourquoi les médecins libéraux ne se soignent-ils pas ? : Quels sont les freins à la prise en charge adéquate des problèmes de santé des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017.
35. Truchon F. Santé des médecins généralistes: étude des obstacles au choix d'un médecin traitant indépendant [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2019.
36. Kervern A. Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2019.
37. Romanet A. Le médecin généraliste et sa santé: un parcours de soin approprié? Étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes. [Thèse d'exercice]. [France] Université de Nice. 2015.
38. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. Harv Rev Psychiatry. juin 2002;10(3):154-65.
39. Frank E, Brogan Dj, Mokdad Ah, Simoes Ej, Kahn Hs, et Greenberg Rs. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States [Internet]. Vol. 158, Archives of internal medicine. Arch Intern Med; 1998 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9487231/>
40. Frank E, Biola H, et Burnett Ca Mortality rates and causes among U.S. physicians [Internet]. Vol. 19, American journal of preventive medicine. Am J Prev Med; 2000 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11020591/>
41. George G, Hanson J, et Jackson J. Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors [Internet]. Vol. 38, Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. Acad Psychiatry; 2014 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24464415/>
42. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, et Wolf Ke. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians [Internet]. Vol. 33, Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for

- Academic Psychiatry. Acad Psychiatry; 2009 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19690108/>
43. Accueil - LimeSurvey - Easy online survey tool [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.limesurvey.org/fr/>
 44. Datavisualisations | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/datavisualisations>
 45. Obésité · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
 46. outil_tests_fagerstrom.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
 47. L'alcool : limiter sa consommation | Manger Bouger [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/Les-recommandations/Reduire/L-alcool>
 48. AUDIT-C.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://docs.lequotidiendumedecin.fr/operations/Mooc%20Alcool%202016/AUDIT-C.pdf>
 49. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Latil E, Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. [Internet] 2005. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes97.pdf>
 50. Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2020 ? [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-sein-quelle-participation-des-femmes-en-2020>
 51. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans>
 52. fiche_memo_ccr.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf
 53. feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf [Internet]. [cité 23 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf
 54. Mancia G, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. 2018;98.
 55. Schmidt B-M, Duraio S, Toews I, Bavuma CM, Hohlfeld A, Nury E, et al. Screening strategies for hypertension. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020 [cité 14 déc 2020];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013212.pub2/full/fr>
 56. Recommendation: Lung Cancer: Screening | United States Preventive Services Taskforce [Internet]. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lung-cancer-screening>

57. referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf
58. Prise en charge du cancer de la prostate : nouvelles recommandations [Internet]. Prostate. 2021 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.prostate.fr/cancer-prostate-nouvelles-recommandations-2021/>
59. Haute Autorité de Santé - Anévrismes de l'aorte abdominale en France : proposer un dépistage ciblé opportuniste unique chez les hommes présentant des facteurs de risque [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1361253/fr/anevrismes-de-l-aorte-abdominale-en-france-proposer-un-depistage-cible-opportuniste-unique-chez-les-hommes-presentant-des-facteurs-de-risque
60. Perturbateurs endocriniens, le temps de la précaution [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r10-765/r10-7657.html>
61. ECNi_2019_VF.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/ECNi_2019_VF.pdf
62. Grouthier T; Les médecins sont-ils toujours leur propre médecin traitant : étude analytique observationnelle réalisées auprès des médecins libéraux de la région Grand Est. 2020 [Thèse d'exercice] Université de Strasbourg.
63. Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : « L'accès au médecin traitant me préoccupe » [Internet]. Le Généraliste. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/nicolas-revel-directeur-general-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe>
64. er731.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er731.pdf>
65. Kivimäki M, Singh-Manoux A, Nyberg S, Jokela M, Virtanen M. Job strain and risk of obesity: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Int J Obes.* nov 2015;39(11):1597-600.
66. Présentation statistique – Enquête Santé en 2002-2003 | Insee [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s1381/presentation>
67. Auvray L, Doussin A, Fur PL. Santé, soins et protection sociale en 2002 - Enquête sur la santé et la protection sociale France 2002. :181.
68. SPF. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-en-2020-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>
69. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.mesvaccins.net/web/diseases/3-coqueluche>
70. Décret n° 2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG. 2019-149 févr 27, 2019.
71. enquete_HN_soigne_medecin.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf

72. SPF. Vaccinations chez les soignants des établissements de soins de France, 2009. Couverture vaccinale, connaissances et perceptions vis-à-vis des vaccinations. Rapport final [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/vaccinations-chez-les-soignants-des-etablissements-de-soins-de-france-2009-couverture-vaccinale-connaissances-et-perceptions-vis-a-vis-des-vacci>
73. Vaccination [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination>
74. Données de couverture vaccinale grippe par groupe d'âge [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-grippe-par-groupe-d-age>
75. BulletinPanelV4_IEBN.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: http://orscreainormandie.org/wp-content/uploads/2017/11/BulletinPanelV4_IE.pdf
76. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html
77. SPF. Baromètre cancer 2010. [Internet]. [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2010>
78. Humphrey L, Deffebach M, Pappas M, Baumann C, Artis K, et al. Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review to update the US Preventive services task force recommendation. *Ann Intern Med* [Internet]. 17 sept 2013 [cité 23 sept 2021];159(6). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23897166/>
79. Koning H, Meza R, Plevritis S, et al. Benefits and harms of computed tomography lung cancer screening strategies : a comparative modeling study for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* [Internet]. 3 avr 2014 [cité 23 sept 2021];160(5). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24379002/>
80. dpAAA2013_vdef.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: http://www.hpsj.fr/wp-content/uploads/2015/02/dpAAA2013_vdef.pdf
81. Toulec M ; Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominal par le médecin généraliste en Picardie 2017 [Thèse d'exercice] Université de Picardie Jules Vernes
82. Vaccination contre le Covid-19 : quel calendrier ? [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14557>
83. Allegrini A, Fico A. Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue médical par une enquête en focus group. Point de vue du public par une enquête par questionnaire. [Thèse d'exercice]. [France] Université de Nice. 2019;
84. Sur la santé au travail [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r19-010/r19-0109.html>
85. Des kits de dépistage bientôt accessibles en pharmacie [Internet]. *Le Quotidien du Pharmacien*. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/des-kits-de-depistage-bientot-accessibles-en-pharmacie>

Annexe 2 : Les groupements hospitaliers de territoire de Normandie



Source : ARS Normandie

Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-ght-0>

Annexe 3 : Exercice des médecins inscrits aux CDOM des départements de l'Orne, du Calvados et de la Manche.

Exercice des médecins inscrits aux conseils de l'Ordre des départements de l'Orne, du Calvados et de la Manche					
Calvados					
	Ensemble	1- Libéraux exclusifs	2- Mixtes	3- Salariés hospitaliers	4- Autres salariés
Toutes spécialités					
Ensemble	2 572	1 086	317	904	265
Femme	1 207	453	128	456	170
Homme	1 365	633	189	448	95
Généraliste					
Ensemble	1 146	670	100	212	164
Femme	552	286	45	107	114
Homme	594	384	55	105	50
Spécialiste hors MG					
Ensemble	1 426	416	217	692	101
Femme	655	167	83	349	56
Homme	771	249	134	343	45

Manche					
	Ensemble	1- Libéraux exclusifs	2- Mixtes	3- Salariés hospitaliers	4- Autres salariés
Toutes spécialités					
Ensemble	1 277	549	88	476	164
Femme	557	199	32	244	82
Homme	720	350	56	232	82
Généralistes					
Ensemble	684	368	39	182	95
Femme	301	150	15	81	55
Homme	383	218	24	101	40
Spécialistes hors MG					
Ensemble	593	181	49	294	69
Femme	256	49	17	163	27
Homme	337	132	32	131	42

Orne					
	Ensemble	1- Libéraux exclusifs	2- Mixtes	3- Salariés hospitaliers	4- Autres salariés
Toutes spécialités					
Ensemble	635	233	70	251	81
Femme	233	88	14	88	43
Homme	402	145	56	163	38
Généralistes					
Ensemble	354	172	30	100	52
Femme	143	68	6	36	33
Homme	211	104	24	64	19
Spécialistes hors MG					
Ensemble	281	61	40	151	29
Femme	90	20	8	52	10
Homme	191	41	32	99	19

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2020
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/datavisualisations>

Annexe 4 : Spécialité des médecins de notre étude

	Féminin	Masculin	Total général	
Allergologie		1	1	
Anatomie et Cytologie pathologiques		2	2	
Anesthésie-Réanimation		11	14	25
Autre		11	10	21
Biologie médicale		17	7	24
Chirurgie Maxillo-Faciale		3	4	7
Chirurgie Orale		1		1
Chirurgie Orthopédique et traumatologique		2	4	6
Chirurgie Pédiatrique			1	1
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire		1	1	2
Chirurgie Vasculaire			1	1
Chirurgie Viscérale et Digestive		2	7	9
Dermatologie – Vénérologie		4	1	5
Endocrinologie, diabétologie et nutrition		8	3	11
Génétique médicale		3	1	4
Gériatrie		23	8	31
Gynécologie – Obstétrique		14	8	22
Gynécologie médicale		3		3
Hématologie		2	1	3
Hépatogastro-entérologie		10	6	16
Maladies Infectieuses et Tropicales		7	5	12
Médecine Cardiovasculaire		5	9	14
Médecine d'Urgence		17	19	36
Médecine et Santé au Travail		5		5
Médecine Générale		60	38	98
Médecine Intensive-Réanimation		1	7	8
Médecine Interne et Immunologie clinique		1	3	4
Médecine Légale et expertise médicale		2	2	4
Médecine Physique et Réadaptation		3	2	5
Médecine Vasculaire		1		1
Néphrologie		6	5	11
Neurochirurgie		1		1
Neurologie		6	6	12
Oncologie : Option précoce – Oncologie Médicale		2	1	3
Ophtalmologie		2	2	4
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale		1		1
Pédiatrie		27	8	35
Pneumologie		7	5	12
Psychiatrie		6	1	7
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale		4	2	6
Rhumatologie		9	4	13
Santé publique		3	4	7
Urologie			5	5
Total général		294	205	499

Annexe 5 : Questionnaire Audit- C

Le questionnaire AUDIT-C

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par mois ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 à 9
- (4) 10 ou plus

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

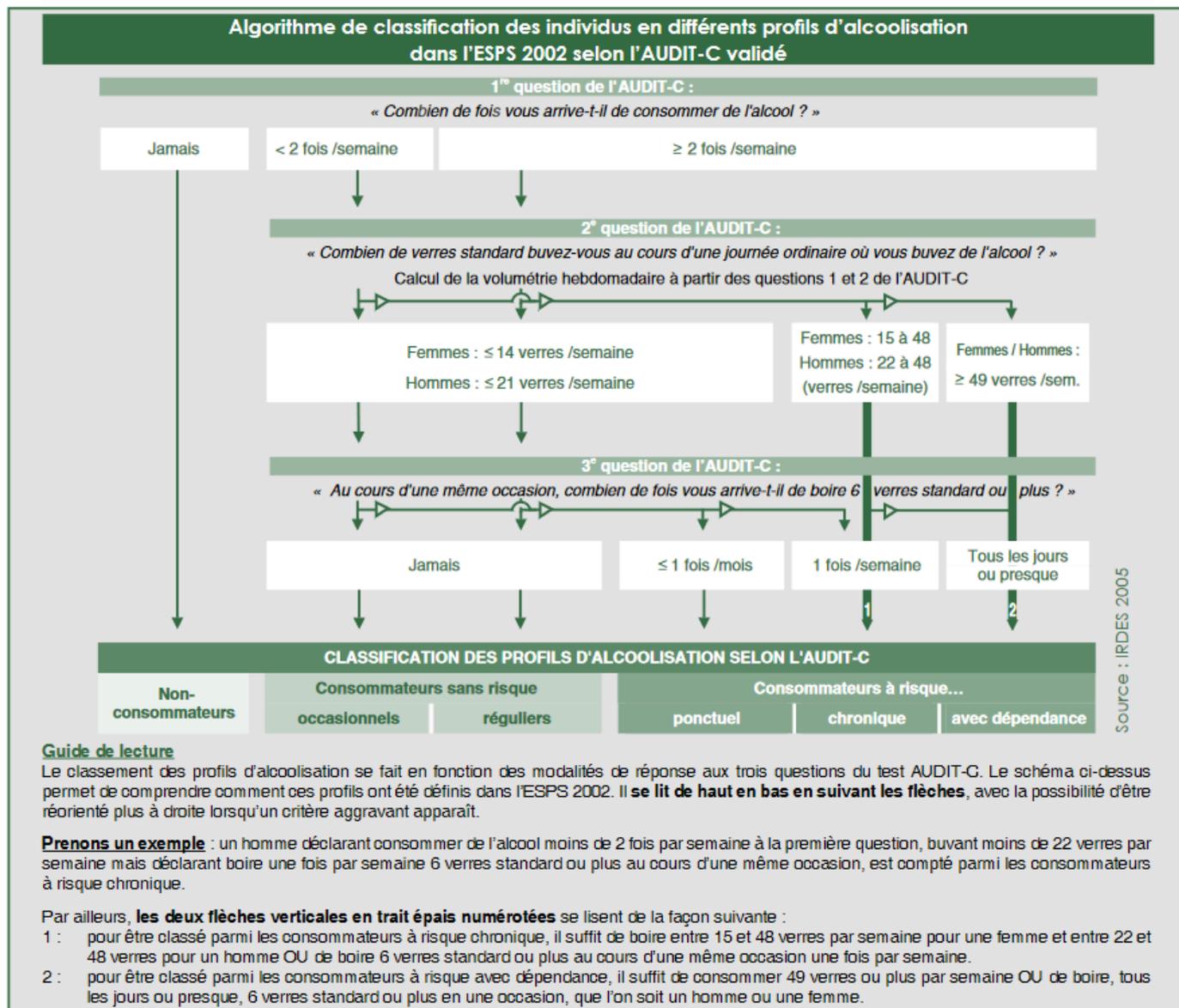
- (0) Jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Une fois par mois
- (3) Une fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque

Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

Source : <https://docs.lequotidiendumedecin.fr/operations/Mooc%20Alcool%202016/AUDIT-C.pdf>

Annexe 6 : Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation (source : IRDES 2005) (49)



Annexe 7 : Stratégie de dépistage du cancer colorectal selon le niveau de risque (HAS: 2017)(52)

Dépistage selon le niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	Population générale <ul style="list-style-type: none"> • 50 à 74 ans. • asymptomatique. 	Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Crohn colique. • Rectocolite hémorragique. Antécédents d'adénome* ou de CCR <ul style="list-style-type: none"> • Personnel. • Familial (1^{er} degré). 	Prédisposition héréditaire <ul style="list-style-type: none"> • Polyposes adénomateuses familiales (PAF). • Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch).
Stratégie de dépistage	Dépistage organisé <ul style="list-style-type: none"> • Test de recherche de sang occulte dans les selles (tous les 2 ans). 	Dépistage individuel <ul style="list-style-type: none"> • Consultation gastro-entérologique/ suivi spécialisé. • Coloscopie*/Chromoendoscopie**. 	Dépistage individuel <ul style="list-style-type: none"> • Consultation oncogénétique (recherche mutation). • Consultation gastro-entérologique. • Chromoendoscopie**.

* La coloscopie virtuelle est une alternative qui peut être proposée dans certaines situations particulières : coloscopie incomplète, refus du patient, ou en raison de comorbidités compromettant la sécurité de cette coloscopie (avis HAS, 2010).

** La chromoendoscopie est un examen complémentaire à la coloscopie qui consiste à marquer certaines zones du tube digestif par différents colorants, à l'aide d'un spray cathéter passé au travers du canal opérateur de l'endoscope.

- Les polyposes adénomateuses familiales (PAF) sont des affections héréditaires causées par mutation génétique. Deux gènes sont connus pour être impliqués : le gène APC (transmission dominante) et le gène MYH (transmission récessive). Les PAF se manifestent par la formation de plusieurs centaines de polypes dans le côlon, dès l'adolescence. La survenue d'un cancer est quasi systématique si aucun traitement préventif n'est apporté.
- Le syndrome de Lynch est dû à plusieurs types d'anomalies génétiques, qui se manifestent par la survenue de cancers du côlon, du rectum ou d'autres organes (endomètre notamment).

La santé des médecins hospitaliers : évaluation de leur participation aux principales actions de prévention et dépistage recommandées en médecine générale.

Chères consœurs, chers confrères

Je suis actuellement interne en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Caen. Je réalise, dans le cadre d'un travail de recherche pour ma Thèse de Docteur en Médecine, une étude sur la santé des médecins. L'objectif est d'évaluer la participation des médecins hospitaliers des GHT des départements de la Manche, de l'Orne et du Calvados aux différents actes de prévention et de dépistage recommandés en médecine général.

Ce travail de recherche fait suite à une thèse soutenue en 2019 portant sur la santé des médecins généraliste dans les départements de la Manche, du Calvados et de l'Orne [1] et d'une revue de la littérature portant sur le thème de la prévention et du dépistage sur les bases de données PubMed, SUDOC et CISMef. En effet, la question de la santé des médecins y est de plus en plus abordée, cependant, il n'existe pas de données concernant la participation des médecins hospitaliers à ces actions. Les interventions étudiées sont issues d'un travail d'analyse de lecture et de synthèse des recommandations de prévention et de dépistage de la HAS, de l'OMS, ou de plusieurs groupes d'experts de médecine préventive (Américain, Canadien, Suisse, ...)

Le questionnaire est anonyme et composé d'une trentaine de questions. Le nombre de question varie selon vos caractéristiques, vous n'aurez donc pas à répondre à certaines questions si cela ne vous concerne pas. **Le temps de passation pour l'ensemble des questions est estimé à moins de 5 minutes**

Je vous remercie par avance, du temps que vous me consacrerez

Arthur BRAASE

[1] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02316478/document>

[2] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf

Questions préliminaires

Quel est votre sexe ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

* Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 20- 24 ans
- 25- 29 ans
- 30- 34 ans
- 35- 39 ans
- 40- 44 ans
- 45- 49 ans
- 50- 54 ans
- 55- 59 ans
- 60- 64 ans
- 65- 69 ans
- 70- 74 ans

Quel est votre poids ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

- Kg

Quel est votre taille en cm ? *

Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

- Cm

Quel(s) est (sont) votre (vos) département(s) d'exercice ?

* Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- 14 - Calvados
- 50 - Manche
- 61 - Orne

Quel est votre mode d'exercice ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Salarié

- Libéral
- Mixte
- Autre:

Quelle est votre spécialité ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Allergologie
- Anesthésie-Réanimation
- Anatomie et Cytologie pathologiques
- Biologie médicale
- Chirurgie Maxillo-Faciale
- Chirurgie Orale
- Chirurgie Orthopédique et traumatologique
- Chirurgie Pédiatrique
- Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
- Chirurgie Vasculaire
- Chirurgie Viscérale et Digestive
- Dermatologie – Vénérologie
- Endocrinologie, diabétologie et nutrition
- Génétique médicale
- Gériatrie
- Gynécologie médicale
- Gynécologie – Obstétrique
- Hématologie
- Hépto-gastro-entérologie
- Maladies Infectieuses et Tropicales
- Médecine Cardiovasculaire
- Médecine Générale
- Médecine Intensive-Réanimation
- Médecine Interne et Immunologie clinique
- Médecine Légale et expertise médicale
- Médecine Nucléaire
- Médecine Physique et Réadaptation
- Médecine et Santé au Travail
- Médecine Vasculaire
- Médecine d'Urgence
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie : Option précoce – Oncologie Médicale
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
- Rhumatologie

- Santé publique
- Urologie
- Autre

Questions préliminaires de santé

Avez-vous déclaré un médecin traitant pour vous-même ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, moi-même.
- Oui, une consœur ou un confrère.
- Non je n'ai pas de médecin traitant déclaré

A quelle fréquence le ou la consultez-vous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, une consœur ou un confrère.' à la question '10 [MEDTRAI]' (Avez-vous déclaré un médecin traitant pour vous-même ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais.
- Rarement
- Parfois
- Souvent

De manière générale, diriez-vous que votre santé est : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Mauvaise
- Plutôt Mauvaise
- Plutôt Bonne
- Excellente

Que diriez-vous de votre bien être ? *

- Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De manière générale et en moyenne, au cours de ces dernières semaines											
Au travail et en moyenne, au cours de ces dernières semaines											

- sur une échelle de 0 à 10, du pire au meilleur possible

Êtes-vous fumeurs ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Depuis combien d'année fumez-vous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [TABAC]' (Êtes-vous fumeurs ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 5 ans
- entre 5 et 15 ans
- entre 15 et 25 ans
- > 25 ans

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [TABAC]' (Êtes-vous fumeurs ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 10 ou moins
- 11 à 20
- 21 à 30
- 31 ou plus

Dans quel délai après le réveil, fumez-vous votre première cigarette ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [TABAC]' (Êtes-vous fumeurs ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 5 minutes
- 6 à 30 minutes
- 31 à 60 minutes
- Après plus d'1 heure

À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était PAS 'Jamais' à la question '17 [FREQALCO]' (À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 à 9
- 10 ou plus



(Source : https://jeunes.alcool-info-service.fr/var/ais/storage/images/media/images/contenus/espace-general/equivalence-alcool/208375-1-fre-FR/Equivalence-alcool_large.jpg)

Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était PAS 'Jamais' à la question '17 [FREQALCO]' (À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Vos vaccinations sont-elles à jour ? : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui.	Non.	Incertain.
DTPC (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)			
ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)			
Hépatite B			
Vaccination antigrippal			

Concernant la grippe, participez-vous habituellement aux campagnes de vaccination ?

ROR : avez-vous reçu deux injections ?

Participation personnelle au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Ces différentes questions ne concernent que vos habitudes de vies, et n'interroge pas vos habitudes de prescription ou les actes médicaux réalisés au cours de votre travail.

Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux (au 1er degré) de cancer du sein ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui.
- Non.
- Incertain.

Avez-vous déjà effectué une mammographie de dépistage et si oui, de quand date votre dernière mammographie ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) et La réponse était '70- 74 ans ' ou '65- 69 ans' ou '60- 64 ans' ou '50- 54 ans' ou '40- 44 ans' ou '45- 49 ans' ou '55- 59 ans' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) et La réponse était 'Oui.' à la question '26 [QUESTRAPSEIN]' (Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux (au 1er degré) de cancer du sein ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 3 ans

- entre 3 et 5 ans
- > 5 ans
- Jamais effectué

Eprouvez-vous des difficultés pour faire réaliser votre mammographie ? Si oui, pourquoi ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) *et* La réponse était '50- 54 ans' *ou* '55- 59 ans' *ou* '60- 64 ans' *ou* '65- 69 ans' *ou* '70- 74 ans ' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) *et* La réponse était '< 3 ans' *ou* 'entre 3 et 5 ans' *ou* '> 5 ans' à la question '27 [LASTMAMMO]' (Avez-vous déjà effectué une mammographie de dépistage et si oui, de quand date votre dernière mammographie ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Non.
- Difficulté(s) technique(s) (prise de RdV, délais, etc.)
- Pudeur.
- Oubli.
- Manque de temps.
- Manque de confiance.
- Autre:

Avez-vous déjà participé au dépistage du cancer du col de l'utérus ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Dépistage du cancer du col de l'utérus par un frottis cervicaux utérins (FCU) et/ou un dépistage des virus HPV (Test HPV)

Quel(s) examen(s) avez-vous réalisé ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) *et* La réponse était 'Oui' à la question '29 [DEPISTUTERUS]' (Avez-vous déjà participé au dépistage du cancer du col de l'utérus ?) Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- FCU*
- Test HPV
- Incertain

*FCU : Frottis Cervico-Utérin

Eprouvez-vous des difficultés à participer au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ? Si oui, pourquoi ?

* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Non
- La pudeur.
- Difficulté(s) technique(s) (prise de RdV, délais, etc.)
- L'oubli.
- La douleur.
- Le manque de temps.
- Le manque de confiance.
- Autre:

De quand date votre dernier test de dépistage du cancer du col de l'utérus ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Féminin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) *et* La réponse était 'Oui' à la question '29 [DEPISTUTERUS]' (Avez-vous déjà participé au dépistage du cancer du col de l'utérus ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 3 ans
- entre 3 et 5 ans
- > 5 ans

Participation personnelle au dépistage du cancer colorectal

Ces différentes questions ne concernent que vos habitudes de vies, et n'interroge pas vos habitudes de prescription ou les actes médicaux réalisés au cours de votre travail.

Présentez-vous des antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale et/ou personnels ou familiaux au 1er degré d'adénome ou de cancer colorectal ?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà effectué le test de dépistage du cancer colorectal (test de recherche de sang dans les selles) et si oui, de quand date votre dernier test ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était '50- 54 ans' *ou* '55- 59 ans' *ou* '60- 64 ans' *ou* '65- 69 ans' *ou* '70- 74 ans ' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?) *OU* La réponse était 'Oui' à la question '33 [ATCDKCOLO]' (Présentez-vous des antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale et/ou personnels ou familiaux au 1er degré d'adénome ou de cancer colorectal ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, < 3 ans
- Oui, entre 3 et 5 ans
- Oui, > 5 ans
- Non, Jamais effectué

Eprouvez-vous des difficultés à faire réaliser votre test de dépistage du cancer colorectal ? Si oui, pourquoi ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était '50- 54 ans' *ou* '55- 59 ans' *ou* '60- 64 ans' *ou* '65- 69 ans' *ou* '70- 74 ans ' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question '33 [ATCDKCOLO]' (Présentez-vous des antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale et/ou personnels ou familiaux au 1er degré d'adénome ou de cancer colorectal ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Non.
- Pudeur.
- Difficulté(s) technique(s) (prise de RdV, délais, etc.)
- Oubli.
- Manque de temps.
- Manque de confiance.
- Autre:

Avez-vous déjà réalisé une coloscopie ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était '50- 54 ans' *ou* '55- 59 ans' *ou* '60- 64 ans' *ou* '65- 69 ans' *ou* '70- 74 ans ' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question '33 [ATCDKCOLO]' (Présentez-vous des antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale et/ou personnels ou familiaux au 1er degré d'adénome ou de cancer colorectal ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Divers

Pour finir, quelques rapides questions

Au cours des 5 dernières années, à quelle fréquence avez-vous fait contrôler votre pression artérielle ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Plusieurs fois par an
- Une fois par an
- Une à deux fois sur les 5 dernières années
- Non contrôlé

Êtes-vous, ou avez-vous l'intention de vous vacciner contre la COVID 19 ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui,
- Non.
- Incertain.

Avez-vous déjà réalisé un scanner pulmonaire dans le cadre d'un dépistage individuel du cancer pulmonaire ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était '55- 59 ans' *ou* '60- 64 ans' *ou* '65- 69 ans' *ou* '70- 74 ans ' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?) *et* La réponse était '21 à 30' *ou* '31 ou plus' à la question '15 [NBCIGJ]' (Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était '55- 59 ans' *ou* '60- 64 ans' *ou* '65- 69 ans' *ou* '70- 74 ans ' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?) *et* La réponse était '11 à 20' à la question '15 [NBCIGJ]' (Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?) *et* La réponse était '> 25 ans' à la question '14 [ANNETABC]' (Depuis combien d'année fumez-vous ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 2 ans
- entre 2 et 4 ans
- > 4 ans
- Jamais réalisé

Participez-vous au dépistage individuel du cancer de la prostate ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Masculin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) *et* La réponse était '50- 54 ans' *ou* '55- 59 ans' *ou* '60- 64 ans' *ou* '65- 69 ans' *ou* '70- 74 ans ' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non.
- Dosage du PSA
- Toucher Rectal
- Les deux

Avez-vous bénéficié du dépistage individuel de l'anévrisme de l'aorte par une échographie abdominale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Masculin' à la question '1 [AA0]' (Quel est votre sexe ?) *et* La réponse était '70- 74 ans ' *ou* '65- 69 ans' à la question '2 [AGE]' (Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?) *et* La réponse était 'Oui' à la question '13 [TABAC]' (Êtes-vous fumeurs ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Indiqué chez les hommes entre 65 et 75 ans fumeur ou ex-fumeur

De quand date votre dernier bilan biologique contenant :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais réalisé	< 2 ans	entre 2 et 5 ans	> 5 ans
une glycémie à jeun				
une étude des anomalies lipidiques				

Merci de votre participation

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : BRAASE Arthur

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

La santé des médecins hospitaliers des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux différents actes de prévention et de dépistage recommandés en médecine générale

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

La santé du médecin est un sujet qui interroge pour son impact sur le médecin et le système de soin. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'adhésion des médecins hospitaliers aux principales actions de prévention et dépistage recommandées dans la population générale. Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive quantitative à partir d'un questionnaire en ligne envoyé sur les listes de diffusion à destination des médecins exerçant dans les GHT des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. Les recommandations étudiées s'appuient principalement sur les recommandations de la HAS et du programme suisse de prévention EVIPREV. Sur 2624 questionnaires envoyés, 499 ont été retournés complets. 49% des médecins interrogés ont déclaré un confrère en tant que médecin traitant. Il y a peu de fumeurs actifs et de consommateurs d'alcool à risque par rapport à la population générale. 30% sont en situation de surcharge pondérale. L'hypertension, le diabète et les dyslipidémies sont globalement dépistées. Les vaccinations obligatoires et recommandées sont réalisées. Les femmes éligibles au dépistage du cancer du sein et de l'utérus (CCU) étaient respectivement 81% à avoir réalisé une mammographie de dépistage et 71% à avoir participé au dépistage du CCU, il y a moins de 3 ans. Seulement 44% des médecins éligibles au dépistage du cancer colorectal (CCR) déclaraient avoir réalisé un test de dépistage il y a moins de 3 ans. Les médecins ayant déclaré un médecin traitant participent plus au dépistage du CCR (71.4% vs 40% p=0.002). Ces constatations doivent amener à revoir le mode de délivrance des kits de dépistage et conforte l'intérêt d'un médecin traitant indépendant.

MOTS-CLÉS :

- Médecins hospitaliers
- Dépistage
- Prévention
- Attitude envers la santé

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

The health of hospital physicians in the departments of Calvados, Manche and Orne : evaluation of their participation in the various prevention and screening procedures recommended in general medicine

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

The health of the doctor is a subject that raises questions for its impact on the doctor and the healthcare system. The objective of this study is to assess the adherence of hospital physicians to the main recommended prevention and screening actions in the general population. We carried out a quantitative descriptive observational study based on an online questionnaire sent to the mailing lists for physicians practicing in the GHTs of the departments of Calvados, Manche and Orne. The recommendations studied followed mainly on the recommendations of the HAS and the Swiss prevention program EVIPREV. Out of 2,624 questionnaires sent out, 499 were returned complete. 49% of the doctors questioned have declared a colleague as attending physician. There are few active smokers and high-risk alcohol users compared to the general population. 30% are overweight. Hypertension, diabetes and dyslipidemias are generally detected. Mandatory and recommended vaccinations are carried out. Women eligible for breast and uterine cancer (CCU) screening were respectively 81% to have performed a screening mammogram and 71% to have participated in screening for CCU less than 3 years ago. Only 44% of doctors eligible for colorectal cancer screening (CRC) say they have got a screening test less than 3 years ago. Doctors who declared an attending physician participate more in screening for CRC (71.4% vs. 40% p = 0.002). These findings should lead to a review of the method of delivery of screening kits and the comfort of the interest of an independent attending physician.

KEY WORDS :

- Hospital physicians
- Screening
- Prevention
- Attitude of health