



HAL
open science

Attitude des médecins généralistes réunionnais face à leur propre santé en matière de prévention, dépistage et santé psychique

Julie Rochecouste

► To cite this version:

Julie Rochecouste. Attitude des médecins généralistes réunionnais face à leur propre santé en matière de prévention, dépistage et santé psychique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03787860

HAL Id: dumas-03787860

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03787860>

Submitted on 26 Sep 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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2022

N° : 2022LARE049M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Attitude des médecins généralistes Réunionnais face à leur
propre santé en matière de prévention, dépistage et santé
psychique**

Présentée et soutenue publiquement le *17 juin 2022* à 19h
à La Réunion

Par Julie ROCHECOUSTE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Sébastien Leruste

Assesseur :

Madame le Docteur Anne Vienne-Cessou

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Capucine Benoit De Coignac

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
PRÉAMBULE	7
1 INTRODUCTION	8
1.1 LE MÉDECIN MALADE : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ DES MÉDECINS EN FRANCE	8
1.2 SOLUTIONS PROPOSÉES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR MIEUX SE PRENDRE EN CHARGE	10
1.3 AILLEURS DANS LE MONDE, LA SANTÉ DES MÉDECINS EST AUSSI UNE PRÉOCCUPATION MAJEURE.....	12
1.4 QU'EN EST-IL DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES MÉDECINS SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION ?	14
2 MATERIELS ET METHODES	15
2.1 TYPE D'ÉTUDE.....	15
2.2 POPULATION ÉTUDIÉE.....	15
2.3 RECUEIL DE DONNÉES.....	15
2.4 OUTILS STATISTIQUES ET STRATÉGIES D'ANALYSE.....	16
2.5 ÉTHIQUE.....	16
3 RESULTATS	18
3.1 ANALYSE DE LA POPULATION	18
3.1.1 <i>Par âge</i>	18
3.1.2 <i>Par sexe</i>	18
3.1.3 <i>Par situation familiale</i>	18
3.1.4 <i>Par condition d'exercice</i>	18
3.2 ÉVALUATION DE LEUR PROPRE SANTÉ ET COMPORTEMENT GÉNÉRAL FACE AU SYSTÈME DE SOIN	19
3.2.1 <i>État de santé et suivi médical</i>	19
3.2.2 <i>Maladie chronique et observance thérapeutique</i>	20
3.2.3 <i>Médecin traitant déclaré et consultations</i>	20
3.2.4 <i>Arrêts de travail</i>	21
3.2.5 <i>Auto-prescription</i>	22
3.3 PRÉVENTION.....	23
3.3.1 <i>Hygiène de vie</i>	23
3.3.2 <i>Facteurs de risque cardio vasculaire</i>	26
3.3.3 <i>Statut vaccinal</i>	27
3.3.4 <i>Dépistages</i>	28
3.4 SANTÉ PSYCHIQUE.....	30
3.4.1 <i>Stress</i>	30
3.4.2 <i>Trouble du sommeil</i>	31
3.4.3 <i>Burn-out</i>	31
3.4.4 <i>Dépression</i>	31
4 DISCUSSION.....	32
4.1 ÉTUDE DE LA POPULATION	32
4.1.1 <i>Par âge</i>	32
4.1.2 <i>Par sexe</i>	32
.....	32
4.1.3 <i>Par activité</i>	33
4.2 ÉVALUATION DE LEUR PROPRE SANTÉ ET COMPORTEMENT FACE AU SYSTÈME DE SOIN.....	33
4.2.1 <i>Ressenti de santé</i>	33
4.2.2 <i>Maladie chronique</i>	34
4.2.3 <i>Médecin traitant</i>	35
4.2.4 <i>Arrêt de travail</i>	36
4.2.5 <i>Auto-prescription</i>	37
4.3 PRÉVENTION.....	38
4.3.1 <i>Hygiène de vie et facteurs de risque cardiovasculaires</i>	38
4.3.2 <i>Vaccins</i>	44
4.3.3 <i>Dépistage</i>	46

4.4	SANTÉ PSYCHIQUE	50
4.5	SOLUTIONS PROPOSÉES ET AVIS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	52
4.5.1	<i>Un service de médecine préventive</i>	52
4.5.2	<i>Une astreinte téléphonique d'aide et de soutien</i>	53
4.5.3	<i>Les groupes de pairs</i>	54
4.6	FORCES ET LIMITES DE CETTE ÉTUDE	54
5	CONCLUSION	57
6	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
7	ANNEXES	63

Liste des abréviations

AAPML : Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APSS : Association pour les soins aux soignants

ARÈNE : Association régionale d'entraide du nord-est

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CNP : Commission nationale permanente

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladies

DHSA : Doctors' Health South Australia

DIU : Diplôme inter-universitaire

DMG : Département de médecine générale

DOM : Département d'Outre-mer

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

DTP : Diphtérie-tétanos-poliomyélite

FCU : Frottis cervico-utérin

IMC : Indice de masse corporelle

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MOTS : Médecin organisation travail santé

PA : Paquet-année

PAIMM : Programme d'attention Intégrale au Médecin Malade

PAMQ : Programme d'aide aux médecins du Québec

PNNS : Programme national nutrition santé

PSA : Prostata Specific Antigen

SMART : Commission de santé des médecins anesthésistes-réanimateurs au travail

URML-OI : Union régionale des médecins libéraux de l'océan Indien

VHB : Virus de l'hépatite B

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques individuelles et mode d'exercice des médecins généralistes de l'étude

Tableau 2 : Répartition des arrêts de travail selon la durée de l'arrêt

Tableau 3 : Répartition de la fréquence de l'auto-prescription (en pourcentage) selon le type de prescription, le motif de pathologie

Tableau 4 : Répartition des médecins fumeurs selon le sexe et la fréquence de consommation (en pourcentage)

Tableau 5 : Répartition de la consommation d'alcool selon le sexe et la fréquence (en pourcentage)

Tableau 6 : Consommation de drogues autres et fréquence d'usage

Tableau 7 : État de la consommation occasionnelle de tabac selon le sexe

Figure 1 : Répartition selon le choix de déclaration du médecin traitant

Figure 2 : Répartition de l'auto déclaration médecin traitant en fonction de l'âge

Figure 3 : Répartition des arrêts de travail selon le motif

Figure 4 : Consommation de tabac en nombre de paquet-année chez les fumeurs occasionnels, quotidiens et sevrés (en pourcentage)

Figure 5 : Fréquence de pratique d'activité physique (en pourcentage)

Figure 6 : Répartition des IMC selon le sexe

Figure 7 : Statuts vaccinaux concernant la grippe, le DTP et le VHB (en pourcentage)

Figure 8 : Répartition en pourcentage du dernier dépistage d'IST

Figure 9 : Comparaison du sex ratio des médecins réunionnais de notre étude, avec les données de recensement du CNOM 2021 et de l'atlas DOM 2015

Figure 10 : Proportion de patients présentant une maladie chronique (5,25,33)

Figure 11 : Taux de tabagisme quotidien dans les différentes populations (33,35)

Figure 12 : Comparaison de la consommation d'alcool dans les différentes populations (33,35,46)

Figure 13 : Comparaison des taux de personnes en surpoids et en obésité (5,33,35)

Figure 14 : Proportion des médecins généralistes ayant réalisé un contrôle de leur tension artérielle au cours de la dernière année (12,24,26)

Figure 15 : Proportion des médecins généraliste ayant réalisé une EAL il y a moins de cinq ans (12,24,26)

Figure 16 : Proportion des médecins généralistes ayant réalisé un dosage de leur GAJ au cours des cinq dernières années (12,24,26)

Figure 17 : Taux de participation au dépistage du CCR au cours des deux dernières années chez les médecins généralistes réunionnais et français, les Réunionnais et les Français (5,35,36)

Figure 18 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années chez les médecins généralistes réunionnaises, les Réunionnaises et les Françaises (35,36)

Figure 19 : Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années chez les médecins généralistes réunionnaises, les Réunionnaises et les Françaises (35,56)

Figure 20 : Proportion des hommes plus de 50 ans ayant déjà effectué au moins un dosage du PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate (24,26,58)

Figure 21 : Mise en place d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes

Figure 22 : Mise en place d'une astreinte téléphonique pour les médecins généraliste en difficulté

Préambule

« *La maladie du médecin est un scandale...* » (Montaigne)

« *Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse...* » (Voltaire)

« *Il y a plus de vieux ivrognes que de vieux médecins* » (Rabelais)

« *Medice, cura te ipsum* » (Médecin soigne-toi, toi-même, Proverbe Latin).

Ce qui signifie en d'autres termes que le médecin doit autant prendre soin de lui qu'il prend soin de ses patients.

« La santé est une histoire de médecins, mais les médecins et leur santé, c'est une sale histoire » (1).

L'état de santé des médecins et notamment la façon dont ils prennent soin d'eux est une problématique qui m'a interpellé assez tôt au cours de mon cursus universitaire. J'ai moi-même rapidement fait l'expérience de l'autodiagnostic et de l'automédication. Je me considérais suffisamment en bonne santé pour pouvoir m'auto-soigner et passer outre la consultation chez mon médecin traitant.

Or, nos connaissances médicales ne nous rendent pas moins vulnérables face aux problèmes de santé et je pense que tout médecin devrait faire part d'humilité et accepter le fait que nous sommes humains avant d'être professionnels de santé et de ce fait tous égaux face à la maladie.

J'ai choisi de travailler sur ce sujet car pour moi les médecins négligent trop souvent le principe selon lequel, en se protégeant et se soignant eux-mêmes, ils sont en meilleure capacité de protéger et soigner les autres (leurs patients). De plus, pour se soigner correctement il est essentiel de se faire suivre par un confrère.

1 INTRODUCTION

La santé est la préoccupation quotidienne majeure des français (81 %) devant leurs ressources (67 %) et l'emploi (66 %) selon le baromètre DOMPLUS BVA de novembre 2016 (2).

L'état de santé des médecins, en particulier les médecins généralistes, est une thématique qui fait parler d'elle de façon récurrente ces dernières années.

De nombreuses études, enquêtes et travaux de thèse ont abordé ce sujet et tenté de trouver des réponses à ces interrogations (3–12) : Qui soigne les médecins ? Les médecins se soignent-ils mal ? Quel est l'état de santé des médecins ? Quelles solutions proposer ?

1.1 Le médecin malade : état des lieux de la santé des médecins en France

D'après une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) réalisée en 2008 sur 1 900 médecins généralistes de cinq régions françaises, 80 % des médecins interrogés se considéraient en bonne ou très bonne santé (5).

Pourtant certains chiffres alarment :

- Parmi ces mêmes médecins se percevant en bonne ou très bonne santé, 72 % déclaraient être fatigués de manière répétée, 64 % être stressés et 37 % avoir des troubles du sommeil. Et parmi les médecins se percevant en mauvaise santé, 95 % déclaraient être fatigués de manière répétée, 80 % être stressés et 68 % avoir des troubles du sommeil (5).

- Une enquête pilotée par le Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) de l'Eure et de la Seine-Maritime en 2008 a mis en évidence un état d'épuisement psychique chez 27 % de médecins libéraux ; 32 % des médecins généralistes se disaient atteints de troubles anxiodépressifs ou de burn-out (6).

- 80 % des médecins généralistes n'avaient pas de médecin traitant personnel (ou étaient leur propre médecin traitant) ; conséquences de ce choix : auto-diagnostic, automédication et consultations (parfois trop) tardives (3,13).

- D'après un sondage fait en France en 2019 auprès de 301 médecins libéraux, 57 % des médecins généralistes considéraient qu'ils étaient moins bien soignés que leurs patients, 36 % avaient un confrère qui ne devrait plus exercer du fait de sa santé, 81 % ont renoncé à un arrêt de travail alors qu'ils étaient malade, 14 % présentaient une addiction et 50 % connaissaient un confrère qui en avait une (13).

- Du côté des étudiants, le constat n'est pas moins critique. D'après une enquête du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) en 2016, sur 8 000 étudiants en médecine et jeunes médecins interrogés un quart déclarait être en moyenne ou en mauvaise santé (14).

L'état de santé psychique des médecins interpelle. Le stress à court ou long terme, entraîne de nombreux effets sur le plan physique et psychique. Notamment dans le milieu médical où le stress ressenti par le praticien impactera son travail et indirectement ses patients. Effectivement cet état peut conduire à une baisse de la qualité des soins, des manifestations d'irritabilité, des erreurs médicales plus ou moins grave, ou encore des examens et traitements inappropriés.

Le stress peut, s'il perdure, entraîner un burn-out ou encore une dépression.

En effet le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais burnout, se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».

Selon Christina Maslach, psychologue sociale américaine, le burn-out peut être décomposé en trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence) et la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle (15).

Les conséquences du burn-out sont nombreuses tant au niveau individuel (état dysphorique, troubles somatiques atypiques, troubles du sommeil, asthénie, addiction, divorce, suicide...) qu'inter-individuel (irritabilité, distanciation interpersonnelle, prise en charge défectueuse des patients, conflits...) et collectif (absentéisme élevé, inefficacité, appréhension devant les responsabilités...) (16).

La Commission nationale permanente (CNP) a publié en 2008 un rapport intitulé « le médecin malade » (17) suite aux nombreux échos des conséquences de l'épuisement professionnel dans le milieu médical. Au-delà de la santé mentale du médecin, elle s'est aussi intéressée à la santé physique et la maladie organique ainsi qu'au retentissement de la maladie sur son activité ; « *peut-il exercer et comment ?* ». Ainsi dans son rapport, la CNP mettait en valeur quatre items fondamentaux :

- 1) L'incapacité du médecin à gérer sa propre couverture sociale et sa propre prise en charge de prévoyance.
- 2) La solitude, la pudeur et l'esprit d'indépendance du médecin.

- 3) La confraternité, devenue une véritable utopie dans un grand nombre de cas (isolement, concurrence, jalousie, mal vivre, stress, déception professionnelle, etc...).
- 4) Le manque d'humilité face à son propre état de santé et la « cécité professionnelle » quant à sa prise en charge.

Dans ce rapport, la CNP faisait le point sur la santé organique d'une part, en abordant le problème de l'automédication et de la nécessité d'une vraie relation patient (médecin soigné)-médecin.

Une autre problématique soulevée était celle de la survie financière du cabinet en cas d'arrêt maladie et l'intérêt d'affiliation à des prévoyances santé.

Enfin, le rapport s'intéressait à la santé mentale des médecins en mettant en avant les problèmes d'addictions, de burn-out, de pathologies psychiatriques invalidantes.

Des axes d'améliorations ont été proposés pour pallier ces problèmes, avec des solutions individuelles, au niveau départemental et national :

- Le signalement du médecin en difficulté par une cellule de dépistage au sein de chaque Conseil départemental de l'ordre.
- La nécessité d'une organisation incitative voire obligatoire de la prévoyance.
- L'organisation de visites médicales régulières, la création de centres d'addictologie et de santé mentale dédiés aux médecins.
- La limitation intelligente de l'auto-prise-en-charge et de l'auto-prescription.
- La proposition de reconversion professionnelle aux médecins ne pouvant plus exercer leur métier avec mise en place de fichiers d'offres et demandes (de type banque d'emplois potentiels).

1.2 Solutions proposées aux professionnels de santé pour mieux se prendre en charge

En réaction à ces constats sur la santé des professionnels de santé, de nombreux projets et structures ont vu le jour, créés spécifiquement pour les médecins, tels que :

- La campagne de communication « Dis doc, t'as ton doc ? » créée par la commission de Santé des médecins anesthésistes-réanimateurs au travail (SMART) pour sensibiliser les médecins à l'auto-prescription et leur faire comprendre qu'il est essentiel de se faire suivre par un confrère (3).

- L'entraide ordinale, organisée et gérée par la profession elle-même.

Elle a pour but d'apporter un soutien confraternel aux médecins en difficulté ou à leur familles, que les difficultés soient d'ordre financier, juridique, administratif, organisationnel ou médical. L'entraide ordinale met à disposition des médecins une ligne téléphonique de soutien joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sur un numéro vert gratuit. Elle coopère avec un réseau d'association de proximité comme l'Association régionale d'entraide du nord-est (ARÈNE) ou l'Association pour les soins aux soignants (APSS) (18).

- Des centres d'écoute avec des permanences téléphoniques.

L'Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML) créée en 2004, est animée par des psychologues. Elle s'oriente sur les problèmes d'ordre psychologique et elle s'adresse à l'ensemble des soignants français (19). L'association médecin organisation travail santé (MOTS), créée depuis 2010 existe dans plusieurs régions, et est joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 gratuitement. C'est une structure dédiée à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel et personnel (20).

- La mise en place de consultations de médecine préventive.

La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) s'est lancée dans ce projet en 2016, initialement en Bretagne, en proposant un bilan de santé complet aux médecins, projet qui a ensuite été généralisé sur toute la France (4). L'Association Imhotep en Haute Normandie avait pour but d'optimiser la prise en charge du médecin-malade, en lui apportant une aide psychologique et en proposant un suivi de son état de santé (mais elle s'est dissoute en 2011 faute de financement, de médecins consultants et de médecins consultants) (21). Dans la même idée, l'association Inter.Med, créée en 2015 dans le Gard, a mis en place des consultations destinées aux médecins, internes et étudiants dans l'objectif d'aborder quatre dimensions du bien-être du médecin-patient (biomédicale, psychologique, vie au travail et vie personnelle), elles étaient assurées par des médecins généralistes volontaires (22).

- Il existe depuis quelques années un Diplôme inter-universitaire (DIU) « soigner les soignants » destiné à tous médecins inscrit au tableau de l'ordre (libéral, salarié, retraité) mis en place par l'université Paris-Diderot à l'initiative des professeurs Éric Galam et Jean-Marc Soulat (23). Il s'adresse aux soignants souhaitant s'impliquer de façon individuelle ou collective dans la prise en charge des professionnels de santé.

Les travaux de thèses et certaines études s'accordaient toutefois sur le fait que les médecins généralistes avaient une prise en charge correcte en termes de santé physique et prévention par rapport à la population française (5,12,24–27).

En effet :

- Ils étaient plus nombreux à se déclarer en bonne ou très bonne santé et rapportaient moins de maladie chronique ;
- Ils étaient aussi plus attentifs à leur hygiène de vie (surcharge pondérale moins fréquente, consommation d'alcool à risque plus faible, meilleure prise en compte des risques liés au tabac) ;
- Leur couverture vaccinale était bonne (mais pas parfaite) ;
- Et leur participation aux dépistages des cancers était au moins équivalente voire meilleure.

Cependant les résultats concernant leurs parcours de soin et leurs états de santé psychique étaient moins satisfaisants (5,12,24–27) :

- 60 à 80 % des médecins généralistes s'étaient auto-déclarés leurs propres médecins traitants ;
- Ils avaient souvent recours à l'auto-prescription de médicaments et d'exams complémentaires, généralement sans avis spécialisé ;
- Les arrêts de travaux étaient pris en dernier recours, avec une reprise souvent précoce ;
- Sur le plan psychique : les symptômes de stress, fatigue, trouble du sommeil et de burn-out étaient (trop) fréquents. Associés à une consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques (auto-prescrits) inquiétants.

Les médecins généralistes interrogés dans ces études étaient toutefois ouverts voire demandeurs d'une prise en charge dédiée (5,12,24–27).

1.3 Ailleurs dans le monde, la santé des médecins est aussi une préoccupation majeure

La nécessité de créer des structures dédiées à la prise en charge des médecins existe depuis plusieurs années voire plusieurs décennies dans différentes régions du globe.

Ces projets et structures ont pour objectif d'aider les professionnels de santé en difficulté et de leur proposer un suivi médical adéquat.

On peut par exemple citer :

- Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ), créé en 1990. C'est un organisme à but non lucratif, autonome, qui propose un soutien téléphonique. Depuis 2008, il organise aussi un colloque international sur la santé des médecins (28).
- Le Programme d'attention intégrale au médecin malade (PAIMM) en Catalogne. Il a été créé en 1998 par le Collège des Médecins de Barcelone. Cette structure a pour mission d'aider les praticiens en souffrance psychique ou présentant une addiction (premier contact téléphonique, puis le médecin demandeur remplit une demande d'adhésion au programme, et l'intègre sous un nom d'emprunt (respect de l'anonymat) (29).
- Le Doctors' health South Australia (DHSA) à Adelaïde, en Australie. C'est une organisation indépendante visant l'amélioration de la santé des médecins et des étudiants en médecine. Cette structure propose des consultations dédiées aux médecins. Le suivi par un médecin généraliste de référence est vivement recommandé. Si le médecin demandeur de soins n'en a pas, un médecin généraliste référent (équivalent au « médecin traitant » français) appartenant au réseau de l'organisation lui est proposé (30).
- La Federation of State Physician Health Programs (Confédération des Programmes de Santé des Médecins) aux États-Unis. C'est un organisme à but non lucratif qui a été créé en 1991. Leurs programmes fournissent une première évaluation confidentielle suivie d'un traitement si besoin, des ressources et une surveillance. L'objectif étant d'améliorer la santé des professionnels de la santé et indirectement contribuer à des soins de qualité aux patients (31).
- La structure Villa Sana créée en 1998 en Norvège. C'est un centre de ressource qui a vu le jour par la collaboration de l'association médicale norvégienne et Modum Bad. Ce projet propose un séjour dans des chalets aux médecins en demande d'aide pour prévenir l'épuisement professionnel ou la dépression. Ils proposent deux types de programme : des cours hebdomadaires et des conseils individuels. Ils sont aussi joignables par téléphone pour des conseils courts ou une assistance (32).

1.4 Qu'en est-il de l'évaluation de l'état de santé des médecins sur l'île de La Réunion ?

A La Réunion deux travaux de thèse sur la santé des médecins ont été réalisés :

- Une thèse quantitative soutenue en 2017 par Dr Sylvain Robert (27), qui portait sur le parcours de soin coordonné des médecins libéraux (généraliste et autres spécialistes) à La Réunion. Ses objectifs étaient de déterminer le pourcentage des médecins libéraux auto-déclarés médecins traitants, d'évaluer leur consommation de soin, d'estimer le pourcentage d'auto-prescription, de déterminer les freins à la consultation de pairs et de déceler les besoins d'un système de soin dédié.

- Une thèse qualitative, soutenue en 2017 par Dr Laetitia Lebreton (11), dont l'objectif était de comprendre les processus mis en œuvre par les médecins vis-à-vis de leur santé. Elle mettait en évidence une ambivalence concernant les médecins face à leur santé avec une volonté de bien se soigner mais une certaine négligence avec des actions pas toujours en accord avec leurs objectifs. Il ressortait de cette étude un besoin de prise en charge mais les médecins restaient toutefois indécis quant aux modalités de gestion de leur santé.

Toutefois, aucune étude quantitative récente sur l'état de santé des médecins généralistes n'a été réalisée à La Réunion.

Nous avons donc souhaité interroger les médecins généralistes sur leur perception de leur santé, leurs habitudes de vie et leur consommation de soins.

Ainsi nous avons défini cette question de recherche : quelle est l'attitude des médecins généralistes réunionnais face à leur propre santé en matière de prévention, dépistage et santé psychique ?

L'objectif principal de cette étude étaient de décrire l'attitude des médecins généralistes de La Réunion face à leur propre santé en matière de parcours et consommation de soin, de prévention et de santé psychique. Les objectifs secondaires étaient de comparer les indicateurs de santé aux données disponibles pour les médecins (généralistes) français et à la population générale française. Et discuter des actions pouvant être envisagées à La Réunion pour promouvoir et améliorer la santé des généralistes.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale.

2.2 Population étudiée

La population cible est représentée par l'ensemble des médecins généralistes en activité et inscrits à l'ordre des médecins de La Réunion durant le recueil des données.

Les médecins généralistes retraités et les médecins remplaçants non thésés sont donc exclus de l'étude.

2.3 Recueil de données

Le recueil de données a été effectué à l'aide d'un auto-questionnaire de type « Google Forms ». Celui-ci a été élaboré de façon à respecter l'anonymat du répondant.

Le questionnaire a été adressé une première fois par courriel à l'ensemble des médecins généralistes de La Réunion en passant par l'intermédiaire du Département universitaire de médecine générale (DUMG) de la Réunion) et de l'Union régionale des médecins libéraux de l'océan Indien (URML-OI) suivi de deux relances à ces deux organismes.

Une diffusion du lien du questionnaire a aussi été faite via les réseaux sociaux.

La période de recueil s'est étendue d'avril 2021 à janvier 2022.

Le questionnaire (Annexe 1) comportait 55 questions réparties en 5 sous-parties (données générales, parcours de soin, prévention, santé psychique et solutions). Il était composé de questions fermées à choix uniques ou multiples ainsi que de questions à réponses courtes ouvertes.

2.4 Outils statistiques et stratégies d'analyse

Une base de données informatique a été créée avec le logiciel Microsoft Office Excel version 2021.

L'analyse des données a été effectuée en utilisant ce même logiciel ainsi que des logiciels de biostatistique en ligne (BiosTGV et wstat) (33,34).

Une partie des résultats a été analysée en fonction du sexe et de la classe d'âge pour permettre une comparaison avec les recommandations d'experts et les données nationales.

Les résultats de cette étude ont été comparés aux données de la population française en se basant sur le rapport de la DRESS et de Santé Publique France de 2017 ainsi que le Baromètre santé de 2020, celui de 2014 Département d'Outre-Mer (DOM) et du Baromètre Cancer 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) (35–38).

Santé publique France a lancé en 2021 une nouvelle enquête-baromètre auprès de la population métropolitaine française ainsi que dans les DOM, les résultats seront disponibles courant 2022.

Dans le cas des médecins généralistes, certains résultats ont été comparés aux données disponibles, notamment celles de l'enquête de la DRESS publiée en 2010 sur l'état de santé physique et psychique des médecins généraliste (5) et 4 principales thèses d'exercice de médecine générale :

- « La santé des médecins généralistes. Enquête réalisée auprès de 220 médecins généralistes de l'Aveyron » de S.Andrieu en 2018 (24).
- « La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 » de L.Galice en 2014 (12).
- « Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var » de M.Lionnet en 2017 (25).
- « Attitude des medecins generalistes envers leur propre santé » de Romain Suty en 2006 (26).

2.5 Éthique

L'étude était une recherche non interventionnelle qui entrait dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine.

Elle comprenait des données de santé. Toutefois l'anonymat des participants a été préservé notamment avec l'absence de tout critère d'identification, d'âge, de date de naissance ou de coordonnées.

Leur participation se faisait sur la base du volontariat en répondant à un questionnaire en ligne anonyme. Ils étaient informés de l'objectif de l'étude. Les données récoltées ont été consignées de façon protégée et utilisées qu'à des fins de recherche pour ce travail de thèse.

Les données anonymisées seront détruites après cette recherche.

Une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été déposée sous le n° de dossier 2225302.

L'avis du Comité de protection des personnes n'a pas été sollicité.

3 RESULTATS

3.1 Analyse de la population

1 187 médecins généralistes étaient inscrits au CDOM de la Réunion au 1^{er} janvier 2021.

Nous avons obtenu 130 réponses à notre questionnaire.

Ce qui équivaut environ à 11 % de la population cible.

3.1.1 Par âge

L'âge de l'échantillon se répartit entre 27 et 65 ans, l'âge moyen est de 42 ans.

La médiane d'âge de la population était 40 ans.

3.1.2 Par sexe

Les participants de notre étude étaient majoritairement des femmes.

L'échantillon était composé de 58,5 % (n=76) de femmes et 41,5 % (n=54) d'hommes.

3.1.3 Par situation familiale

Concernant la situation familiale, 85,4 % (n=111) des médecins généralistes Réunionnais étaient en couple et 14,6 % (n=19) étaient célibataires.

3.1.4 Par condition d'exercice

Parmi les 130 participants, 26,2 % (n=34) était médecins généralistes remplaçants, à noter que 8 % des remplaçants ont précisé avoir une activité libérale ou mixte ; 5,4 % (n=7) avaient une activité hospitalière (ou exerçaient dans une structure publique ou privée) ; la majorité des médecins généralistes travaillaient dans le libéral : 9,2 % (n=12) étaient installés seuls en cabinet alors que 49,2 % (n=64) travaillaient en cabinet de groupe ; 10 % (n=13) pratiquaient une activité mixte (libéral/hospitalière ou en structure).

N=130	
Age (ans)	
≤ 30	20 (15,4 %)
31 -40	48 (36,9 %)
41 - 50	27 (20,8 %)
> 50	35 (26,9 %)
Sexe	
Féminin	76 (58,2 %)
Masculin	54 (41,5 %)
Situation familiale	
En couple	111 (85,4 %)
Célibataire	19 (14,6 %)
Conditions d'exercice	
Remplaçant	34 (26,2 %)
Cabinet libéral, seul	12 (9,2 %)
Cabinet libéral, en groupe	64 (49,2 %)
Salarié	7 (5,4 %)
Mixte	13 (10 %)

Tableau 1 : Caractéristiques individuelles et mode d'exercice des médecins généralistes de l'étude

3.2 Évaluation de leur propre santé et comportement général face au système de soin

3.2.1 État de santé et suivi médical

Les médecins généralistes réunionnais se considéraient en très bonne santé pour 52,3 % (n=68) d'entre eux, alors que 44,6 % (n=58) s'estimaient en bonne santé et 3,1 % (n=4) en mauvaise santé.

35,4 % (n=46) des médecins jugeaient leur prise en charge et suivi médical bon, alors qu'il était moyen pour 49,2 % (n=64) d'entre eux et mauvais pour 10,8 % (n=14).

Ils estimaient avoir un suivi médical régulier pour 13,1 % (n=17) d'entre eux ; 30 % (n=39) le considéraient irrégulier.

Parmi les 4 médecins qui se considéraient en mauvais état de santé, ils avaient tous déclaré avoir un suivi médical irrégulier ; la moyenne d'âge était de 45 ans.

Concernant les personnes travaillant en structure publique ou privé (91 réponses), 27,5 % (n=25) avait déjà vu un médecin du travail alors que 72,5 % (n=66) non.

La date de la dernière visite était très variable (26 réponses), s'étendant de 1998 à septembre 2021.

3.2.2 Maladie chronique et observance thérapeutique

26 participants (20 %) ont déclaré souffrir d'une maladie chronique.

Ils déclaraient avoir une observance thérapeutique parfaite dans 25,5 % des cas, correcte dans 55,9 %, mais 18,6 % la considérait médiocre.

3.2.3 Médecin traitant déclaré et consultations

Concernant leur médecin traitant déclaré :

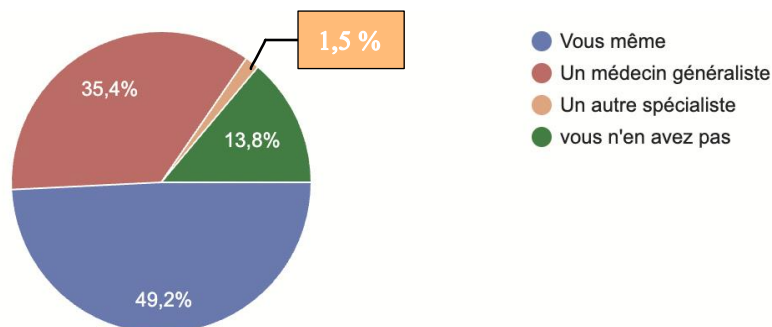


Figure 1 : Répartition selon le choix de déclaration du médecin traitant

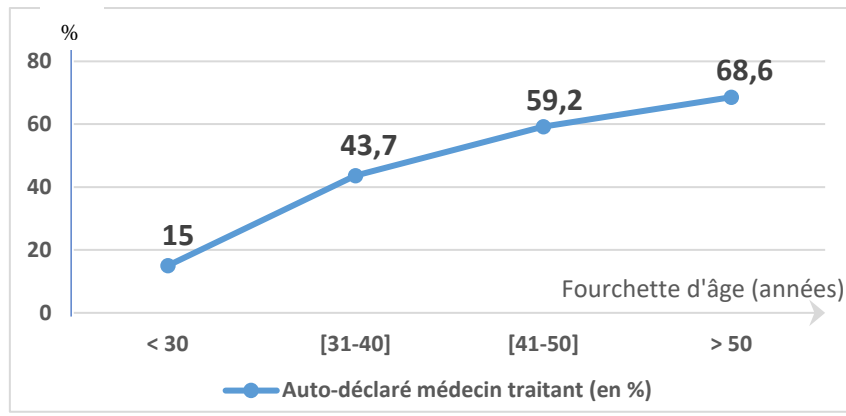


Figure 2 : Répartition de l'auto-déclaration médecin traitant en fonction de l'âge

Presque la moitié des participants (49,2 % ; n=64/130) s'était déclaré en tant que leur propre médecin traitant. L'auto-déclaration comme médecin traitant augmentait avec l'âge.

Parmi les 66 répondants restants, 46 personnes avaient choisi un autre médecin généraliste comme médecin traitant, 2 avaient choisi un autre spécialiste et 18 n'en avaient pas déclaré.

En cas de problème de santé aigu, les participants consultaient plus souvent un autre spécialiste qu'un médecin généraliste, mais la majorité d'entre eux ne consultaient pas.

En effet 13,1 % (n=17) consultaient un médecin généraliste, 31,5 % (n=41) un autre spécialiste alors que 55,4 % (n=72) déclaraient ne pas consulter en cas de problème de santé aigu.

3.2.4 Arrêts de travail

Sur les 130 médecins participants, un peu moins de la moitié soit 46,2 % (n=60) avait déjà été en arrêt de travail depuis le début de leur carrière. Alors que 53,8 % (n=70) déclarait ne jamais l'avoir été. Parmi les 60 médecins généralistes réunionnais ayant déjà été en arrêt de travail, un participant n'a pas donné son motif d'arrêt de travail (hospitalisation sans précision) et 5 participants ont été en arrêt à deux reprises (59 réponses pour 64 motifs). Vingt-sept participants ont précisé la durée de leur arrêt de travail.

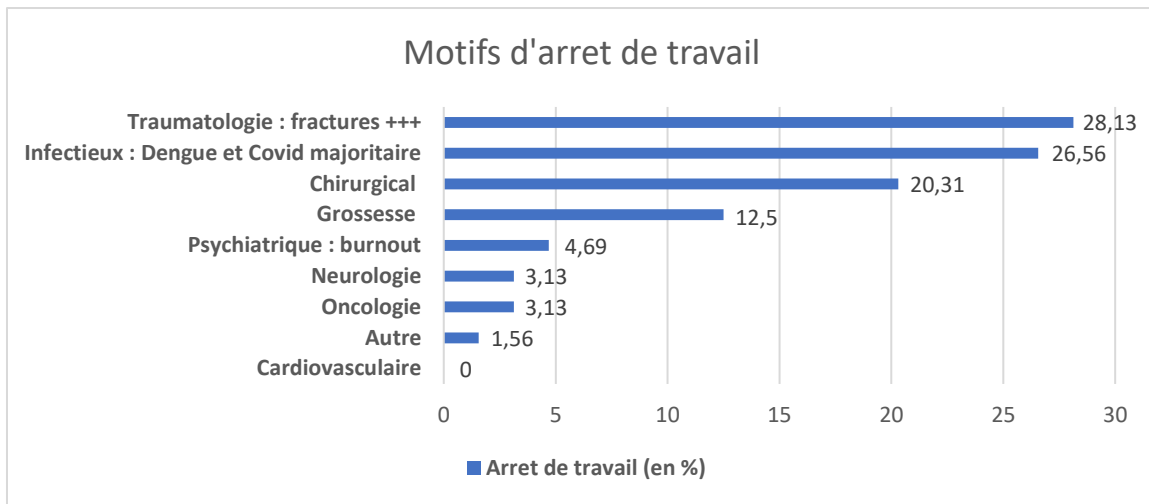


Figure 3 : Répartition des arrêts de travail selon le motif

Durée d'arrêt de travail	(n=27/60)	%	Motifs d'arrêt de travail
< 7 jours	10	37,04 %	Majoritairement infectieux, puis traumatologie légère
7 à 30 jours	6	22,22 %	Majoritairement traumatologie et chirurgie, puis infectieux long
> 30 jours	11	40,74 %	Psychiatrie (6mois-1an) et oncologie

Tableau 2 : Répartition des arrêts de travail selon la durée de l'arrêt

3.2.5 Auto-prescription

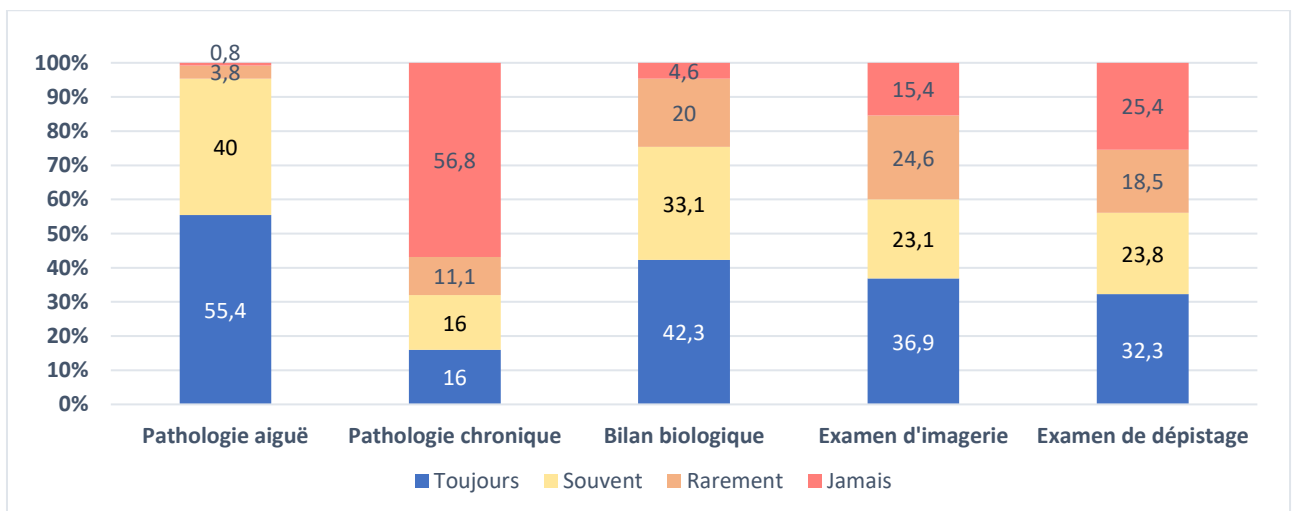


Tableau 3 : Répartition de la fréquence de l'auto-prescription (en pourcentage) selon le type de prescription ou le motif de pathologie

Les auto-prescriptions dans le cadre de pathologies aiguës étaient majoritairement des antalgiques (toutes classes confondues, 55,36 % des auto-prescriptions médicamenteuses), des antibiotiques (23,53 %) et des psychotropes (9,68 %).

Parmi les classes médicamenteuses les plus fréquemment auto-prescrites dans le cadre de pathologies chroniques on retrouvait les antalgiques (30,9 %), les traitements pour l'asthme (16,4 %), la contraception hormonale (12,7 %) et les psychotropes (7,2 %).

3.3 Prévention

3.3.1 Hygiène de vie

3.3.1.1 Tabac

Concernant la consommation tabagique des médecins généralistes de notre étude, 61,5 % (n=80) d'entre eux n'ont jamais fumé ; 13,8 % (n=18) déclaraient une consommation occasionnelle alors que 6,9 % (n=9) fumaient quotidiennement ; 17,7 % (n=23) des participants se considéraient sevrés du tabac.

Tabagisme selon le Sexe (en %)	Jamais	Occasionnel	Quotidien	Sevré	
Hommes	57	13	11	19	100 %
Femmes	64	15	4	17	100 %

Tableau 4 : Répartition des médecins fumeurs selon le sexe et la fréquence de consommation (en pourcentage)

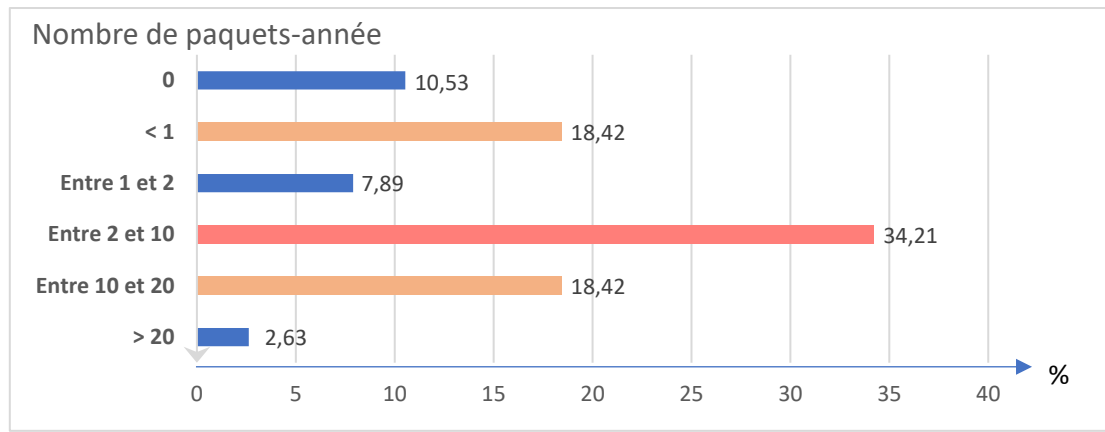


Figure 4 : Consommation de tabac en nombre de paquet-année chez les fumeurs occasionnels, quotidiens et sevrés (en pourcentage)

3.3.1.2 Alcool

Les médecins généralistes ont été interrogés sur leur consommation d'alcool. La majorité d'entre eux déclaraient avoir une consommation occasionnelle (63,8 %, n=83), soit 3 fois ou moins par semaine.

Pour 25,4 % (n=33) d'entre eux elle était de plus de 3 fois par semaine (« régulière » dans le questionnaire). 9 médecins (6,9 %) n'en consommaient jamais alors que 5 participants (3,8 %) rapportaient une consommation quotidienne.

En observant la consommation d'alcool régulière (« plus de 3 fois par semaine ») selon l'âge :

- 40 % des moins de 30 ans déclaraient avoir ce type de consommation
- Ils étaient 33 % parmi les des 31-40 ans
- 26 % des 41-50 ans avaient une consommation quotidienne à régulière
- ils n'étaient que 20 % à déclarer cette consommation chez les >50 ans.

Consommation d'alcool selon le Sexe (%)	Jamais	Occasionnel (≤ 3 fois par semaine)	Régulier (> 3 fois par semaine)	Quotidien	
Hommes	5,5	63	27,8	3,7	100 %
Femmes	7,9	64,5	23,7	3,9	100 %

Tableau 5 : Répartition de la consommation d'alcool selon le sexe et la fréquence (en pourcentage)

3.3.1.3 Autres drogues

À la question « consommez-vous d'autres drogues » ?

La grande majorité des médecins généralistes réunionnais (81,5 %) n'avait jamais consommé de drogues (autres que le tabac ou l'alcool). Trois participants (2,3 %) ont déclaré en consommer quotidiennement, six autres (4,6%) en consommer au moins une fois par semaine. Cinq médecins (3,8 %) déclaraient être usagers occasionnels. Les 10 médecins généralistes restant de notre étude (7,7 %) n'en consommaient que rarement.

Consommation d'autres drogues	Quotidien	Régulier (≥ 1x/semaine)	Occasionnel (≥ 1x/mois)	Rarement (< 1x/mois)	Jamais	
Pourcentage et effectifs	2,3 % (n = 3)	4,6 % (n = 6)	3,8 % (n = 5)	7,7 % (n = 10)	81,5 % (n = 106)	100 % (n = 130)

Tableau 6 : Consommation de drogues autres et fréquence d'usage

3.3.1.4 Activité physique

Sur les 130 participants,

- 117 médecins déclaraient pratiquer une activité physique
- 13 n'en pratiquaient pas.

Concernant la durée moyenne de leurs séances de sport, elle était dans la grande majorité des cas supérieure à trente minutes. Sur les 117 personnes pratiquant une activité physique, 51 médecins (43,5 %) faisaient des séances de plus d'une heure, 11 d'entre eux (9,5 %) l'estimaient à moins de trente minutes et 51 autres (43,5 %) entre trente minutes et une heure ; 4 personnes (3,5 %) n'ont pas précisé la durée de leur séance.

A la question « à quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique » les résultats étaient repartis comme suit :

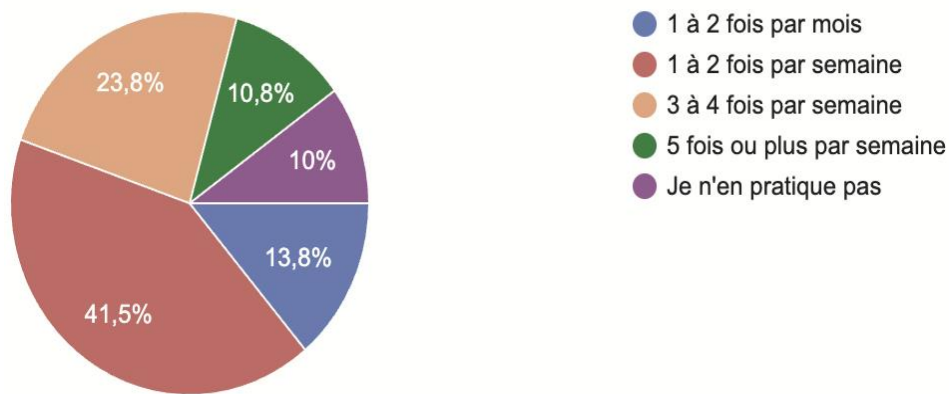


Figure 5 : Fréquence de pratique d'activité physique (en pourcentage)

Dans notre étude, ils étaient 10,8 % (n=14) à pratiquer une activité physique au moins 5 fois par semaine et tous faisaient des séances de 30 minutes ou plus (dont 7 qui déclaraient faire des séances de plus d'1h).

3.3.2 Facteurs de risque cardio vasculaire

La taille et le poids des médecins généralistes ont été renseignés dans le questionnaire ce qui a permis de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) de chaque médecin, et d'établir leur catégorie de corpulence en se basant sur les seuils fixés par l'OMS.

- 3,1 % (n=4) des médecins généralistes avaient un IMC < 18.5 kg/m² (« maigreur »)
- 72,3 % (n=94) avaient un IMC considéré comme « normal » entre 18.5 et 25 kg/m²,
- 23 % (n=30) étaient en « surpoids » avec un IMC entre 25 et 30 kg/m².
- enfin 1,5 % (n=2) avaient un IMC ≥ 30 kg/m² (« obésité »).

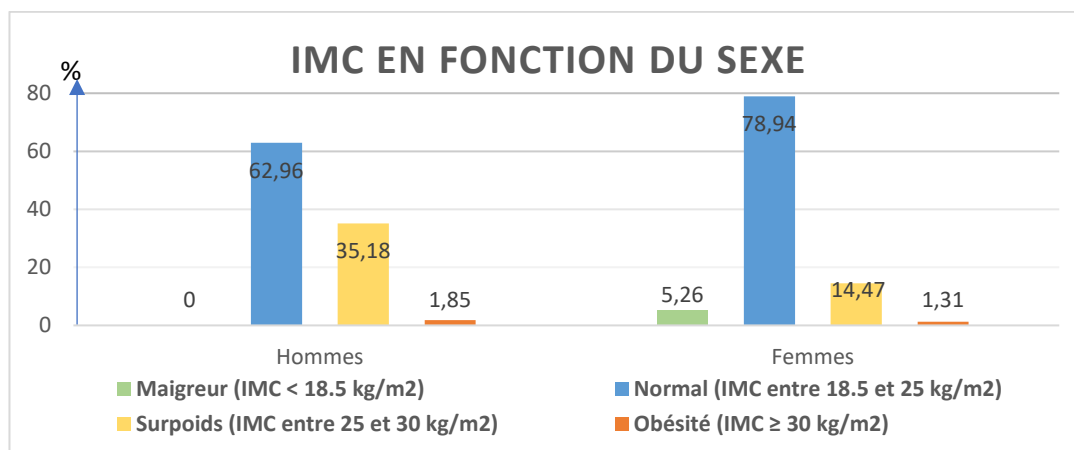


Figure 6 : Répartition des IMC selon le sexe

3.3.2.1 Pression artérielle

Tous les médecins interrogés avaient déjà réalisé un contrôle de leur tension artérielle. 80 % (n=104) des participants avaient mesuré leur tension artérielle il y a moins d'un an. Alors que la dernière mesure datait de plus d'un an pour 20 % (n=26) d'entre eux.

3.3.2.2 Exploration des anomalies lipidiques

Sur les 130 participants, 76,8 % d'entre eux (n=100) avaient réalisé leur dernière exploration des anomalies lipidiques il y a moins de 5 ans ; deux de ces cent personnes avaient une dyslipidémie connue. En regardant plus précisément par catégorie d'âge et par sexe, 85 % des hommes de plus de 40 ans et 97 % des femmes de plus de 50 ans avaient réalisé une recherche de dyslipidémie il y a moins de 5 ans.

3.3.2.3 Glycémie à jeun

Aucun des médecins ayant participé à cette étude n'était diabétique. 80,8 % (n=105) des participants avaient réalisé un dosage de leur glycémie à jeun durant les cinq dernières années. Par catégorie d'âge, ils étaient 93,5 % parmi les plus de 45 ans à avoir réalisé ce dosage il y a moins de cinq ans. Parmi ceux ayant un IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$, 79 % avaient dosé leur glycémie à jeun au moins une fois au cours des cinq dernières années. Le dernier contrôle remontait à plus de 5 ans pour 19,2 % (n=25) des médecins ayant répondu.

3.3.3 Statut vaccinal

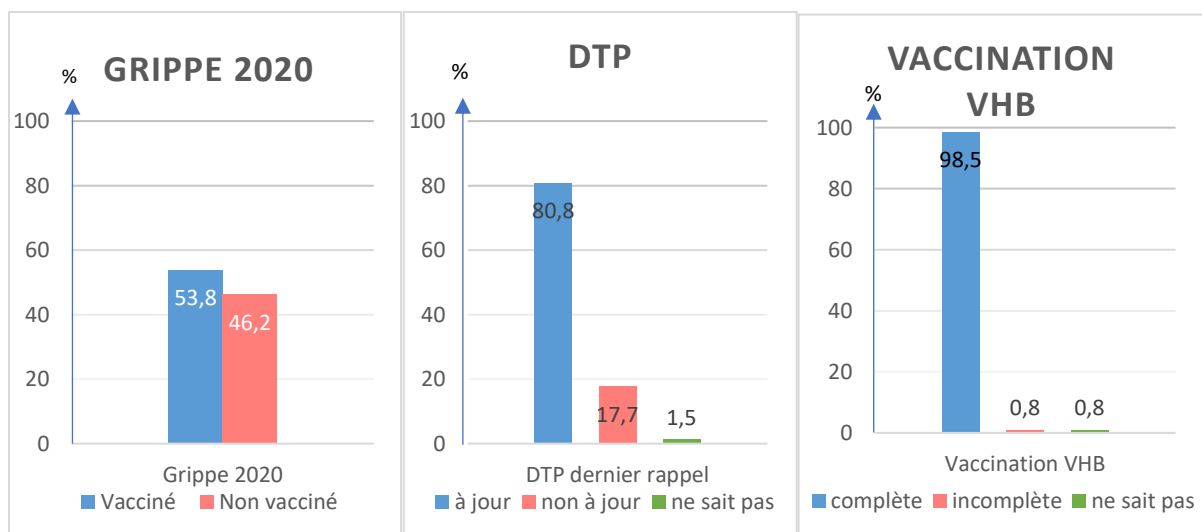


Figure 7 : Statuts vaccinaux concernant la grippe, le DTP et le VHB (en pourcentage)

3.3.4 Dépistages

3.3.4.1 Cancer colorectal

Le dépistage du cancer du côlon repose sur la recherche de sang occulte dans les selles par OC-Sensor ou Hemoccult, tous les deux ans. Il concerne les hommes et les femmes entre 50 et 74 ans qui ne présentent pas de risque particulier en dehors de l'âge (38).

Dans notre étude, ils étaient 36 participants à être âgés de 50 ans ou plus.

A la question concernant le dépistage du cancer colorectal uniquement 23 % (n=30) des participants se sont déclarés concernés par ce dépistage. La raison de la non-éligibilité des 6 autres médecins n'était pas précisée.

Parmi ces 30 participants concernés par ce dépistage :

- 63,3 % (n=19) étaient à jour,
- pour 16,6 % (n=5) d'entre eux le dernier dépistage datait de plus de 2 ans
- et 20 % (n=6) n'avaient encore jamais réalisé cet examen.

3.3.4.2 Cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, il consiste en la réalisation d'une mammographie tous les deux ans (38).

Dans notre étude, 14 femmes étaient âgées de 50 ans ou plus.

13,8 % (n=18) des participantes de cette étude ont déclaré être éligibles à ce dépistage, 4 de ces 18 femmes étaient âgées de moins de 50 ans, la cause de leur éligibilité à ce dépistage n'était pas précisée.

Parmi elles, 72,2 % (n=13) avait réalisé cet examen il y a moins de 2 ans, alors que 27,7 % (n=5) n'étaient pas à jour.

Cependant elles avaient déjà toutes bénéficié d'au moins une mammographie de dépistage au cours de leur vie.

3.3.4.3 Cancer du col de l'utérus

Pour les femmes entre 25 et 65 ans, le test de dépistage est réalisé par examen cytologique lors du frottis cervico-utérin (FCU) :

- les deux premiers tests sont réalisés à 1 an d'intervalle,
- puis, si les résultats sont normaux, un FCU à 3 ans.

Depuis Mai 2018, il est recommandé pour les femmes de 30 ans à 65 ans, de réaliser le test HPV-HR (détection des virus HPV à Haut Risque), plus efficace pour ces femmes. Il est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal puis tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif (39).

Dans un souci de comparabilité de mes résultats aux autres études (datant pour certains d'entre eux d'avant 2018), le questionnaire de cette étude proposait 4 réponses possible « ≤ 3ans ; > 3ans ; Jamais ; Non concerné par ce dépistage). Je n'ai donc volontairement pas pris en compte les nouvelles recommandations de ce dépistage.

Sur les 76 femmes incluses dans cette étude et éligibles à ce dépistage, 73 (56,2 %) participantes ont déclaré être concernées par ce dépistage. Les trois femmes éligibles restantes (âgées de 60, 44 et 28 ans) ont déclaré ne pas être concernée par cet examen de prévention ; la raison n'est pas connue.

Parmi les femmes médecins âgées entre 25 et 64 ans et concernées par ce dépistage, 86,3 % (n=63) étaient à jour de leur dépistage alors que 12,3 % (n=9) d'entre elles n'avaient pas réalisé de FCU depuis plus de 3 ans.

Une femme n'en avait jamais fait, elle était âgée de 28 ans.

3.3.4.4 Dosage du Prostata Specific Antigen (PSA)

S'agissant d'un cancer dont l'évolution est le plus souvent lente, le dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA n'est pas recommandé. Les bénéfices du dépistage sont probablement inférieurs aux inconvénients des examens qu'il entraîne en cas de suspicion d'un cancer, ainsi que des traitements éventuels auxquels sont exposés les patients lorsqu'un cancer est détecté (38).

La question du dosage du PSA a toutefois été posée dans ce questionnaire. Il en ressort que 26 % des médecins généralistes de notre étude avaient déjà réalisé un dosage de PSA (soit 14 hommes sur les 54 ayant participé à l'étude). Ce qui représente 67 % des hommes de plus de 50 ans.

3.3.4.5 Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)

Le dépistage des IST se fait en général par un bilan biologique associée à une analyse d'urine ou prélèvement vaginal. D'après les recommandations HAS concernant la population générale

le dépistage de la majorité des IST doit être réalisé au moins une fois dans sa vie (VIH, VHB, VHC, Chlamydia et Gonocoque) ; le dépistage de la syphilis ne se fait que pour les populations à risque (travailleurs du sexe, homosexuels de sexe masculin et transgenres). Le dépistage du VIH et de Chlamydia et Gonocoque est préconisé une fois par an en cas de pratiques sexuelles non protégées, changement récent de partenaire ou multi partenariat (40). Concernant le dépistage des IST dans notre étude, la grande majorité des participants (87 %) a déclaré y avoir déjà eu recours au moins une fois.

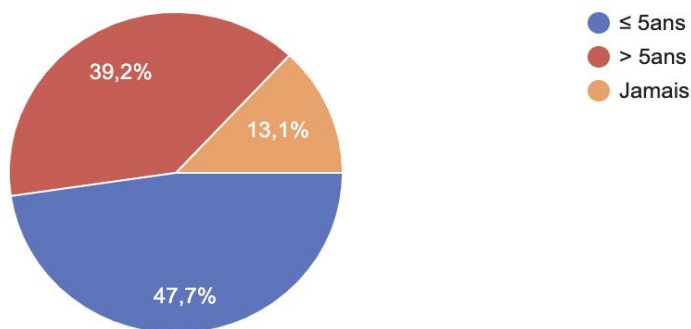


Figure 8 : Répartition du dernier dépistage d'IST selon l'ancienneté

A noter que le délai de 5 ans dans cette question avait été pris en considérant quelques recommandations canadiennes issues d'une revue de la littérature en 2017 (41). Hormis ces études définissant une fréquence de dépistage, le sens clinique du praticien et la prise en compte des facteurs de risques sont les principaux éléments guidant la fréquence des examens de dépistage d'IST (40,41). Nous pouvons constater que parmi les 87 % des participants ayant déjà réalisé un dépistage d'IST, 47,7 % en avait réalisé un « récemment ».

3.4 Santé psychique

3.4.1 Stress

A la question « Du fait de votre profession, diriez-vous que vous êtes stressé ? » les réponses proposées étaient « très stressé, plutôt stressé, peu stressé ou pas de stress ».

Les médecins généralistes réunionnais se disaient « très stressés » dans 6,2 % des cas ; 48,5 % d'entre eux étaient « plutôt stressés » et 40 % se sentaient « peu stressés ». Uniquement 5,4 % des participants ne rapportaient pas de stress en lien avec leur profession.

Parmi les 8 médecins (6,2 %) à avoir déclaré se sentir « très stressés », 3 d'entre eux étaient installés en cabinet seul et 3 autres étaient remplaçants ; on décomptait 6 femmes âgées de 30 à 37 ans dans ce groupe.

A contrario, parmi les 7 personnes (5,4 %) ayant déclaré ne pas ressentir de stress en lien avec leur profession, cinq étaient des hommes ; 4 travaillaient en cabinet libéral de groupe (dont 2 avaient une activité mixte) et les 3 autres étaient remplaçants ; aucun n'était installé en cabinet libéral seul.

3.4.2 Trouble du sommeil

Les troubles du sommeil étaient fréquents chez 13,8 % (n=18) des participants, alors que 46,9 % (n=61) n'en souffrait que rarement voire jamais. 39,2 % (n=51) des médecins interrogés rapportaient un sommeil perturbé occasionnellement.

3.4.3 Burn-out

A la question « Avez-vous déjà ressenti des signes d'épuisement professionnel au cours des 12 derniers mois ? », ils étaient 35,4 % (n=46) à avoir répondu de façon positive.

Toutefois plus de la moitié (61,5 %, n=80) des médecins généralistes de l'étude rapportaient avoir déjà ressenti des signes de burn-out (épuisement professionnel) au cours de leur carrière.

3.4.4 Dépression

Toutes causes confondues 32,3 % (n=42) des médecins inclus dans cette étude avaient déjà vécu un épisode dépressif au cours de leur vie.

Pour 26 % (n=11/42) des médecins ayant vécu une dépression, celle-ci était en lien avec le travail.

Parmi ces 11 médecins :

- On décomptait 7 hommes et 4 femmes
- 9 d'entre eux se disaient « plutôt stressé » à « très stressé » par leur profession,
- 6 médecins étaient âgés de 40 ans ou moins.

4 DISCUSSION

4.1 Étude de la population

A La Réunion au 1er janvier 2021 on décomptait 1 187 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre des médecins, en activité régulière, tout mode d'exercice confondu. Notre étude a donc inclus 11 % de cette population (n=130).

4.1.1 Par âge

En France, l'âge moyen des médecins généralistes en activité est de 49,9 ans selon l'atlas démographique du CNOM de 2021 (42).

Le dernier atlas démographique régional des départements d'Outre-mer (DOM) date de 2015. D'après les données de ce rapport, la moyenne d'âge des médecins généralistes réunionnais était de 50 ans, 17 % d'entre eux avaient moins de 40 ans et 21 % plus de 60 ans (43).

La moyenne d'âge des participants de notre étude était de 42 ans, soit plus jeune que la moyenne nationale et départementale ; 36,9 % d'entre eux étaient âgés de moins de 40 ans et 10,7 % avaient 60 ans ou plus.

4.1.2 Par sexe

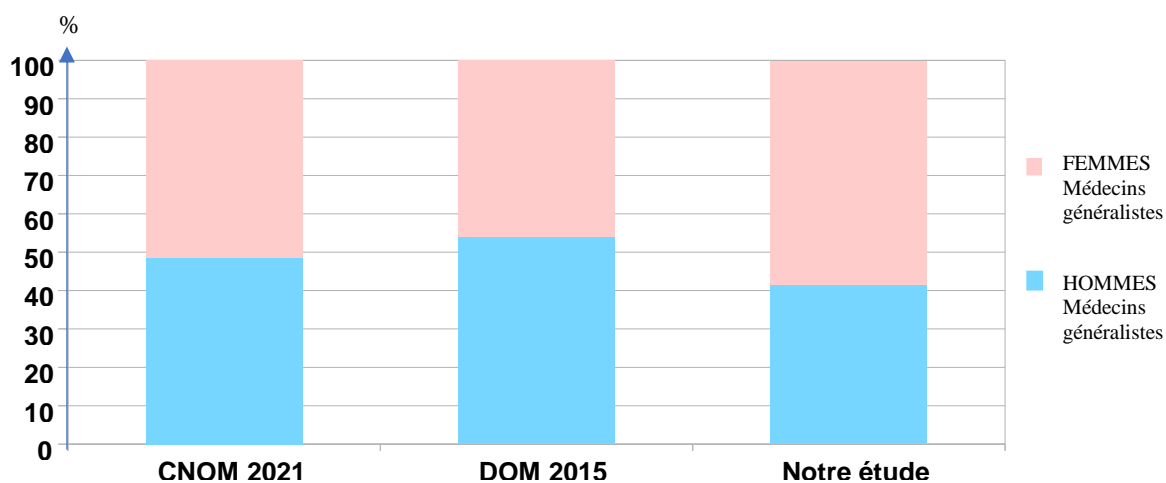


Figure 9 : Comparaison du sex ratio des médecins réunionnais de notre étude, avec les données de recensement du CNOM 2021 et de l'atlas DOM 2015

Nous avons, à l'image du rapport du CNOM, une majorité de femmes généralistes avec un écart entre les sexes plus important.

4.1.3 Par activité

En se basant sur les données de l'atlas démographique du CNOM de 2021, l'activité des médecins généralistes en France est répartie comme suit : libéral 56 %, mixte 6,6 %, salariés 37,3 % (42); L'activité des médecins généralistes réunionnais est davantage libérale : libéral 67,6 %, mixte 2,2 %, salarié 30 % selon l'atlas démographique régional des DOM de 2015 (43).

Dans notre étude nous avons catégorisé le fait d'être remplaçant comme un type d'activité, sans précision sur leur domaine d'exercice principal (libérale, mixte, salarié) ; la répartition d'activité des participants était la suivante : remplaçant 26,2 %, libéral 58,4 %, mixte 10 %, salarié 5,4 %. Malgré le fait que notre étude ciblait l'ensemble des médecins généralistes thésés en activité à La Réunion, nous n'avons eu qu'une minorité de répondants ayant une activité salariée.

La population de cette étude est donc plus jeune et plus féminine par rapport la population française (et réunionnaise) des médecins généralistes mais garde comme eux une activité libérale majoritaire.

4.2 Évaluation de leur propre santé et comportement face au système de soin

4.2.1 Ressenti de santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être.

Les médecins généralistes réunionnais se considèrent en meilleure santé que la population française, réunionnaise ou les autres médecins généralistes français. En effet 96,9 % des médecins généralistes réunionnais interrogés s'estiment en bonne ou très bonne santé (3,1 % se considèrent en mauvaise santé).

A la différence, 68 % des Français se déclarent en bon ou très bon état de santé ; 7,2 % en mauvais état ; et 1,2 % en très mauvais état de santé d'après une étude de la DRESS publiée en 2017 (35). La population réunionnaise, elle, déclare un bon ou très bon état de santé dans 64 % des cas, il est caractérisé par mauvais ou très mauvais par 4 % de la population (37).

La DREES a publié en 2010 les résultats d'une enquête réalisée en 2008 concernant 1 900 médecins généralistes de cinq régions (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) : 80 % se déclaraient en bonne santé (5). Des résultats similaires sont retrouvés dans les thèses des Drs Lionnet et Gallice : respectivement 87 % et 75 % des médecins généralistes interrogés s'estiment en bonne santé (12,25).

Du côté des étudiants en médecine et jeunes médecins français, suite à une étude du CNOM réalisé en France en 2016, il en ressort que 25 % d'entre eux déclarent être en moyenne ou mauvaise santé (14).

A la différence des autres études, nous n'avons pas proposé le choix « assez bonne/moyenne santé » à nos participants, ce qui a pu surestimer notre pourcentage « bonne/très bonne santé ».

4.2.2 Maladie chronique

Les médecins généralistes de l'étude (20 %) rapportent significativement moins de problèmes de santé chronique que la population française (37 %), les médecins généralistes français interrogés dans l'étude de la DRESS (33 %) ou les médecins généralistes du Var (39 %).

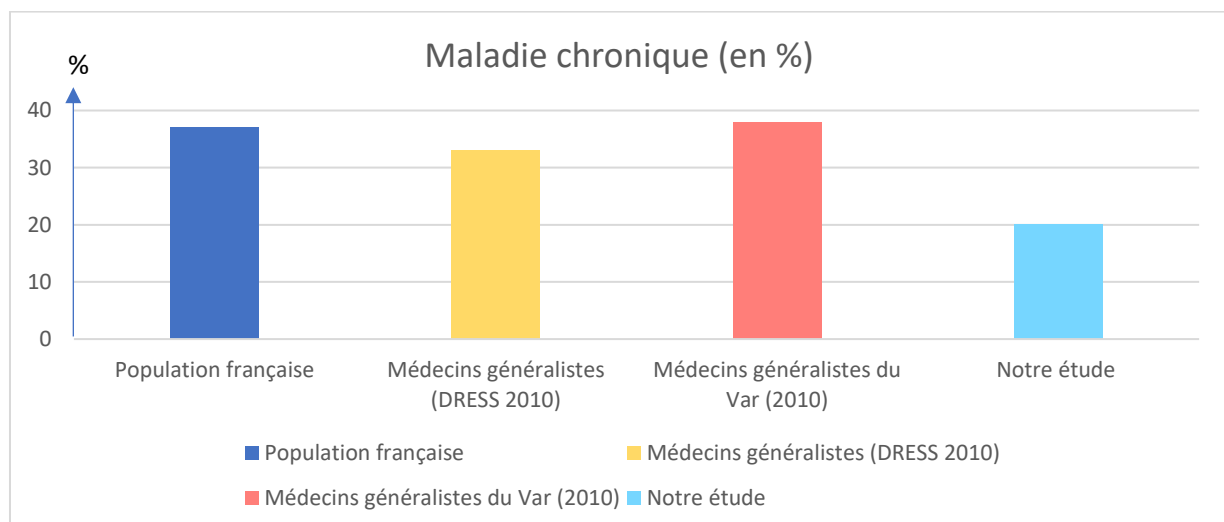


Figure 10 : Proportion de patients présentant une maladie chronique (5,25,35)

L'âge influe sur la propension à déclarer avoir de tels problèmes, la différence de résultats s'explique probablement en partie par notre échantillon plus jeune comparé à la population générale et médicale.

4.2.3 Médecin traitant

La loi santé de 2004 illustrée par l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale, a mis en place le choix du médecin traitant obligatoire pour tous les assurés. « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.». Ainsi, depuis 2004, davantage de médecins ont déclaré un médecin traitant.

Toutefois certaines études tendent à montrer qu'ils sont encore une majorité à s'auto-déclarer comme leur propre médecin traitant. En effet, selon une étude IFOP, 75 % des médecins libéraux sont leur propres médecins traitant (et 81 % chez les médecins généralistes) (13).

L'enquête du CDOM de Haute Normandie retrouve que seuls 20 % des médecins ont désigné un médecin traitant et près de 60 % ont fréquemment recours à l'automédication (6). De même, dans les thèses des Drs R.Suty et Dr S.Robert, respectivement 69,7 % et 60,6 % des participants se sont déclarés comme leur propre médecin traitant (26,27).

En s'auto-déclarant médecin traitant ils perdent tout le bénéfice attendu par la prise en charge d'une tierce personne. Ils sont plus sujet à une auto-analyse plutôt qu'une véritable consultation. Ils sont de ce fait plus rarement interrogés et très peu voire jamais examinés. Les conséquences peuvent être néfastes et non négligeables : retard diagnostique, prise en charge parfois trop tardive, absence de suivi médical, défaut de prévention, interactions médicamenteuses, burn-out...

Dans notre étude ils étaient moins nombreux à s'auto-déclarer comme leur propre médecin traitant (49,2 %). Cependant 13,8 % des médecins ayant participé à notre étude n'avait pas de médecin traitant déclaré. Nous pouvons donc supposer qu'au final 63 % des médecins généralistes réunionnais de notre étude assurent eux-mêmes le suivi de leur propre santé. Ce chiffre se rapproche davantage de celui des études citées plus haut. En analysant par catégorie

d'âge nous constatons que les jeunes médecins (âgés de moins de 40 ans) ont plus tendance à déclarer un confrère qu'eux-mêmes. Cette tendance a aussi été mise en évidence dans les thèses des Drs Gallice et Dr Lionnet (12,25). Du fait de notre échantillon plus jeune que la population médicale française, cette différence en faveur des participants de notre étude est peut être liée à l'âge.

4.2.4 Arrêt de travail

Dans notre étude, plus de la moitié (53,8 %) des participants n'avait jamais été en arrêt maladie depuis le début de leur carrière.

Parmi ceux l'ayant déjà été, les motifs étaient principalement d'ordre traumatologique, infectieux et chirurgical. Les arrêts de courte durée (≤ 7 jours) étaient souvent pour des raisons infectieuses ou traumatologiques alors que les arrêts long (≥ 1 mois) portaient sur des motifs psychiatriques et oncologiques.

Sur le site de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) nous retrouvons ces données concernant les arrêts maladie (44) :

- Arrêts de travail pour affections temporaires bénéficiant d'indemnités journalières : pathologies cancéreuses 31,06 %, pathologies psychiatriques 20,01 %, pathologies rhumatismales 11,42 %, pathologies cardiovasculaires à 6,95 %, pathologies autres à 30,56 %.
- Arrêts de travail pour invalidité : pathologies psychiatriques 42,18 %, pathologies du système nerveux 18,93 %, pathologies cancéreuses 11,94 %, pathologies cardiovasculaires 7,20 %, pathologies autres 19,7 %.

Plusieurs études rapportent un mauvais vécu des arrêts maladie par les médecins libéraux, les poussant souvent à renoncer à cet arrêt ou les reporter sur leurs jours de congé quand cela est prévisible. Les raisons principales les poussant à renoncer sont la conscience professionnelle (par rapport à leur patientèle et leurs collègues), le souci de la continuité des soins, l'absence de remplaçants mais aussi pour des raisons financières et d'organisation du cabinet (7,12,13).

4.2.5 Auto-prescription

Qu'il s'agisse de la prescription des médicaments en situation aiguë (ou chronique), d'examens biologiques ou d'imagerie, ou encore d'examens de dépistage les médecins généralistes réunionnais ont recours à l'auto-prescription de façon majeure, qu'ils aient ou pas un médecin traitant autre qu'eux-mêmes déclaré. Le même constat est fait dans d'autres travaux de thèses portant sur le même thème (12,26,27).

En effet pour faire moins appel à leurs confrères et grâce à leur statut et leurs connaissances, les médecins généralistes libéraux ont tendance à opter largement pour l'auto-prescription. Et cette pratique laisse le médecin seul face à lui-même et à son problème.

La CNP dans son rapport intitulé « le médecin malade » soulève le fait que malheureusement un certain nombre de « prescriptions sont inadaptées, avec notamment des médicaments trop actifs, trop importants ou stimulants ». Dans ce sens il proposait comme un des axes d'amélioration « la limitation intelligente de l'auto-prise en charge et de l'auto-prescription ». Ce concept consiste dans un premier temps à encourager, voire inciter les médecins à ne pas se choisir comme propre médecin traitant ; cela permettrait une certaine limitation de l'auto-prescription. Puis, de créer un système d'alerte (en travaillant conjointement avec l'ordre des pharmaciens et des infirmiers) qui permettrait de limiter une auto-prescription qui serait (ou serait devenue) incohérente ou incompatible avec l'état de santé du praticien (45).

Rappelons que dans notre étude les classes médicamenteuses les plus souvent prescrites étaient les antalgiques (toutes classes confondues, 55,36 % des auto-prescriptions), les antibiotiques (23,53 %) et les psychotropes (9,68 %).

Dans sa thèse concernant « l'état des lieux sur l'auto-prescription par les internes réunionnais au premier trimestre en 2017 », le Dr M. Ducloy faisait le même constat alarmant : 92 % des internes interrogés pratiquent l'auto-prescription (pathologies bénignes et examens biologiques), d'autant plus qu'ils étaient internes de médecine générale et qu'ils n'avaient pas de médecin traitant. Les raisons étaient le gain de temps, la facilité, la peur de déranger (46).

4.3 Prévention

4.3.1 Hygiène de vie et facteurs de risque cardiovasculaires

4.3.1.1 Tabac

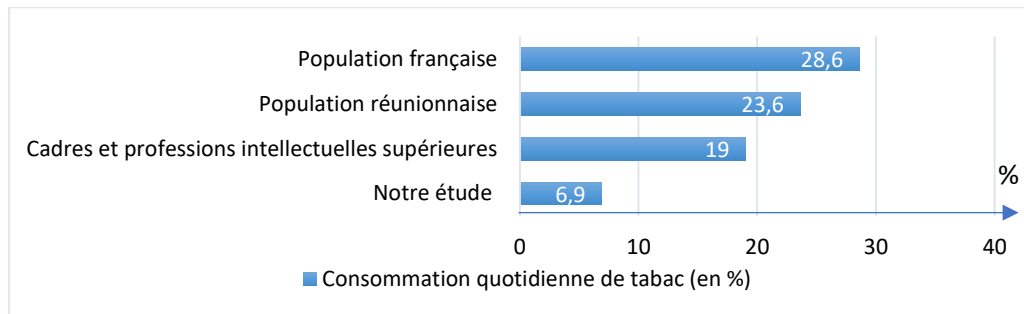


Figure 11 : Taux de tabagisme quotidien dans les différentes populations (35,37)

Les médecins généralistes réunionnais déclarent fumer moins que la population générale réunionnaise, française et la sous population des cadres et professions intellectuelles (35,37). Comparé au taux de tabagisme quotidien chez les médecins généralistes réunionnais (6,9 %), on retrouve une différence significative avec celui de la population générale française ($p=0,000093$), réunionnaise ($p=0,02$) et des cadres et professions intellectuelles ($p=0,012$).

Que ce soit dans notre étude ou dans la population générale française, la majorité des fumeurs quotidiens sont des hommes.

Les médecins généralistes interrogés sont toutefois plus nombreux à rapporter une consommation occasionnelle dont une majorité de femmes par rapport à la population française (36).

	Consommation occasionnelle de tabac		
	Hommes	Femmes	Général
Population française	7,1 %	5,4 %	6,4 %
Notre étude	13 %	14,5 %	13,8 %

Tableau 7 : État de la consommation occasionnelle de tabac selon le sexe

4.3.1.2 Alcool

Selon l'OMS, concernant la consommation d'alcool, « l'usage à risque » est défini par :

- une consommation de plus de 2 verres standard/jour pour les femmes (ou 14 verres standard/semaine) et plus de 3 verres standard/jour pour les hommes (ou 21 verres standard/semaine)
- plus de 4 verres par occasion
- l'absence d'un jour d'abstinence par semaine.

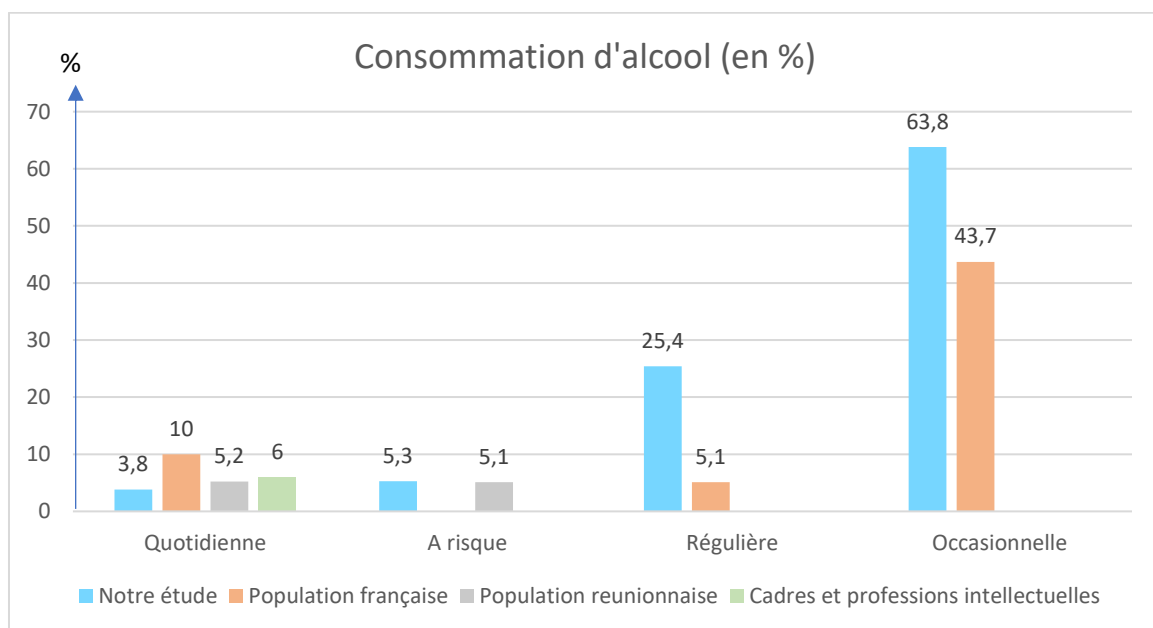


Figure 12 : Comparaison de la consommation d'alcool dans les différentes populations (35,37,47)

La proportion de médecins généralistes réunionnais (89,2 %) consommant régulièrement ou occasionnellement de l'alcool est significativement plus importante que dans la population française (48,8 %) ($p < 0,05$) (47).

En se basant sur certains travaux de thèses et études portant sur la consommation d'alcool, les hommes apparaissent en moyenne 3 fois plus consommateurs (quotidiens) que les femmes et la consommation augmente avec l'âge (12,25,35) ; ces deux caractéristiques ne sont pas retrouvées dans notre échantillon.

4.3.1.3 Activité physique

Une activité physique régulière et adaptée ainsi qu'un temps limité d'activités sédentaires sont associés à un risque significativement réduit de maladies chroniques et un meilleur contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires. Dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) révisé par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) en 2016, il est recommandé de pratiquer 30 minutes d'activité physique développant l'aptitude cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine en plus des activités de faible intensité de la vie quotidienne, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer (48).

En se basant sur ces recommandations, les médecins généralistes réunionnais sont moins actifs (10,8 % pratiquent une activité physique 5 fois par semaine) que la population française (34 %) ou la population réunionnaise (44 %) (35,37).

Ils sont, par contre, plus nombreux (76,2 %) à avoir une pratique habituelle d'activité sportive (c'est-à-dire au moins un jour par semaine durant au moins dix minutes) comparée à la population française (58,9 %), et comparé à la catégorie socio-professionnelle des cadres et professions intellectuelles (68 %) et aux autres études (12,25,26,47). Cette pratique reste toutefois inférieure à celle de la population réunionnaise (88 %) (37).

Selon ces différentes études les hommes pratiquent davantage une activité physique que les femmes, ce qui est aussi le cas chez les médecins généralistes réunionnais.

4.3.1.4 Poids

Selon l'OMS, le surpoids et l'obésité constituent un facteur de risque de morbidité (maladies cardio-vasculaires, diabète, arthrose, et certains cancers) et de mortalité. Trois facteurs principaux favorisent l'obésité et le surpoids, ils sont d'ordre génétique, culturel et socio-économique.

En France, depuis les années 1980 on observe une forte augmentation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes, devenant un problème de santé publique majeur (48).

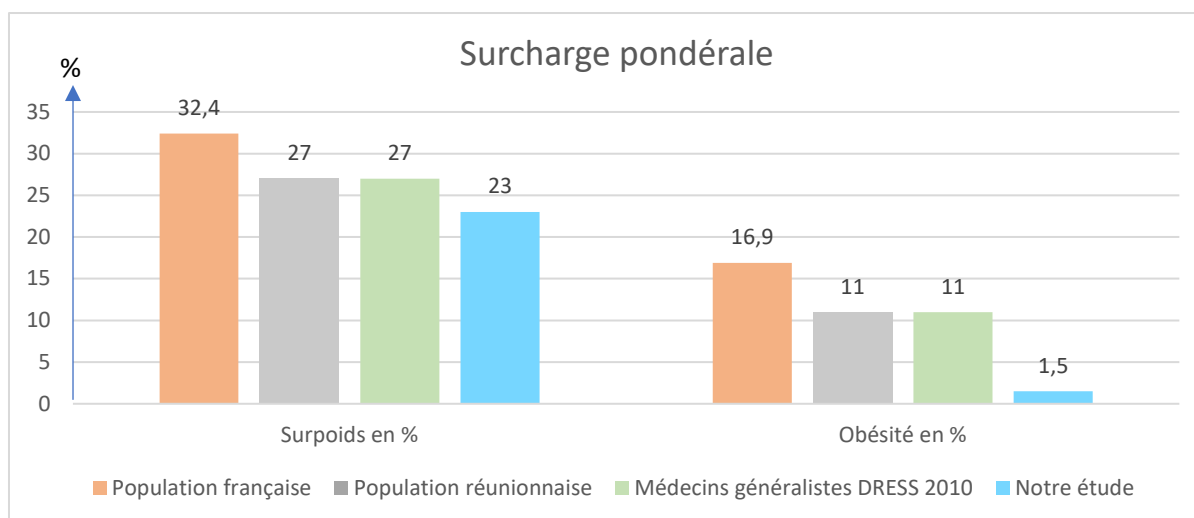


Figure 13 : Comparaison des taux de personnes en surpoids et en obésité (5,35,37)

Moins d'un médecin généraliste réunionnais sur quatre est en surcharge pondérale (24,5 %) selon les données de notre étude. Ce qui est moindre que la population française, réunionnaise ou encore celle des médecins généralistes français. Toutefois pour pouvoir comparer ces données il faudrait les standardiser face à la population générale en supprimant les effets d'âge et de sexe : les jeunes et les femmes présentent moins d'excès pondéral, alors que notre échantillon est plus jeune et plus féminin.

Selon l'étude de la DRESS de 2017 ainsi que celle de 2010, les hommes en surpoids sont deux fois plus nombreux que les femmes alors qu'il n'y a pas de différence de sexe pour les personnes au stade d'obésité ; ces caractéristiques sont aussi retrouvées dans notre échantillon.

4.3.1.5 Surveillance de la tension artérielle

Dans notre étude, tous les médecins ayant répondu avaient déjà réalisé au moins une fois un contrôle de leur tension artérielle. 80 % (n=104) d'entre eux l'avaient mesuré au cours de la dernière année. Ils étaient plus nombreux que leurs confrères généralistes français interrogés dans d'autres travaux de thèses.

Cette forte proportion peut s'expliquer par l'accès facile au matériel nécessaire (notamment les appareils d'automesure tensionnelle électroniques) et la sensibilisation des professionnels de santé et d'autant plus des généralistes à la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires.

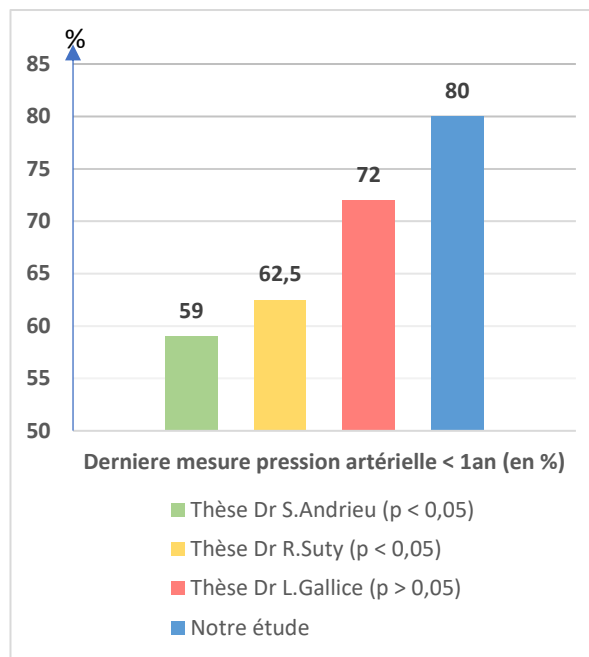


Figure 14 : Proportion des médecins généralistes ayant réalisé un contrôle de leur tension artérielle au cours de la dernière année (12,24,26)

4.3.1.6 Exploration des anomalies lipidiques

D'après les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) une exploration d'une anomalie lipidique est recommandée tous les 5 ans (si le dernier bilan était normal) dans le cadre d'une évaluation du risque cardiovasculaire global. Ce dépistage est préconisé chez les hommes âgés de plus de 40 ans et les femmes à partir de 50 ans ou ménopausées ainsi qu'en présence de facteurs de risques tels que la sédentarité, un IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$, un diabète, un tabagisme actif, indépendamment de l'âge (49).

Sur les 130 participants (tout âge confondu), 76,8 % (n=100) avaient réalisé leur dernière exploration des anomalies lipidiques il y a moins de 5 ans. Les médecins généralistes réunionnais étaient tout aussi assidu à ce bilan préventif que leurs confrères généralistes français.

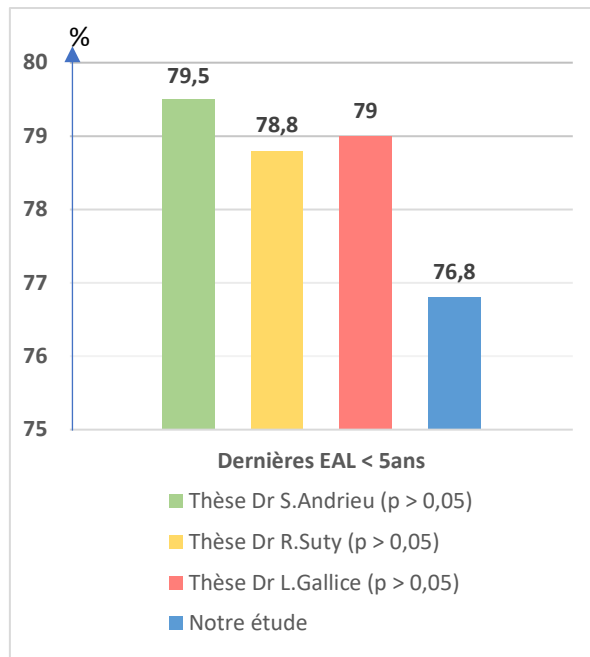


Figure 15 : Proportion des médecins généraliste ayant réalisé une EAL il y a moins de cinq ans (12,24,26)

4.3.1.7 Surveillance de la glycémie à jeun

Il est recommandé, d'après la HAS, de réaliser une glycémie à jeun tous les trois ans (si normalité des précédents dosages) chez les personnes âgées de plus de 45 ans, en surpoids, sédentaires ou en cas d'antécédents familiaux (50).

Les médecins généralistes réunionnais appliquent pour eux-mêmes ces recommandations car 80,8 % d'entre eux avaient réalisé un dosage de leur glycémie à jeun au cours des cinq dernières années ; ils étaient 93,5 % parmi les plus de 45 ans et 79 % parmi ceux ayant un $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$. Ces résultats s'apparentent à ceux du Dr Romain Suty, Dr Sophie Andrieu et Dr Laurianne Gallice (12,24,26).

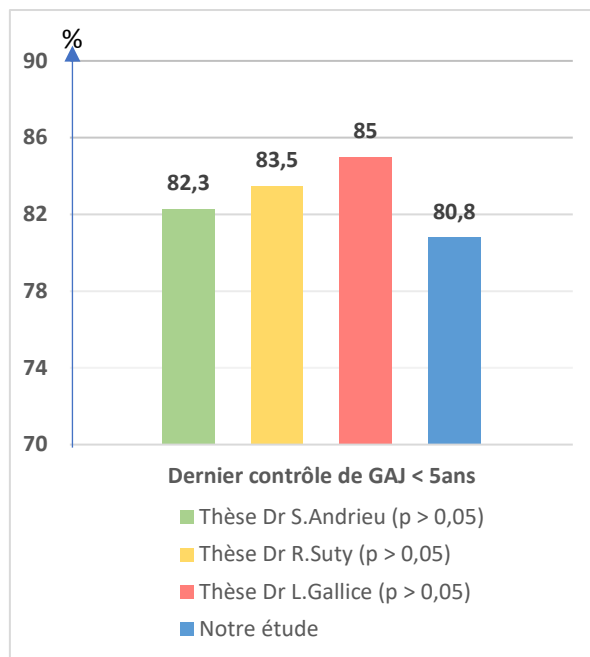


Figure 16 : Proportion des médecins généralistes ayant réalisé un dosage de leur GAJ au cours des cinq dernières années (12,24,26)

4.3.2 Vaccins

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour contrôler les maladies infectieuses à prévention vaccinale ou pour les éliminer. L'objectif est d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) une couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés (sauf pour la grippe où elle est d'au moins 75 %) (35).

La vaccination des personnels de santé a pour principal objectif de les prémunir contre un risque professionnel en leur assurant, par cet acte de prévention primaire, une protection individuelle. Il s'agit également d'éviter qu'ils ne contaminent leur entourage et les patients dont ils ont la charge : il s'agit alors de vaccination « altruiste » visant à prévenir une infection associée aux soins. Les professionnels sont soumis à une obligation vaccinale concernant l'hépatite B et le DTP (51).

4.3.2.1 DTP

D'après une étude menée par la DRESS publiée en décembre 2013, la plupart des médecins généralistes respectent les vaccinations pour eux-mêmes. Concernant le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP), 85 % sont à jour (52).

Dans une enquête téléphonique sur la couverture vaccinale de la population française en 2011, 44 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient à jour de leur rappel décennal DTP (53).

Les médecins généralistes réunionnais ont une meilleure couverture vaccinale (80,8 % tous âges confondus, 67 % parmi les plus de 65 ans) par rapport à la population française et comparable à celle des médecins généralistes français. Elle reste toutefois très insuffisante par rapport à l'objectif fixé et nécessite donc d'être améliorée, qui plus est du fait de son caractère obligatoire pour les professionnels de santé.

4.3.2.2 VHB

L'hépatite B, pathologie professionnelle majeure dans les années soixante-dix, est en passe d'être maîtrisée grâce à la vaccination, comme le montre le faible nombre d'hépatite B aiguës déclarées en maladie professionnelle ces dernières années. Le schéma vaccinal recommandé chez l'adulte comporte 3 doses (51).

Les médecins généralistes respectent bien cette recommandation car 98 % d'entre eux sont vaccinés avec 3 doses ou plus d'après l'étude de la DRESS en 2013 (52).

On retrouve des résultats similaires chez les médecins généralistes réunionnais (98,5 %) qui respectent donc bien les recommandations d'obligation vaccinale et dépassent le seuil de 95 % nécessaire pour l'obtention d'une bonne couverture vaccinale.

On retrouve une différence significative en faveur des médecins généralistes réunionnais par rapport à certains autres travaux de thèses (87,5 % pour Dr Romain Suty ($p=0,003$), 87,7 % pour le Dr Sophie Andrieu ($p<0,05$) et 84 % pour le Dr Laurence Gillard ($p=0,001$)) (12,24,26).

4.3.2.3 Grippe

La grippe est responsable chaque année de plusieurs milliers de décès (3700 décès durant la saison 2019-2020 (54)), dont la très grande majorité survient chez les personnes âgées. La vaccination permet de réduire d'environ un tiers le risque de décès chez les personnes âgées vaccinées. Elle est recommandée pour les professionnels de santé en contact régulier avec des sujets à risque de grippe grave. Elle a un objectif double : les protéger mais également limiter les risques de transmission de la grippe à leurs patients à risque.

Parmi l'ensemble des personnes à risque de grippe sévère dans la population française, la couverture vaccinale était de 55,8 % lors de la saison 2020-2021 ; elle était de 59,9 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (55). Chez les professionnels de santé, 72 % s'était vacciné contre la grippe en 2012-2013 selon une étude de la DRESS (52) ; la couverture vaccinale chez les médecins français travaillant dans les établissements de santé était estimée à 67% pour la saison 2018-2019 selon une enquête de Santé Publique France (56). Dans notre étude, ils n'étaient que 54 % des médecins généralistes à s'être fait vacciné contre la grippe en 2020. Ils ont donc une couverture inférieure à celle des professionnels de santé français et restent très loin des objectifs fixés.

4.3.3 Dépistage

4.3.3.1 Cancer du colon

Le dépistage du cancer colorectal (CCR) vise à diminuer l'incidence (en détectant les lésions précancéreuses) et la mortalité (en traitant ce cancer à un stade précoce) par CCR (35). L'objectif européen souhaitable de ce dépistage est de 65 % et le minimum acceptable de 45 % (38).

Cet objectif n'est pas atteint dans la population générale car seuls 44,5 % des français entre 50 et 74 ans ont déclaré avoir effectué un dépistage il y a moins de 2 ans, ils sont encore moins nombreux dans la population réunionnaise (39 %) sans différence entre les sexes (37,38).

Selon la DRESS, un peu plus d'un tiers des médecins généralistes de plus de 50 ans (36 % des hommes et 34 % des femmes) auraient fait le dépistage du cancer colorectal par Hemocult au cours des 2 dernières années (5). Dans notre étude, parmi les médecins généralistes interrogés, âgés de 50 ans ou plus (et éligibles au dépistage) ils sont 63,3% (19 sur 30) à avoir réalisé un dépistage du CCR au cours des deux dernières années. Il n'y avait pas de différence entre les sexes sur la participation à ce dépistage. Nous notons que notre échantillon était faible et que ces résultats sont difficiles à extrapolier.

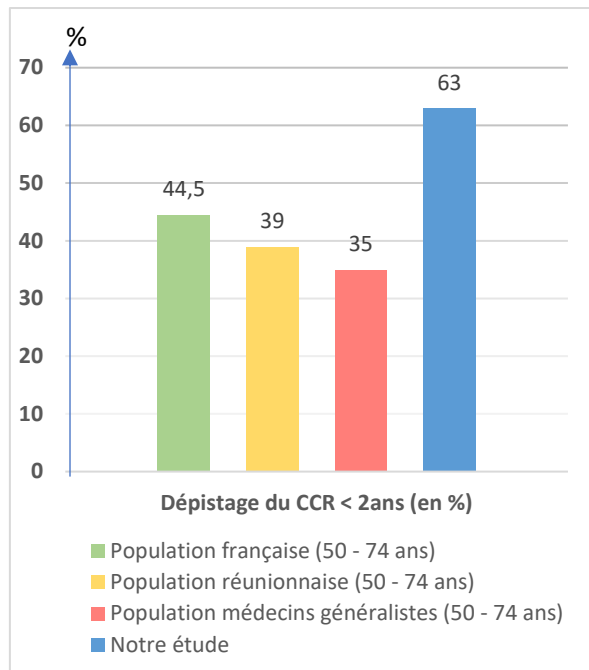


Figure 17 : Taux de participation au dépistage du CCR au cours des deux dernières années chez les médecins généralistes réunionnais et français, les Réunionnais et les Français (5,37,38)

4.3.3.2 Cancer du sein

Les femmes françaises et réunionnaises éligibles à ce dépistage respectent bien les recommandations car 95 % des Françaises et des Réunionnaises ont déjà réalisé une mammographie dont 82 % des femmes françaises et 78 % des femmes réunionnaises au cours des deux dernières années (37,38).

Parmi les femmes médecins âgées de 50 ans ou plus dans notre échantillon, 71 % ont réalisé leur mammographie au cours des deux dernières années. Il n'y a pas de différence significative entre la population féminine française ($p > 0,05$) et notre échantillon de médecins généralistes réunionnaises, tout comme entre la population féminine réunionnaise ($p > 0,05$) et notre population d'étude concernant le taux de participation au dépistage du cancer du sein. Toutefois, la taille de notre échantillon d'étude est probablement trop faible pour pouvoir tirer une conclusion et comparer ces résultats à la population générale.

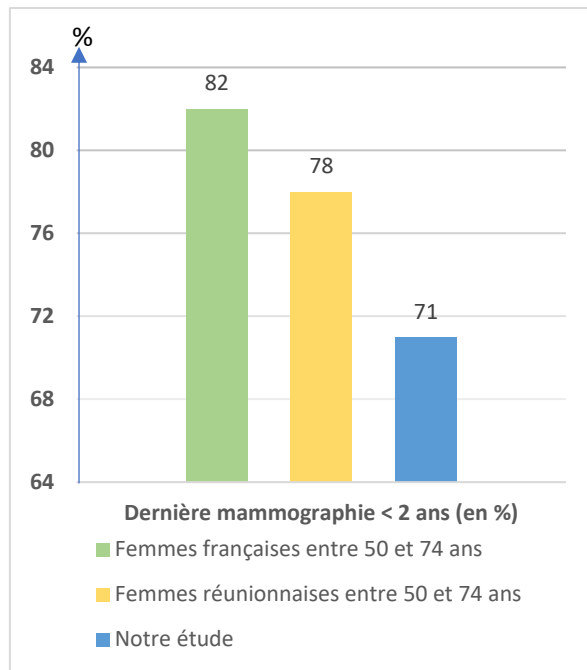


Figure 18 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années chez les médecins généralistes réunionnaises, les Réunionnaises et les Françaises (37,38)

4.3.3.3 Cancer du col de l'utérus

Selon le bulletin épidémiologique de santé publique France publié en 2019, 58,7 % des femmes françaises âgées de 25 à 65 ans avaient réalisé un FCU durant les trois dernières années (57). Elles étaient 89 % dans la population féminine réunionnaise à avoir déjà réalisé cet examen de dépistage, et 79 % d'entre elles déclaraient être à jour de leur dépistage (37).

Les femmes médecins réunionnaises de notre étude respectent tout aussi bien les recommandations que les Réunionnaises car 86 % d'entre elles étaient à jour de leur dépistage. Cet écart entre la population française d'une part et la population réunionnaise et notre étude d'autre part peut s'expliquer en partie par le fait que le baromètre santé DOM 2014 et notre étude se basent sur des données déclaratives qui peuvent surestimer les résultats.

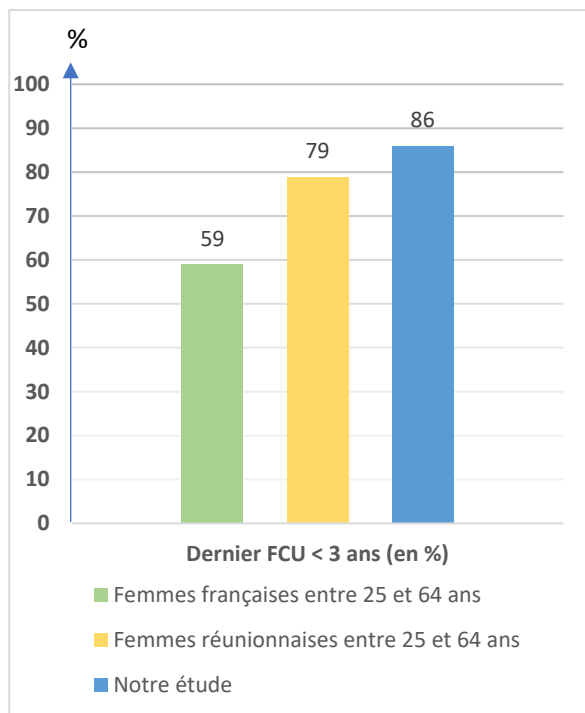


Figure 19 : Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années chez les médecins généralistes réunionnaises, les Réunionnaises et les Françaises (37,57)

4.3.3.4 Cancer de la prostate

Il existe deux examens de dépistage : le toucher rectal et le dosage du PSA, cependant insuffisamment fiables. De ce fait, en France, le dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA chez les hommes sans symptôme n'est pas recommandé (58).

Dans la population française, d'après une étude publiée en 2020, 42 % des hommes de plus de 50 ans déclarent avoir déjà fait un dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA (59).

Dans leurs thèses, Dr Romain Suty et Dr Sophie Andrieu retrouvent respectivement 70 % et 85 % des médecins généralistes de plus de 50 ans ayant déjà effectué un dosage de PSA (24,26).

Dans notre étude, 67 % des hommes médecins généralistes de plus de 50 ans avaient réalisé un dosage de PSA au cours de leur vie.

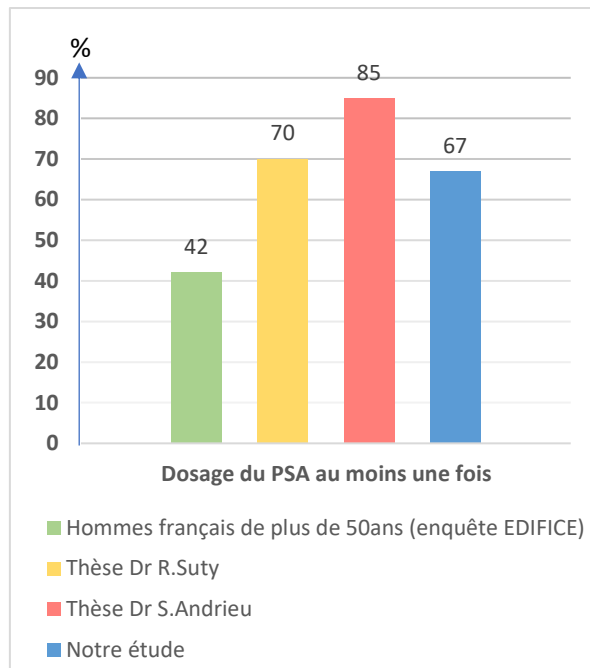


Figure 20 : Proportion des hommes plus de 50 ans ayant déjà effectué au moins un dosage du PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate (24,26,59)

4.4 Santé psychique

Plus de la moitié (54,7%) des médecins généralistes réunionnais interrogés se disent stressés de par leur profession ; autant (66 %) de médecins généralistes (dans le panel du pays de la Loire) rapportent un stress chronique lié au travail dans la thèse du Dr Gallice (12). Concernant le burn-out, dans notre étude nous avons interrogé les médecins sur les signes d'épuisement professionnel ressentis de façon globale. Ils sont 61,5 % à avoir déjà ressenti des signes d'épuisement professionnel au cours de leur carrière dont 35,4 % au cours des 12 derniers mois. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans l'enquête pilotée par le CDOM de l'Eure et de la Seine-Maritime concernant les médecins libéraux généralistes et spécialistes. Dans cette enquête, 50 % des médecins interrogés ont rapporté des périodes d'épuisements ; dans 67 % des cas ces périodes d'épuisement étaient liés à leur profession. Les femmes médecins françaises, tout comme les médecins généralistes réunionnaises, sont plus fréquemment en détresse psychologique que les hommes (6).

Les troubles du sommeil peuvent être le reflet d'une santé psychique altérée. Les Réunionnais, même s'ils sont moins impactés que les métropolitains par les problèmes de sommeil, sont quand même 40 % à déclarer en souffrir (27 % « un peu » et 13 % « beaucoup ») (37). Les médecins généralistes réunionnais sont plus touchés par les troubles du sommeil (53 % déclarent présenter des troubles du sommeil, 39 % « occasionnellement » et 14 % « fréquemment »). Les médecins interrogés par le CDOM de l'Eure et de la Seine-Maritime rapportaient eux aussi des troubles de sommeil : 17 % des médecins interrogés ont déclaré avoir un sommeil de « mauvaise » à « très mauvaise qualité » (6).

En France, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés est estimée à 8,2 % (11,4 % de femmes vs 5,3 % d'hommes) (47).

Les Réunionnais sont aussi nombreux que les métropolitains à avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, soit 8,4 % de la population. Les femmes réunionnaises sont, comme en métropole, presque deux fois plus concernées que les hommes (11 % de femmes vs 6 % d'hommes dans la population réunionnaise) (37).

Selon l'enquête pilotée par le CDOM de l'Eure et de la Seine-Maritime en 2008 concernant les médecins libéraux généralistes et spécialistes, 19 % des médecins interrogés avaient déjà vécu un épisode dépressif qui dans 29 % des cas était lié au travail (6).

Notre étude montre des chiffres plus alarmants ; 32,3 % (n=42) des médecins généralistes réunionnais inclus avaient déjà vécu un épisode dépressif au cours de leur vie, sans différence entre les deux sexes. Pour 26 % d'entre eux (n=11/42) cette dépression était en lien avec le travail.

Pour rappel notre recueil a été réalisé en 2021, durant la pandémie de la Covid-19. En France en 2020-2021, la prévalence des syndromes dépressifs a augmenté du fait des conditions de vie durant cette période. Cependant le taux d'épisodes dépressifs caractérisés en 2020 dans la population française est estimé à 22 % selon l'enquête Coviprev d'avril 2021, ce qui reste inférieur à nos résultats (60).

Les chiffres élevés obtenus dans notre étude peuvent avoir été surestimés par le fait que la définition précise de la dépression n'était pas précisée dans le questionnaire. La question relative au syndrome dépressif était la suivante : « Avez-vous déjà fait un épisode dépressif ? » De ce fait, il est possible qu'il y ait eu une confusion entre ressentir des symptômes évoquant une dépression et avoir vécu un épisode dépressif caractérisé.

D'après l'enquête du CNOM de 2016 interrogeant des étudiants en médecine et jeunes médecins, la nouvelle génération a une santé mentale précaire : deux jeunes médecins (étudiants, internes et chefs de clinique) sur trois seraient anxieux contre 26 % dans la population générale. 28 % des jeunes médecins en France ont une symptomatologie dépressive contre 8 % des Français. Et 24 % des carabins et jeunes médecins ont déjà eu des idées suicidaires (14).

Suite à ce constat alarmant il serait judicieux d'essayer d'agir en amont, dès les études médicales pour éviter des répercussions graves plus tard au cours de leur carrière.

4.5 Solutions proposées et avis des médecins généralistes

4.5.1 Un service de médecine préventive

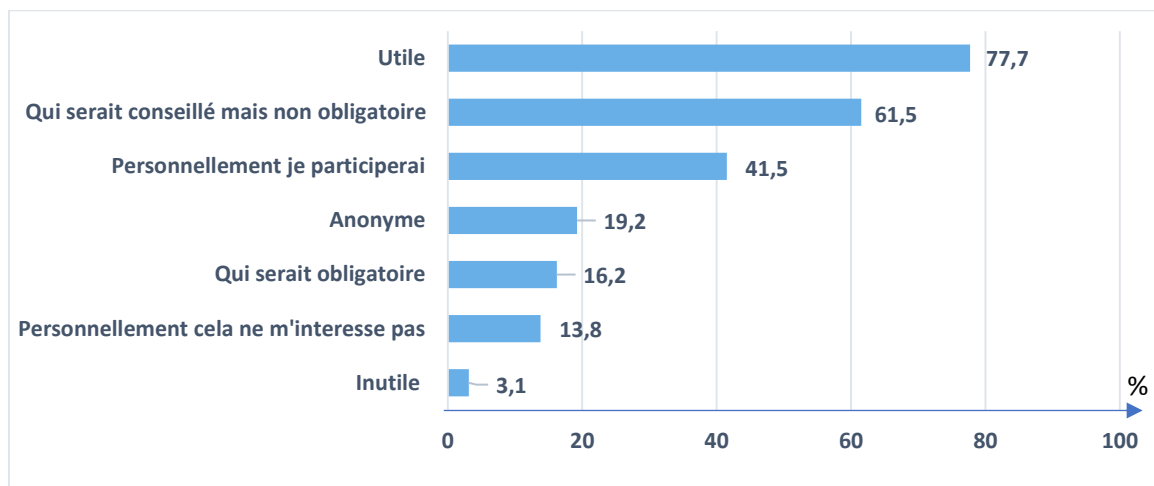


Figure 21 : Mise en place d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes

Ils sont 78 % des participants à trouver utile l'ouverture à La Réunion d'un service de médecine préventive dédiée aux médecins généralistes.

Les médecins intéressés et ouverts à l'idée de la mise en place de ce type de structure ont insisté sur certains critères qu'ils considèrent pertinents :

- Secret médical, confidentialité
- Anonymat

- Plutôt conseillé qu'obligatoire
- Organisation simple
- Horaires flexibles
- Importance du 1^{er} contact et disponibilité des plages de rendez-vous
- Facilité d'accès aux rendez-vous de prévention

Un des participant a mentionné le blog « intermedrm.com » créé par une association depuis 2019 à la Réunion. Ce blog propose aux soignants « un accompagnement dans la décision des soins, leur pertinence... » en apportant « de l'écoute et de la présence par mail par téléphone par message SMS ou en rencontre face à face.. » en respectant l'anonymat par « relation désidentifiée » (61).

4.5.2 Une astreinte téléphonique d'aide et de soutien

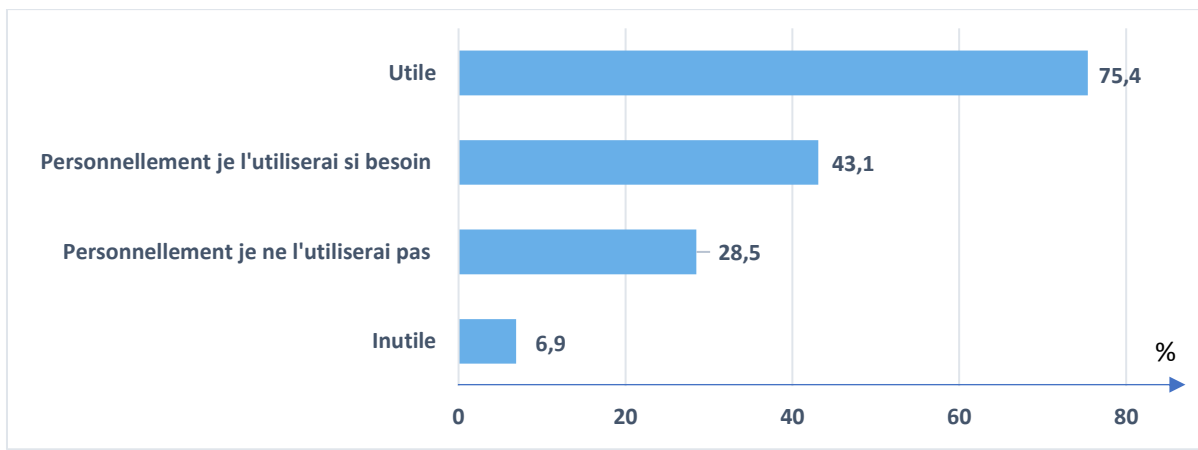


Figure 22 : Mise en place d'une astreinte téléphonique pour les médecins généraliste en difficulté

L'autre projet qui leur était proposé consistait en la mise en place d'une astreinte téléphonique pour les médecins généralistes en difficultés ; qu'elles soient d'ordre personnelles, professionnelles, financières, pour aider un confrère, pour gérer une addiction, etc. Les trois quart (75,4%) des médecins considèrent ce projet utile et presque la moitié (43,1%) ont déclaré qu'ils l'utiliseraient si besoin.

La notion d'empathie est revenu régulièrement dans les commentaires concernant ce projet d'astreinte téléphonique ; ils soulignaient l'importance pour les personnes aidantes d'avoir une

formation initiale efficace assurant un haut niveau de compétence empreint d'empathie et un réseau efficace.

D'autres ont souligné le fait que la cellule d'entraide du conseil départemental traite déjà ce genre de problématique avec une ligne dédiée, sans préciser s'ils l'utilisaient. Un médecin a trouvé qu'il serait judicieux de ne pas mélanger les problèmes financiers aux autres difficultés que pouvait rencontrer le médecin généraliste, en précisant que les délégués de la CARMF sont très actifs pour gérer les soucis d'ordre financier.

4.5.3 Les groupes de pairs

Ils sont une minorité (17,7 %) à faire partie de groupes de pairs. De nos jours, les réseaux sociaux sont devenus un moyen très répandu (et facile d'accès) pour communiquer, échanger entre confrères, partager des expériences ou demander des avis. Presque la moitié des participants de notre étude (47 %) sont abonnés à des groupes de partage sur les réseaux sociaux (type « le divan des médecins »).

4.6 Forces et limites de cette étude

Cette étude s'intègre dans l'actualité car l'état de santé des médecins est depuis plusieurs années un sujet très médiatisé, que ça soit en France comme ailleurs dans le monde.

A La Réunion, peu de travaux de thèse ont traité sur le thème de la santé des médecins. Nous pouvons considérer cette étude quantitative comme complémentaire des travaux des Drs S.Robert et L.Lebreton ; en explorant l'état de santé des médecins de façon plus globale (santé physique, psychique, prévention et consommation de soins) et ne ciblant que les médecins généralistes.

Taille de l'échantillon

Ils sont 130 médecins généralistes réunionnais à avoir répondu à notre questionnaire.

A La Réunion au 1er janvier 2021 on décomptait 1 187 médecins généralistes en activité régulière.

Nous avons donc inclus 11 % de la population cible, ce qui est dans la moyenne basse par rapport aux autres thèses réalisés dans d'autres régions de France (62 % S.Andrieu ; 54 % pour R.Suty ; 22 % pour M.Lionnet, 21,8 % S.Robert) (24–27).

L'objectif principal de notre étude était de décrire l'attitude d'une population (les médecins généralistes de la Réunion) face à leur propre santé en matière de parcours et consommation de soin, de prévention et de santé psychique à un instant T donné. L'objectif secondaire était de comparer les prévalences de ces indicateurs de santé aux données disponibles pour les médecins (généralistes) issus d'autres régions de France et à la population générale française. Nous avons donc opté pour une étude observationnelle descriptive transversale pour répondre au mieux à ces objectifs. Cependant, ce type d'étude n'offre qu'un faible niveau de preuve et nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses et non conclure à des liens de causalité entre les éléments de résultats obtenus.

Notre étude a présenté certains biais :

- **Un biais de recrutement**

Notre méthode de recueil (questionnaire en ligne) a probablement biaisé notre recrutement, puisque ce type d'enquête exclu de fait les médecins ne disposant pas d'internet ou ceux n'ayant pas l'habitude de l'utiliser (majoritairement des médecins de plus de 50 ans). Une autre méthode de recueil aurait permis d'homogénéiser l'échantillon par rapport à la population cible.

De plus, la participation était basée sur le volontariat. Les non-répondants peuvent être une source de biais si on considère que ce sous-groupe est composé de médecins ne portant pas d'intérêt à cette étude ou opposés à l'idée que leur état de santé soit préoccupant, surestimant ainsi le taux de médecins qui prennent bien en charge leur santé.

Nous avons opté pour un questionnaire composé majoritairement de QCM dans le but de rentabiliser le temps de réponse et pouvoir aborder un large choix de questions, il était donc composé de 55 questions (beaucoup !) réparties en 5 sous-parties mais ne nécessitait que huit à dix minutes en moyenne pour y répondre. Le questionnaire était précédé d'un texte d'introduction expliquant le sujet et l'objectif du travail de thèse ainsi que la durée moyenne de remplissage de ce dernier dans le but d'inciter les sujets à participer à l'enquête.

- Et potentiellement plusieurs **biais d'information** (ou de classement ou de mesure) :

Un **biais de mémorisation**, souvent inévitable dans les études basées sur des données déclaratives, qui plus est quand les informations demandées remontent dans le passé (comme par exemple la date des derniers dépistages).

Dans les études portant sur la santé des médecins, les données déclaratives induisent nécessairement un biais dans le recueil d'informations car ces données sont parfois très personnelles. Elles ne permettent pas de donner strictement une vision objective de leur santé, et sont teintée de subjectivité. De ce fait, nous avons opté pour un auto-questionnaire anonyme afin de minimiser ce biais.

Un **biais de prévarication** : difficulté fréquemment rencontrée lorsque les questions abordent des thèmes sensibles, tels que les troubles psychiques ou la consommation d'alcool par exemple, amenant les enquêtés à exagérer ou diminuer leur exposition.

Dans le même ordre d'idée on peut parler de **biais de désirabilité sociale** : lorsque les questions ramènent à des normes sociales, l'enquêté peut avoir tendance à donner la réponse qui lui paraît projeter l'image la plus valorisante pour lui, ce qui le conduira là aussi à donner une réponse erronée (activité physique, alcool). Pour limiter ces deux biais nous avons eu recours à un questionnaire garantissant l'anonymat du répondant, le permettant d'être le plus honnête et objectif possible.

Nous avons opté pour des questions simples et courtes pour éviter les difficultés de compréhension qui pourrait entraîner des réponses erronés/des non-réponses et induire un manque de données à analyser pour l'observateur de l'étude (**biais de non réponse**

5 CONCLUSION

Les connaissances théoriques et l'expérience que le médecin acquiert tout au long de son cursus d'études médicales et de sa carrière peut lui donner l'impression d'avoir une vision globale et objective de la santé, avec un sentiment de supériorité et d'invincibilité face à la maladie. Cependant, le fait d'être médecin ne nous immunise pas contre les cancers, les fractures, les dépressions ou même les viroses saisonnières.

Ce que nous considérons comme une force peut devenir une de nos plus grande faiblesse. Car les conséquences de ce type de comportement sont néfastes et non négligeables : retard diagnostic, prise en charge parfois trop tardive, absence de suivi médical, défaut de prévention, interactions médicamenteuses, burn-out...

130 médecins généralistes réunionnais ont participé à cette étude. La majeure partie des médecins avait une activité libérale et la moyenne d'âge était de 42 ans.

L'ensemble de nos résultats montre que l'attitude des médecins généralistes réunionnais envers leur propre santé est plutôt en accord avec les recommandations françaises. Ils ont dans l'ensemble un meilleur bilan de santé que la population générale française.

Malgré qu'ils favorisent encore trop fréquemment l'autogestion de leur santé, cela semble dans l'ensemble leur réussir.

Leurs comportements vis-à-vis de leur consommation de soin n'est pas exemplaire ; 96 % d'entre eux se considèrent en bonne à très bonne santé, cependant la moitié d'entre eux rapportent un suivi médical moyen. Point positif, ils sont moins nombreux, comparé aux études précédentes à se déclarer en tant que leur propre médecin traitant (3,6,13,26,27). La jeune génération de médecins donne de l'espoir car en observant les résultats par catégories d'âges, les jeunes médecins ont plus souvent tendance à déclarer un confrère généraliste comme médecin traitant. Plus de la moitié (53,8 %) des participants n'avait jamais été en arrêt maladie depuis le début de leur carrière.

Tout comme les médecins généralistes français, l'auto-prescription faisait partie intégrante de la pratique des médecins généralistes réunionnais. Alors que plus de la moitié d'entre eux s'auto-prescrivaient leurs examens paracliniques et leur renouvellement d'ordonnance dans le

cadre de leur maladie chronique, 95% ont déclaré opter pour cette pratique pour gérer une pathologie aigue.

Leur hygiène de vie peut être améliorée dans certains domaines. Ils fumaient moins que la population générale réunionnaise, française et la sous population des cadres et professions intellectuelles. De plus, ils étaient moins nombreux à présenter un surpoids comparé à ces mêmes populations. Cependant la proportion de médecins généralistes réunionnais consommant régulièrement ou occasionnellement de l'alcool était significativement plus importante que dans la population française. Seulement 11 % d'entre eux pratiquait une activité physique respectant les recommandation du PNNS, ils étaient donc moins actifs que la population française et réunionnaise.

Sur le plan de la prévention, les médecins généralistes réunionnais avaient une bonne couverture vaccinale concernant les vaccinations obligatoires (DTP et VHB), ils étaient moins appliqué sur le vaccin antigrippal avec un taux de vaccination restant loin des objectifs recommandés.

Ils étaient assidus en ce qui concerne les dépistages systématiques des cancers. Deux tiers des médecins interrogés étaient à jour de leur dépistage du cancer colorectal, soit plus nombreux que la population française, réunionnaise et les médecins généralistes français (selon l'étude de la DRESS en 2010 (5)). Leurs taux de participation au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus étaient équivalent à la population française et réunionnaise. Ils étaient plus nombreux que dans la population française à effectuer des dosage de PSA, malgré qu'il n'existe pas de dépistage systématique du cancer de la prostate.

En ce qui concerne la santé psychique, le bilan était moins positif : alors que 54 % des médecins se disaient plutôt stressés à très stressés, 14 % avaient des troubles du sommeil fréquents, 61,5 % avaient déjà ressenti des signes de burn-out au cours de leur carrière et 32 % avaient déjà vécu un épisode dépressif caractérisé. Ce même constat a été fait au cours de plusieurs études, ce qui a motivé la création et la mise en place de nombreuses structures pour aider les professionnels de santé, particulièrement sur le plan psychique.

Les médecins généralistes réunionnais étaient plutôt ouverts et demandeurs de structures dédiées à leur prise en charge, que ce soit la mise en place d'une astreinte téléphonique d'aide et de soutien ou d'un service de médecine préventive.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Herchkovitch J. Dis doc, t'as toujours pas ton doc, apparemment. What's Up Doc [Internet]. 25 sept 2019 [cité 16 déc 2020]; Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/dis-doc-tas-toujours-pas-ton-doc-apparemment>
2. Infographie du baromètre DOMPLUS BVA 2016 sur les préoccupations des Français [Internet]. DOMPLUS Groupe, priorité à la personne. 2016 [cité 18 août 2020]. Disponible sur: <https://www.prioritealapersonne.fr/sante/barometre-domplus-bva-2016-infographie/>
3. CFAR. Dis Doc, T'as ton Doc ? Une campagne nationale pour changer le modèle culturel des médecins [Internet]. 2017 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://cfar.org/wp-content/uploads/2017/03/DP_DISDOCTASTONDOC.pdf
4. Nedjar E. Bilan de santé complet pour tous les médecins Bretons [Internet]. 2017 [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/bilan-sante-complet-tous-medecins-bretons-1220855.html>
5. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes, rapport de juin 2010 [Internet]. DRESS ; ORS ; URML; 2010 juin [cité 24 janv 2022]. Report No.: 731. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er731.pdf>
6. CDOM de la Seine Maritime et de l'Eure. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [Internet]. URML de Haute-Normandie ; CHU de Rouen; 2008 déc [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf
7. Fréour P. Les médecins laxistes sur leur propre état de santé [Internet]. Actualité santé - Fiches et conseils médicaux - Le Figaro Santé. 2015 [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/07/08/23926-medecins-laxistes-sur-leur-propre-etat-sante>
8. Les médecins négligent leur santé [Internet]. Actualité santé - Fiches et conseils médicaux - Le Figaro Santé. 2009 [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2009/02/04/9414-medecins-negligent-leur-sante>
9. Prigent A. Pourquoi les médecins se soignent-ils si mal? [Internet]. Actualité santé - Fiches et conseils médicaux - Le Figaro Santé. 2017 [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/pourquoi-les-medecins-se-soignent-ils-si-mal/>
10. Martos S. Les médecins libéraux se soignent eux-mêmes...mais souvent très mal. Le Quotidien du médecin [Internet]. 24 sept 2019 [cité 16 déc 2020]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/les-medecins-liberaux-se-soignent-eux-memes-mais-souvent-tres-mal>
11. Lebreton L. Médecins, comment vous soignez-vous? [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
12. Gallice L. La santé des médecins généraliste libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université de Toulouse III; 2014.
13. Gomant F, Legrand F. Les médecins et leur santé - Sondage Ifop pour COMM Santé & La Mutuelle du Médecin [Internet]. 2019 sept. Disponible sur: <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/09/116618-Résultats.pdf>
14. Le Breton-Lerouillois G, Mourgues JM, Bissonnier C, Boetsch D. La santé des étudiants et jeunes médecins. Commission jeunes médecins - section santé publique et démographie médicale. [Internet]. CNOM; 2016 p. 99. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf

15. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout - recommandation de bonne pratique [Internet]. 2017 [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
16. Galam E. Burn out des médecins libéraux. 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine. janv 2008; Volume 4(Numéro 1).
17. Biencourt et al. - LE MÉDECIN MALADE SYNTHÈSE.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmaladesynthese.pdf>
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'entraide [Internet]. 2019 [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/lentraide>
19. Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
20. Association MOTS [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
21. Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants. Association imhotep [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/association_imhotep.pdf
22. Garcia M, Wüthrich P, Dutilleul P. Instaurer une démarche de prévention professionnelle dans la sante des médecins généralistes. Pour quelles raisons ? Avec quels outils ? De quelle manière ? Mémoire de fin de DIU soigner les soignants [Internet]. Université Toulouse III ; Faculté de médecine de Paris 7; 2016 [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <http://diu-soignerlessoignants.fr/wp-content/uploads/2019/02/GARCIA-DUTILLEUL-et-WUTHRICH-1-2016>
23. Diplôme inter-universitaire - Soigner les soignants [Internet]. DIU Soigner les soignants. [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <http://diu-soignerlessoignants.fr/>
24. Andrieu S. La sante des medecins generalistes. Enquête réalisée auprès de 220 médecins généralistes de l'Aveyron [Internet]. 2018 [cité 18 août 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2421/1/2018TOU31079.pdf>
25. Lionnet M. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var en 2017 [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Marseille; 2018.
26. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. Enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Nancy; 2006.
27. Robert S. Le médecin malade : parcours de soins coordonnés des médecins libéraux à La Réunion [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
28. Programme d'Aide Aux Médecin du Québec [Internet]. PAMQ. [cité 24 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
29. Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade - Catalogne [Internet]. PAIMM. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://paimm.fgalatea.org/en/index.php>
30. Doctors' Health SA - Australia [Internet]. DHSA. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <http://doctorshealthsa.com.au/>
31. Federation of State Physician Health Programs - USA [Internet]. FSPHP. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.fsphp.org/>
32. Ressurssenteret Villa Sana - Norvege [Internet]. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/helse-og-omsorgstilbud-for-alle-leger-og-medisinstudenter/villa-sana/>
33. BiostaTGV [Internet]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/>
34. Hunault G. wstat [Internet]. Université Angers; Disponible sur: <https://gilles->

hunault.leria-info.univ-angers.fr/wstat/comppct.php

35. DRESS. L'état de santé de la population en France, rapport 2017 [Internet]. Santé Publique France; 2017 [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>
36. Santé Publique France. Baromètre santé 2020 [Internet]. 2020 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2020>
37. Santé Publique France. Baromètre santé DOM 2014 [Internet]. 2014 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014>
38. Santé Publique France. Baromètre cancer 2010 [Internet]. 2010 [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-cancer-2010>
39. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
40. Haute Autorité de Santé, Agence Régionale de Santé de l'Occitanie. Recommandation de dépistage des principales IST - Fiche synthèse des recommandations HAS. 2019.
41. Institut national de santé publique du Québec. Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang [Internet]. 2014 sept [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1934_rapport_indications_depistage_ist.pdf
42. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2021 [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
43. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale dans les DOM-COM. Situation en 2015 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/m5d6xw/atlas_dom_com_2015.pdf
44. CARMF. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime Invalidité-Décès 2020 ? [Internet]. [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/64-2016/infocarmf.php?tete=stat07>
45. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Lucas J, et al. Le médecin malade. Rapp Comm Natl Perm Adopté Lors Assises Cons Natl Ordre Médecins 28 Juin 2008 CNOM. juin 2008;
46. Ducloy M. État des lieux sur l'auto-prescription par les internes Réunionnais au premier trimestre 2017 [Thèse d'exercice]. [La Réunion]: Université de la Réunion; 2017.
47. Santé Publique France. Baromètre santé 2017 [Internet]. 2017 [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
48. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Plus d'activité physique et moins de sédentarité pour une meilleure santé [Internet]. 2016 [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/plus-d'activite-physique-et-moins-de-sedentarite-pour-une-meilleure-sante>
49. Haute Autorité de Santé. Synthèse fiche mémo. Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge [Internet]. 2017 [cité 24 déc 2020]. Disponible sur: https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2017_has_dyslipidemies_prise_en_charge_synthese_0.pdf

50. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé - Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 24 déc 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/referenciel_pratiques_diabete.pdf
51. Vaccination Info Service. Vaccinations obligatoires et recommandées des professionnels de santé, en France, en 2019 [Internet]. 2018 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>
52. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes [Internet]. DRESS. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf>
53. Santé Publique France. Enquête nationale de couverture vaccinale, France, janvier 2011. Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière dans les groupes cibles et mesure de l'efficacité vaccinale. Couverture vaccinale par les vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTP) et... [Internet]. 2011 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/diphterie/enquete-nationale-de-couverture-vaccinale-france-janvier-2011.-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-saisonniere-dans-les-groupes-cibles-et-mesur>
54. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique grippe. Bilan de la surveillance, saison 2019-2020. [Internet]. 2020 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe.-bilan-de-la-surveillance-saison-2019-2020>
55. Santé Publique France. Bulletin de santé publique vaccination. Mai 2021. [Internet]. 2021 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.-mai-2021>
56. Santé Publique France. Vaccination : Couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé. 2019 oct. (Bulletin de santé publique - édition nationale).
57. Hamers F, Jezewski-Serra. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/couverture-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france>
58. ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne. Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider [Internet]. 2021 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate/depistage>
59. Morère JF, Touboul C, Lhomel C, Rouprêt M. Dépistage du cancer de la prostate en France : résultats des enquêtes EDIFICE. Prog En Urol. mai 2020;30(6):332-8.
60. Santé Publique France. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 23 de l'enquête CoviPrev [Internet]. 2021 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-23-de-l-enquete-coviprev>
61. INTERMED R M - je soigne et je me soigne [Internet]. INTERMED R M. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://intermedrm.com/>

7 ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Quelle est l'attitude des médecins généralistes à la Réunion face à leur propre santé ?

Je m'appelle Julie Rochecouste, je suis interne en médecine générale à la Réunion et mène ce travail de thèse sous la direction du Dr Capucine Benoit de Coignac.

L'objectif est d'évaluer l'attitude des médecins généralistes face à leur propre santé en matière de consommation de soin, prévention et dépistage.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes thésés en activité.

Votre participation permettra donc de faire un état des lieux actuel de la santé des médecins.

En fonction des résultats, nous pourrions réfléchir à des solutions envisageables sur l'île pour faciliter et améliorer votre prise en charge et votre suivi médical.

Ce questionnaire est anonyme.

Je vous remercie d'avance de votre collaboration.

Âge :

Sexe : masculin féminin

Situation familiale : célibataire / en couple

Condition d'exercice : remplaçant / installé en cabinet, seul / installé en cabinet de groupe / Activité hospitalière ou en structure / activité mixte (en structure/hospitalière et cabinet libéral)

I. Votre santé

1. Vous estimez-vous en :

Très bonne santé Bonne santé Mauvaise santé

2. Estimez-vous votre prise en charge et votre suivi médical :

Bon Moyen Mauvais

et Régulier Irrégulier

3. Si vous travaillez en structure (publique ou privé), avez-vous déjà vu un médecin du travail ?

Oui Non

Date de la dernière visite.....

4. Souffrez-vous d'une maladie chronique : oui / non

Votre observance thérapeutique est-elle :

Parfaite Correcte Médiocre

5. Concernant votre médecin traitant déclaré, il s'agit de

Vous même

Un médecin généraliste

- Un autre spécialiste
- Vous n'en avez pas

6. En cas de problème de santé aigu, vous consultez :

- Vous même
- Un médecin généraliste
- Un autre spécialiste

7. Si vous souffrez d'une maladie chronique, pour votre suivi vous consultez le plus souvent :

- Vous même
- Un médecin généraliste
- Un autre spécialiste

8. Avez-vous déjà été en arrêt de travail : oui / non

Nombre de jours :

Motif :

9. Pratiquez-vous l'auto-prescription

Dans le cadre d'une pathologie aiguë ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Si oui, précisez le/les médicaments les plus souvent auto-prescrits :

Dans le cadre d'une pathologie chronique (renouvellement d'ordonnance)

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Si oui, précisez le/les médicaments les plus souvent auto-prescrits :

Dans le cadre de bilans biologiques

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Pour des examens d'imagerie

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Pour des examens de dépistage

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

10. Avez-vous une assurance Prévoyance, en dehors de la CARMF ?

- Oui
- Non

II. Prévention

1. Tabac :

- Quotidien
- Occasionnel
- Jamais
- Sevré

Nombre de paquet-année :

2. Alcool :

Nombre de verre moyen d'alcool par semaine :

3. Autres drogues (type Cannabis, drogues dures)

- Quotidien
- Régulier (>1 fois par semaine)
- Occasionnel (≤1 fois par semaine)
- Jamais

4. Activité physique

Pratiquez-vous une activité physique : oui / non

Durée moyenne de la séance :

<15min 15-30min 30-45min 45-60min >1h

Nombre de fois par semaine ou par mois :

5. Concernant les facteurs de risque cardio-vasculaire

Poids :

Taille :

Dernière mesure de la Pression Artérielle : <1an >1an jamais

Dernière exploration d'une anomalie lipidique (EAL) :

<5ans >5ans Dyslipidémie traité Dyslipidémie non-traité

Dernière Glycémie à jeun : <5ans >5ans diabétique

6. Concernant les vaccins

Grippe 2020 : oui non

DTP : <10ans >10ans ne sait pas

Hépatite B : vaccination complète vaccination incomplète ne sait pas

7. Concernant les dépistages :

Pour les personnes âgées entre 50 et 74ans :

Cancer du colon, OC-Sensor ou hémocult : ≤2ans >2ans jamais Cancer du

sein, Mammographie : ≤2ans >2ans jamais

Pour les femmes âgées entre 25 et 65ans :

Cancer du col de l'utérus, FCU* : ≤3ans >3ans jamais

*FCU : Frottis Cervico-Utérin

Pour les hommes :

Dosage du PSA : déjà réalisé jamais réalisé

Dépistage d'IST : ≤5ans >5ans Jamais

III. Santé psychique

1. De par votre activité professionnelle, diriez-vous que vous êtes :

Très stressé Plutôt stressé Peu stressé Pas stressé

2. Souffrez-vous de trouble du sommeil :

Souvent Parfois Rarement/jamais

3. Avez-vous déjà ressenti des signes d'épuisement professionnel (burn out)

Au cours des 12 derniers mois : oui / non

Au cours de votre carrière : oui / non

4. Avez-vous déjà fait un épisode dépressif : oui / non

En lien avec votre travail : oui / non

IV. Solutions

1. Mise en place à la Réunion d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes libéraux

Utile / inutile

Personnellement : Je participerai / Cela ne m'intéresse pas

Anonyme

Conseillé / Obligatoire

Remarques :

2. Mise en place d'une astreinte téléphonique pour les médecins généraliste libéraux en difficulté (personnelle/professionnelle/pour aider un confrère/financière/addiction etc)

Utile / inutile

Personnellement je l'utiliserai si besoin : oui / non

Remarques :

3. Faites-vous partie de groupes de pairs : Oui / Non

4. Êtes-vous abonnés à des groupes de partage sur les réseaux sociaux, type « le divan des médecins » ? Oui / Non / Je ne connais pas

5. Avez-vous d'autres propositions ou idées à soumettre sur le sujet ?

Annexe 2 : Commentaires des médecins interrogés concernant les solutions proposées

« Nous avons beau être médecins, nous ne sommes forcément pas objectifs concernant notre propre santé, et peut être parfois un peu négligents »

« S'il est utile qu'un médecin se soucie de sa santé, je pense qu'il doit savoir comment et avec qui le faire... »

« Personnellement inutile mais à conseiller à certains confrères. »

« Je trouve ça dommage qu'en tant que personnel de santé pour ma part travaillant aussi au CHU nous n'ayons pas des créneaux dédiés et une forme de priorité par rapport aux autres patients. On travaille beaucoup avec souvent des enfants et il est compliqué de pouvoir s'occuper de santé avec nos horaires. »

« Si j'ai besoin d'avis pour ma santé je me tourne vers des amis médecins généralistes. »

« Les médecins n'iront pas consulter d'autres confrères, c'est une démarche extrêmement difficile, et si elle se fait, ce ne sera probablement pas dans un centre, mais bien auprès d'un confrère de confiance. »

« Très bonne idée mais semble difficile à mettre en pratique »

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Attitude des médecins généralistes Réunionnais face à leur propre santé en matière de prévention, dépistage et santé psychiqueRésumé**Introduction :**

L'état de santé des médecins généralistes est une thématique récurrente ces dernières années. L'objectif de cette étude était de décrire l'attitude des médecins généralistes de La Réunion face à leur propre santé en matière de parcours et consommation de soin, de prévention et de santé psychique.

Méthode :

Cette étude observationnelle épidémiologique descriptive transversale ciblait les médecins généralistes en activité, inscrits à l'ordre des médecins de La Réunion. Le recueil de données s'est effectué à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne ; étendu d'avril 2021 à janvier 2022.

Résultats :

Sur les 130 médecins ayant participé à cette étude, la plupart travaillaient en libéral. Concernant leur parcours de soin, 49,2 % s'était déclaré comme leur propre médecin traitant. La majorité pratiquait l'auto-prescription. Pour autant, 96 % se considéraient en bonne voire très bonne santé. Les médecins généralistes réunionnais avaient une bonne couverture vaccinale et participaient bien aux dépistage systématique des cancers. Leur hygiène de vie était perfectible (alcool, surpoids, manque d'activité physique). Concernant la santé psychique, le bilan était moins positif (61,5 % de burn-out, 32 % d'épisode dépressif caractérisé). Les généralistes réunionnais étaient plutôt ouverts et demandeurs de structures dédiées à leur prise en charge.

Conclusion :

L'attitude des médecins généralistes réunionnais envers leur propre santé est plutôt satisfaisante concernant la prévention et l'hygiène de vie. Leur consommation de soin n'est pas exemplaire et leur santé psychique interpelle. La mise en place d'un service de médecine préventive et d'une astreinte téléphonique prennent tout leur sens.

Discipline : Médecine générale, Santé publique

Mots-Clés : parcours de soin, prévention, comportement, santé psychique

Reunionese general Practitioners' behaviours towards their own health in terms of prevention, screening and mental health.Abstract**Background :**

General Practitioners' (GPs) medical health condition is a recurring topic in recent years. The purpose of this study was to describe the behaviour of GPs in Reunion Island towards their own health in terms of care pathways, health care consumption, prevention and mental health.

Method :

This observational epidemiological descriptive cross-sectional study targeted all practising GPs registered at the medical council of Reunion Island. Data were collected through an online self-administered questionnaire which ran from April 2021 to January 2022.

Results :

Out of the 130 doctors taking part in this study, most of the GPs worked in private practices. Regarding their care pathway, 49,2 % declared themselves as their own GP. Self-prescription was common practice. Nevertheless, 96 % of them considered themselves to be in good or even in very good health. In terms of prevention, GPs in Reunion Island had good vaccination coverage and generally followed recommendations to systematically screen cancers. However, their lifestyle could be improved (alcohol, overweight, lack of physical activity). Regarding mental health, the results were less satisfactory: 61,5 % of signs of burnout, 32 % of confirm depressive episode). GPs in Reunion Island were relatively open about it and were asking for means to be implemented for their care.

Conclusion :

The behaviour of GPs in Reunion Island towards their own health is rather good in terms of prevention and healthy lifestyle. Their behaviour towards health care consumption is not exemplary and their psychological health is a concern. Therefore, setting up a preventive medical service and a hotline to help them take care of their health makes perfect sense.

Discipline : general practice, public health

Keywords : care pathway, prevention, behaviour, mental health