



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON-EST

Année 2015 – N° 340 / 2015.

Prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les médecins auto-suivis par rapport aux médecins suivis par un confrère généraliste.

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le

03 Décembre 2015

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

BENKIMOUN Aviel

Né le 05 Mars 1989 à Lyon

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

- . Président de l'Université François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination François-Noël GILLY
Des Etudes Médicales
. Secrétaire Général Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

- UFR DE MEDECINE LYON EST Doyen : Jérôme ETIENNE

- UFR DE MEDECINE
LYON SUD – CHARLES MERIEUX Doyen : Carole BURILLON

- INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB) Directrice: Christine VINCIGUERRA

- UFR D'ODONTOLOGIE Directeur : Denis BOURGEOIS

- INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION Directeur : Yves MATILLON

- DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

- UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES Directeur : Fabien de MARCHI

- UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) Directeur : Claude COLLIGNON

- POLYTECH LYON Directeur : Pascal FOURNIER

- Directeur : Christian COUFLET

- INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES

- ET ASSOCIANCES (ISPA),
DESCHAMPS

- I.U.F.M. Directeur : Regis BERNARD

- CPE Directeur : Gerard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Negrer	Claude	Hématologie ; transfusion
Negrer	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire

Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénérérologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénérérologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fournieret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérérologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale

Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaïb	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
----------	-------	--

Bringier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
-----------	----------------	--

Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Monsieur le Professeur Francis TURJMAN,

Je vous remercie d'avoir spontanément accepté de me faire l'honneur de présider ce jury.
Merci également de m'avoir consacré de votre précieux temps à plusieurs reprises et de vos conseils pertinents. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur Jacqueline TROUILLAS,

Je vous remercie tout d'abord pour votre enseignement de l'histologie ainsi que de votre soutien lors du concours de 1ere année puis lors de la préparation de cette thèse.
Merci pour votre aide majeure à la rédaction du résumé et d'avoir accepté de juger mon travail. . Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Je vous remercie pour votre enseignement sur la réflexion éthique en 1ère année de médecine puis lors de séminaires durant mon internat. Merci de représenter le département de médecine générale dans ce jury et d'avoir accepté de juger mon étude. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Vanessa SOULIER,

Merci pour ta bonne humeur lors de nos multiples gardes aux urgences. Je te remercie pour ta pédagogie et tes précieux conseils sur la présentation orale et écrite entre autre. Malgré l'intensité de nos gardes j'en garde un excellent souvenir !
Merci également d'avoir accepté de juger mon étude.

Monsieur le Docteur Mohammed DERKAOUI,

Momo, un grand merci pour nos inoubliables moments passés lors de gardes très souvent agitées ! Tu m'as fait confiance dès mes débuts en m'encadrant de manière bienveillante tout en gardant ta sympathie et ta touche d'humour habituel (allez clac !). Je te remercie également d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de tes conseils sur la mise en page également.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Mayer BENKIMOUN,

Papa, tu m'as transmis ta vocation depuis ma tendre enfance, tu m'as également encadré pour la réalisation de cette étude ainsi que pour sa rédaction. Merci pour toutes tes réflexions enrichissantes sur le plan médical et humain et pour ton aide indispensable. J'espère pouvoir un jour réussir à devenir un homme ainsi qu'un médecin à ton image, merci pour tout.

Maman,

Difficile de tout résumer en quelques phrases ... tu m'as toujours encouragé et soutenu pour atteindre mon objectif, c'est grâce à toi que j'ai réussi à intégrer une série scientifique au BAC puis le concours de médecine. Une véritable « mère poule » à me cocooner en étant toujours à l'écoute durant toutes ces années. C'est avec amour que tu as préparé personnellement et intégralement ce pot de thèse. Ce parcours je te le dois également, merci pour tout.

Raphael,

Merci mon frère pour ton soutien et ton aide informatique pour cette thèse, merci également pour toutes ces parties (victoires : p) à Fifa entre les cours et les gardes ! Tu es venu spécialement d'Israël pour assister à cette thèse et j'espère en faire de même pour ton futur prix Nobel ;)

Rebecca,

Merci ma sœur pour tous tes bons conseils sur les plans professionnel et personnel ainsi que pour ton aide concernant le diaporama de cette thèse. Tu débutes la préparation de ta thèse en Pharmacie et je suis certain que tu la soutiendras de la meilleure façon qu'il soit. A ton tour maintenant ;)

Johanna,

« Mon grand Papouth » depuis l'âge de tes trois ans tu m'a vu démarrer mes études de médecine et te voilà aujourd'hui une belle jeune fille, je te souhaite le meilleur dans tous les domaines et de continuer à avoir des bonnes notes ;) Je compte sur toi pour m'apprendre à utiliser Instagram !

Papi Raphael,

Merci Papi pour tes encouragements au quotidien, tu m'as vu de près au cours de la fin de mes études, et me voici heureux et honoré de ta présence lors de cette soutenance.

Merci à toute ma famille, vous qui m'avez vu grandir en me disant « bientôt docteur » en me souriant, votre présence me touche énormément.

Merci à mes amis de vous être déplacés en ce jour important, et tout particulièrement à

- **Julien BERRA**, nous avons connu les débuts très matinaux à parler de foot assis par terre afin d'avoir une place dans les amphithéâtres il y'a bientôt 10 ans et avons passé toutes nos études ensemble, merci pour ton aide majeur dans la méthodologie. Bientôt se sera à ton tour !

- **Madame le Docteur Dinah SEBBAGH**, bientôt la fin du stress de chaque choix de stage ! Merci pour ton aide concernant les démarches administratives et pour tes conseils pour le diaporama entre autre. Je te souhaite une bonne fin de grossesse et une bonne installation au Soleil !

- **Monsieur le Docteur Nadir KELLOU**, merci pour ta précieuse aide méthodologique et de ton soutien concernant ma demande de stage à Tel Aviv. J'espère qu'elle aboutira.

Je remercie également tous mes chefs, durant l'externat et l'internat, merci de m'avoir appris à guérir et également à soigner.

Tout particulièrement au service médical d'accueil des urgences de l'hôpital Edouard Herriot, le service d'accueil des urgences de l'hôpital Lyon sud , de l'hospitalisation à domicile , et de tous mes autres maîtres de stage en médecine libérale.

Merci également au Dr Jean Charles Agniel ainsi qu'aux autres médecins de l'équipe SOS médecin pour m'avoir fait confiance à intégrer l'équipe dans le cadre de remplacements.

Merci à toutes et à tous de vous être déplacés, votre présence me touche énormément en ce jour inoubliable.

"Propose de commencer tout traitement par un régime alimentaire et un régime de vie appropriés".

Moïse Maïmonide.

Sommaire

I Introduction.....	17
II Matériels et méthodes	21
II.1 Matériel.....	21
II.1.1 Population de l'étude.....	21
II.1.2 Critères d'inclusion	21
II.1.3 Critères d'exclusion.....	21
II.1.4 Nombre de sujets nécessaires	22
II.1.5 Flow Shart	23
II.1.6 Recueil des données	23
II.1.7 Sources bibliographiques	24
II.2 Méthode	25
II.2.1 Méthode d'observation	25
II.2.2 Méthode d'évaluation	30
II.2.3 Méthode d'analyse	30
II.2.4 Ethique et cadre réglementaire	31
III Résultats	32
III.1 Caractéristiques sociodémographiques	32
III.2 Objectif principal	35
III.3 Prise en charge médicale	41
IV Discussion	44
IV.1 Limites	44
IV.2 Points forts	48
IV.3 Caractéristiques sociodémographiques	49
IV.4 Objectif principal	52
IV.5 Prise en charge médicale	65

V Conclusion	67
VI Résumé	69
VII Annexes	70
VIII Bibliographie	78

ABRÉVIATIONS

AAA	Anévrysme de l'aorte abdominale
ACFA	Arythmie complète par fibrillation auriculaire
AHA	American Heart Association
AIT	Accident ischémique transitoire
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ATCD	Antécédent
AVC	Accident vasculaire cérébral
BMA	British medical association
BMI	Body mass index
BMJ	British Medical Journal
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France.
CISMEF	Catalogue et index des sites médicaux de langue française
CFES	Comité Français d'Education pour la santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DESC	Diplôme d'étude spécialisée complémentaire
DID	Diabète insulino-dépendant
DNID	Diabète non insulino-dépendant
DOM	Département d'outre mer
E3N	Etude Epidémiologique auprès de femmes de la MGEN
HDL	High density lipoprotein
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle

INRS	Institut national de recherche et de sécurité
LDL	Low density lipoprotein
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MT	Médecin traitant
MESH	Medical Subject Headings
NSN	Nombre de sujets nécessaires
OFDT	Observatoire Français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PNNS	Programme national nutrition santé
SUDOC	Système universitaire de documentation
THS	Traitemen hormonal substitutif
TOM	Territoire d'outre mer

I. INTRODUCTION

Pendant longtemps, la santé des médecins a été un sujet tabou devant la toute puissance de la médecine et il était alors inconcevable qu'un médecin puisse être à un moment donné lui-même patient.

Dans un article publié en Janvier 2004 dans le British Medical Journal (BMJ), un médecin israélien, le Dr Moshe E. Gatt relate une histoire vécue personnellement (1).

Un de ses confrères médecins lui dit un jour : « un médecin qui se soigne lui-même est un mauvais médecin ». Ce dernier avait fait quelque temps auparavant une grave erreur d'autodiagnostic. Ce qu'il prenait pour un reflux gastro-œsophagien sévère et mal contrôlé était en fait un infarctus du myocarde en voie de constitution.

Plus tard dans sa carrière, l'auteur réalisa également une erreur d'autodiagnostic qui eut pour principale conséquence un retard à la prise en charge d'une diverticulite aigüe compliquée d'une péritonite. L'auteur dit que c'était sûrement la pire période de sa vie et conclut en disant qu'un médecin qui s'auto-trait est un mauvais médecin pour lui-même.

Nous avons évoqué cette anecdote car elle illustre bien le thème principal de notre étude : L'étude de la prévention cardiovasculaire personnelle des médecins généralistes en France métropolitaine.

D'autres médecins ont également décidé de relater dans un livre leurs expériences de médecin-malade. Dans « les vrais secrets d'un médecin » publié en 2003 (2), les Dr Claude Rougeron et Frédéric Fournier décrivent également la complexité de prise en charge d'un médecin-malade envers lui-même « jamais je n'oublierai mon étonnante incompétence médicale envers moi-même »

Enfin, dans « guérir et mieux soigner » publié en 2008 (3) le Pr Pascal Hammel décrit le vécu du médecin malade au jour le jour. Il exprime également le conflit psychologique naissant de la dualité entre le médecin et le malade.

Maurice Thibault, médecin généraliste canadien a consacré un traité d'anthropologie à la question du médecin-malade en 1985 (4). Il a décidé de réaliser ce traité devant le silence de la littérature médicale sur les maladies qui frappent les médecins eux-mêmes, mais aussi devant le silence de la société à ce sujet, réalisant comme une « double conspiration du silence ».

Balint, psychiatre d'origine hongroise, a travaillé au cours de sa vie sur différents concepts qu'il décrit dans son livre « le médecin, son malade et la maladie » (5).

Il a décrit la notion de « médecin-remède » qui a permis de faire comprendre l'importance de la relation médecin-malade dans les soins. Il a également détaillé la notion de « représentations de la maladie » du patient totalement subjectives contrastant souvent avec l'annonce diagnostique du médecin qui est objective. Le médecin malade a évidemment une représentation subjective de la maladie mais s'auto diagnostique souvent avant même de rencontrer un soignant : ce qui complique la relation médecin-malade.

L'image du médecin jamais malade est très difficile à vivre pour ce dernier (6).

Le médecin a besoin de renvoyer une image de contrôle des situations et de lui-même, et presque d'invulnérabilité. Il s'agit de ce que Stoudemire appelle « le complexe de l'homme de fer » (7).

De plus, un certain nombre de contraintes s'imposent à un médecin potentiellement malade et particulièrement chez les médecins à exercice libéral. Il s'agit principalement du manque de temps et des difficultés à s'autoriser un arrêt de travail. Il existe également des contraintes financières majeures en cas d'arrêt d'exercice. Les indemnités journalières allouées par la CARMF ne débutent qu'à partir du 91e jour d'arrêt et beaucoup de médecins n'ont pas de couverture complémentaire (8). Il faut ajouter à cela la poursuite des prélèvements des charges fiscales et professionnelles.

Les éléments ci-dessus démontrent bien la difficulté de l'auto-prise en charge de la santé des médecins et d'autant plus en prévention primaire lorsque ceux-ci n'ont pas encore développé de symptômes.

Dans un article publié le 08 juillet 2015 dans le journal « Le Figaro » et intitulé « Les médecins laxistes sur leur propre état de santé », l'auteur met en avant la consultation « inter.med » mise en place par le conseil de l'Ordre des Médecins (9). Ce projet est une expérimentation de médecine préventive dédiée aux praticiens dans le Gard (10).

Plusieurs pays dans le monde se sont intéressés à la propre santé des médecins, afin de comprendre s'ils tirent bénéfice de leur savoir médical pour leur propre santé. (11) (12).

Des études anglo-saxonnes et scandinaves ont été réalisées afin d'évaluer si le comportement des médecins en matière de santé influe sur leur mortalité.

En Suisse, Ackermann-Liebrich et al ont analysé la mortalité des femmes médecins pendant 45 ans. La mortalité des femmes médecins en Suisse était plus faible que celle de la population féminine générale (13).

En Finlande, une étude rapportée par Rimpela et al, montre que la mortalité globale des médecins hommes, était plus faible que celle de l'ensemble des hommes actifs.

Par contre la mortalité par maladie cardio-vasculaire pour les médecins hommes était légèrement plus élevée que celle des groupes professionnels équivalents (14). Schwartz et al ont mis en évidence une relation majeure entre la prise en charge des patients et l'attitude personnelle des médecins envers leur propre santé (15). Forsythe et al montre des imperfections dans la manière dont les médecins britanniques se traitent eux-mêmes et traitent leurs collègues. Les spécialistes étaient peu disposés à discuter de leur santé avec le service de santé des professionnels et beaucoup ont préféré éviter leur médecin généraliste (16).

Aux Etats –Unis, Franck et al a retrouvé une meilleure hygiène de vie des médecins femmes par rapport aux femmes de statut socio- économique identique (17).

En Norvège, Estryn-Behar retrouvait que les médecins avaient amélioré leurs habitudes tabagiques par rapport à la population générale. Elle rapporte une étude réalisée à Madrid sur les femmes médecins et retrouvait une plus faible consommation de tabac chez les femmes âgées de 20 à 30 ans. Elle rapporte également une analyse au Mexique qui mettait en évidence une grande prévalence du tabagisme chez les femmes médecins par rapport à la population générale (18).

Au 1er janvier 2015, la France comptait 102485 médecins généralistes en France métropolitaine (19). Avant la réforme de l'assurance maladie en 2005, 90 % des médecins généralistes n'avaient pas de médecin traitant (20). A l'étranger le taux varie de 42 à 100 % (21).

En France, des baromètres de santé ont été créés par le Comité Français d'Education pour la santé (CFES). Ceux-ci mesurent les comportements en matière de santé chez les Français. Selon les études menées par la CARMF et la CPAM, 76 à 80% des médecins se considèrent en bonne santé. Ce qui est plus faible que les professions intellectuelles supérieures. (20).

Depuis une quinzaine d'années, une dizaine d'études au sujet de la santé des médecins a été réalisée dans le cadre de thèses. Les thèmes abordés étaient majoritairement ciblés sur l'état de santé des médecins français et sur leurs habitudes de vie. (22)(23)(24)(25)(26)(27)(28)(29).

Dans la population médicale, les pathologies les plus fréquentes chez les médecins étaient l'HTA et la dyslipidémie (27). M Kay retrouve également que les médecins avaient un taux de mortalité inférieur à la population générale mais une analyse approfondie par sexe et par profession rapporte que le taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire est supérieur aux autres professions (21). Ces résultats rejoignent également ceux obtenus en Finlande par Rimpela et al, les médecins auraient une mortalité cardiovasculaire plus importante que la population générale. (14)

Dans une étude publiée en 2001 le Dr Nedic Olesja analysait les relations entre le surmenage professionnel et les maladies cardiovasculaires dans le domaine de la santé. Elle en a conclu que les professions médicales étaient à risque cardiovasculaire plus important que la population générale (33). De nombreuses études décrivaient la relation étroite entre les professions à responsabilité importante et les maladies cardiovasculaires. Les professions médicales en faisaient partie (34). En septembre 2010, Nedic Olesja étudiait également chez les femmes médecins, les relations entre le stress au travail et l'hypertension. Elle conclut qu'il faudrait améliorer les conditions de travail pour améliorer leur propre qualité de vie et par conséquent la prise en charge de leurs patients (35).

Les maladies cardio-vasculaires sont responsables d'environ 17 millions de décès par an dans le monde, soit près d'un tiers de la mortalité totale (30). Sur ce chiffre, 9,4 millions de morts par an sont imputables aux complications de l'hypertension (31).

De plus selon l'OMS, la prise en charge des pathologies cardiovasculaires est un problème majeur de santé publique (30).

En France, les pathologies cardio-vasculaires représentent la 2ème cause de mortalité avec près de 150 000 décès annuels (soit 27.5 % des décès) juste derrière les cancers (29.6%). En 2008-2010, la mortalité prématuée par maladie cardio-vasculaire (44107 décès) représentait 10% de la mortalité cardio-vasculaire globale. Chez les femmes, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès avec 30.1% des décès (32).

C'est principalement dans ce contexte que nous avons décidé de réaliser cette étude.

Notre objectif principal était de comparer la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire chez les médecins généralistes auto suivis par rapport à ceux suivis par un confrère.

Notre objectif secondaire était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes concernant la prise en charge de leur santé.

L'hypothèse principale de notre étude était que les médecins suivis par un confrère avaient une plus faible prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire « modifiables » que leurs confrères auto-suivis.

Pour essayer d'apporter des éléments de réponse à cette question, nous avons dans un premier temps présenté notre étude, puis dans un second temps présenté nos résultats que nous discuterons.

II. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale dans le but de répondre à notre objectif principal de recherche.

Le plan méthodologique de l'étude ainsi que les critères de jugement ont été définis précédemment au début de notre étude.

II.1 MATERIEL

II.1.1 Population d'étude

Notre population source provenait d'un fichier « E-Mailing » loué à une entreprise spécialisée en communication « mailing low cost » et financée personnellement.

Ce fichier « E-mailing » était constitué des adresses mails de 5661 médecins généralistes répartis en France métropolitaine.

Les adresses mails collectées par cette entreprise étaient originaires de différentes sources qui étaient indépendantes de notre sujet d'étude.

II.1.2 Critères d'inclusion

- Les médecins généralistes
- Installés en France Métropolitaine
- Durant la période du 08 Avril 2015 au 13 Mai 2015

II.1.3 Critères d'exclusion

- Les médecins non généralistes
- Les médecins exerçant dans les DOM-TOM (le nombre de réponses étant estimé trop faible avant le début de notre étude).
- Les médecins généralistes retraités
- Les médecins généralistes titulaires d'un DESC de type 2 (Urgentistes, Gériatres et Angiologues)

II.1.4 Nombre de sujets nécessaires

Notre étude étant descriptive, nous avons tenté de sélectionner un échantillon représentatif par rapport à un déterminant dont la probabilité n'est pas trop faible (ce qui aurait entraîné une petite taille d'échantillon).

Le nombre de sujets nécessaires pour une étude représente le nombre de sujets minimum qu'il faut inclure dans son échantillon afin de ne pas conclure à tort (36).

Pour calculer notre nombre de sujets nécessaires (NSN) nous avons utilisé un déterminant majeur dans notre étude : la prévalence de déclaration d'un médecin traitant chez les médecins généralistes. Cette proportion étant relativement bien documentée dans les thèses précédentes (24% en moyenne) (25) (27) (29).

Nous avions estimé que nous pouvions construire un intervalle de confiance à 95% avec une précision de 5% et ainsi obtenir un nombre de répondants théoriques de 143 personnes.

Notre étude étant nationale, l'objectif était d'obtenir l'échantillon le plus important comparé aux thèses régionales. Le plus grand échantillon décrit à ce sujet était de 530 médecins (25).

Notre estimation du taux de réponse était de 10% ce qui correspond au taux de réponse moyen décrit dans la littérature pour une enquête exclusivement informatique.

Au total, le nombre de sujets nécessaires à inclure dans notre étude pour dépasser les 530 participants était de 5300 médecins généralistes.

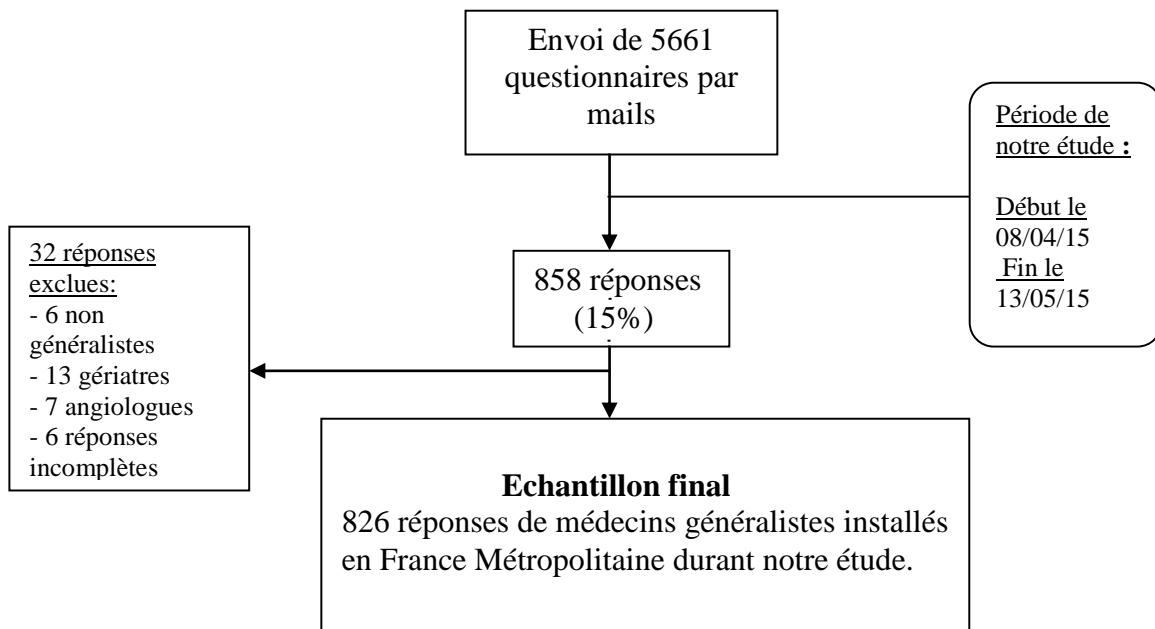
Nous avons utilisé la méthodologie décrite par l'INSERM pour le calcul du nombre de sujet nécessaires (37) (38)

Pour rappel voici les formules

$$N = [(Z\alpha^2/2) p_0 q_0] / i^2$$

- $p_0 = 0.24$
- $q_0 = 1 - p_0 = 0.76$
- $Z\alpha^2/2 = 1.96$
- $i = 0.05$

II.1.5 Flow Chart



II.1.6 Recueil des données

Les mails envoyés contenaient un message d'introduction et le lien du questionnaire.

Un auto questionnaire informatique en ligne « Google drive ® » a été envoyé à partir du 08 Avril 2015 aux 5661 médecins généralistes inclus dans notre étude.

Le logiciel « Google drive ® » était mis en ligne et était accessible aux médecins ayant accès au lien internet. Il n'était donc pas possible d'établir le lien entre le questionnaire complété et l'adresse mail du médecin répondant.

L'analyse des résultats a donc été possible en conservant l'anonymat.

L'option en ligne « n'autoriser qu'une seule réponse par personne » a été sélectionnée afin d'éviter les doublons.

Le temps moyen de réponse était d'environ 5 minutes (testé par 10 personnes dont 2 médecins).

Les données obtenues sur le logiciel Google Drive® ont été exportées automatiquement dans un document Excel®.

Le stockage des données informatiques a été réalisé sur matériel sécurisé : clé PNY® 32GB P-FD32GATT03-GE et un disque dur externe DANE-ELEC® (SO-EA201THM2).

II.1.7 Sources bibliographiques

Avant de débuter notre étude nous avons effectué une recherche bibliographique sur les sites internet : Pub Med, Cochrane Library, CISMeF, le SUDOC.

La majorité des sources à été obtenue entre le 1er novembre 2014 et le 1er avril 2015.

Nous avons utilisé les termes et descripteurs MeSH suivants :

En français : « généralistes », « médecin généraliste », « prévention primaire », « auto soins », « attitude envers la santé », « maladies cardio-vasculaires », « comportement en matière de santé »

En anglais : « physicians » , « family physicians » , « general practitioner » , « self care » , « attitude to health » , « cardiovascular diseases » , « health behavior »

Sur pubmed, l'équation de recherche la plus pertinente à été : « ((general practitioners) AND self care) AND cardiovascular risk » et a donné 57 résultats.

Une veille bibliographique à été réalisée le 12/07/15, afin d'actualiser nos ressources bibliographiques.

II.2 METHODES

II.2.1 Méthodes d'observation

II.2.1.1 Le questionnaire

Un mot d'introduction présentait le sujet, l'objectif de la thèse, le format du questionnaire, la durée moyenne de remplissage. Nous avons également transmis nos coordonnées personnelles pour les médecins désirant recevoir les résultats de notre étude (mention de nous renvoyer un mail pour nous faire la demande étant donné l'anonymat des réponses).

Au total, notre questionnaire était constitué de 29 questions réparties en 3 parties.

Une première partie s'intéressait aux données personnelles des médecins généralistes ainsi que la déclaration du médecin traitant.

La seconde partie s'intéressait aux Facteurs de risque cardio-vasculaire majeurs et prédisposants.

La dernière partie était destinée au ressenti des médecins de notre échantillon, sur la problématique d'une part et sur la nécessité d'instauration d'une médecine du travail dédiée aux médecins libéraux d'autre part.

La mention « n'autoriser qu'une seule réponse par personne » a été activée.

Du fait de la faible utilisation du calcul du risque cardiovasculaire global décrite dans l'étude Parité réalisée en 2010 sur 3440 patients (39) nous n'avons pas calculé le risque cardiovasculaire global dans notre étude.

Notre message d'introduction était joint en annexe 1 et notre questionnaire en annexe 2,

II.2.1.2 Définitions et classification

Dans notre étude, nous avons utilisé les définitions et classifications américaines et européennes admises dans la littérature internationale. (40)(41)(42)(43)(44)(45)(46)(47).

II.2.1.2.1 Définition

L'âge et le sexe

Les hommes âgés de plus de 50 ans

Les femmes âgées de plus de 60 ans

Hérédité cardiovasculaire précoce

- Infarctus du myocarde ou mort subite :

Chez les hommes du premier degré avant l'âge de 55 ans

Chez les femmes du premier degré avant l'âge de 65 ans

- AVC précoce avant l'âge de 45 ans

Dyslipidémie

Un taux élevé de LDL cholestérol ainsi qu'un taux bas de HDL cholestérol s'accompagnent d'une augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire.

Les objectifs du taux de LDL est fonction du risque cardiovasculaire global.

HTA

L'HTA est définie par :

$\text{PAS} \geq 140 \text{ mm Hg}$ et/ou une $\text{PAD} \geq 90 \text{ mm Hg}$, mesurée en consultation et confirmée au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives.

Diabète non insulino dépendant

Le diabète est défini par la présence d'un ou plusieurs des critères suivants :

Une glycémie veineuse supérieure à 1g/26 après un jeûne de 8h et vérifiée à deux reprises.

Un syndrome polyuro-polydypsique associé à un amaigrissement et une glycémie veineuse supérieure à 2g/l.

Une glycémie veineuse supérieure à 2g/l deux heures après administration de 75g de glucose (Hyper glycémie provoquée par voie orale HGPO).

Tabagisme

Un tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans est un facteur de risque cardiovasculaire majeur et modifiable.

Surcharge pondérale et obésité

L'indice de masse corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

La surcharge pondérale est définie par un BMI (Body Mass Index) $\geq 25 \text{ kg} / \text{m}^2$

L'obésité est définie par un BMI (Body Mass Index) $\geq 30 \text{ kg} / \text{m}^2$

Tableau de l'indice de masse corporelle selon l'OMS

IMC (kg/m ²)	Dénomination usuelle	Correspondance en kg pour une taille de 1m70	Classification OMS de l'obésité
<18.5	Maigreur	<53	-
18.5-24.9	Poids « souhaitable »	53-72	-
25-29.9	Surpoids	73-86	-
30-34.9	Obésité commune ou modérée	87-101	Classe I
35-39.9	Obésité sévère	102-115	Classe II
>40	Obésité massive ou morbide	>116	Classe III

Syndrome métabolique

Le syndrome métabolique se définit par la présence de trois des cinq éléments suivants:

- Obésité abdominale: tour de taille $>102\text{cm}$ (homme) ou $>88\text{cm}$ (femme);
- HDL-cholestérol: $<0,40\text{g/L}$ (1 mmol/L) chez l'homme et $<0,50\text{g/L}$ (1,3 mmol/L) chez la femme;
- triglycérides $>1,5\text{g/L}$ (1,7 mmol/L);
- pression artérielle $>130/85\text{ mmHg}$;
- glycémie à jeun $>1,10\text{g/L}$ (6,1 mmol/L)

A noter que plusieurs autres facteurs sont associés au syndrome métabolique : Notamment le Stress et la consommation excessive d'alcool.

Sédentarité

La sédentarité est définie par l'OMS par « un manque d'activité physique » (30).

Selon le Programme national nutrition santé (PNNS) il est donc recommandé en association à une alimentation équilibrée, une activité physique équivalente à 30 minutes de marche rapide par jour, au minimum 5 jours dans la semaine (42).

Alimentation

Selon le PNNS, les recommandations définissant une alimentation équilibrée sont les suivantes (42).

- Consommer au moins 5 fruits et légumes par jour
- Consommer du pain ou des féculents à chaque repas
- Consommer 3 produits laitiers par jour
- Consommer de la viande, poisson ou œuf : 1 à 2 fois par jour, en favorisant le poisson (au moins 2 fois par semaine)
- Limiter la consommation de graisse totale, notamment les graisses saturées (viennoiseries, charcuterie, beurre ...) et privilégier les matières grasses d'origine végétale (Huile de colza et huile d'olive par exemple)
- Consommer avec modération les aliments et boissons sucrées.
- Consommer 1 à 1.5 litres d'eau par jour
- Limiter la consommation de sel et préférer le sel iodé
- Limiter la consommation de boissons alcoolisées : ne pas dépasser 2 verres par jour chez la femme et 3 verres chez l'homme.

II.2.1.2.2 Classification

Celle-ci distingue 3 niveaux de facteurs de risque en fonction du degré d'imputabilité prouvé dans la littérature.

Les facteurs de risque cardiovasculaire majeurs qui ont un effet multiplicateur indépendamment des autres facteurs de risque.

- Age et sexe
- Hérité cardiovasculaire précoce
- Antécédent personnel de maladie cardiovasculaire
- Dyslipidémies
- HTA
- Diabète de type 2
- Tabagisme actif

Les facteurs de risque cardiovasculaire prédisposants qui ont un effet potentialisateur des facteurs de risque majeurs.

- Obésité Androïde
- Sédentarité
- Ménopause
- Précarité
- Origine géographique

Les facteurs de risque cardiovasculaire discutés qui ont un degré d'imputabilité encore méconnu.

- Hypertriglycéridémie
- Marqueurs inflammatoires chroniques (CRP IL-6)
- Certains facteurs infectieux (cytomégalovirus ...)

II.2.2 Méthode d'évaluation

La méthode d'évaluation a été définie avant le début de notre étude.

II.2.2.1 Objectif principal

L'objectif principal était de comparer la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire chez les médecins généralistes auto suivis par rapport aux médecins généralistes suivis par un confrère généraliste.

II.2.2.2 Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de décrire leur propre ressenti sur leur prise en charge médicale

II.2.3 Méthodes d'analyse

Les résultats obtenus ont été analysés selon le suivi médical des médecins interrogés.

Notre population a été analysée en 2 sous groupes ; la population des médecins suivis par un médecin traitant d'une part et la population des médecins auto-suivis d'autre part.

Cette distinction nous permet d'évaluer la différence de prévalence des facteurs de risque étudiés et de répondre à notre objectif principal.

L'analyse statistique a été réalisée grâce à l'aide majeure d'un assistant chef de clinique en médecine générale et avec l'aide d'un interne en épidémiologie.

Nous avons utilisé le logiciel « biostaTGV ® » élaboré et mis en ligne par l'INSERM (49).

L'étude était quantitative. Les variables étudiées étaient qualitatives et indépendantes.

Nous avons utilisé un test de comparaison de proportion de type χ^2 (chi deux) quand les effectifs étaient tous supérieurs à 5.

Le seuil de significativité est à 5% soit $p \leq 0,05$.

II.2.4 Ethique et cadre réglementaire

- Comité d'éthique

Notre étude n'a pas nécessité l'approbation d'un comité d'éthique en France selon l'article L 1121-1 du code de santé publique.

Notre étude était également conforme à la pratique professionnelle en France décrite dans l'article R 4127 du code de santé publique.

Nous n'avions aucun conflit d'intérêt dans notre étude

- CNIL

Notre base de données informatiques a été déclarée à la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés).

La déclaration de conformité à une méthodologie de référence a été réalisée le 03 Juin 2015.

Numéro de déclaration : 1864097 v 0

Nous avons assuré à ce titre la confidentialité du fichier ainsi que son stockage sur un support sécurisé.

III. RESULTATS

Sur les 5661 mails envoyés, 858 médecins ont répondu au questionnaire en ligne.

Le taux de réponse était de 15%.

Nous avons exclu 32 réponses provenant de 26 médecins non généralistes et 6 questionnaires remplis partiellement.

Au total notre étude analysait les réponses de 826 médecins généralistes installés en France Métropolitaine durant notre période d'étude.

III.1 Caractéristiques sociodémographiques et suivi médical

Les caractéristiques sociodémographiques n'étaient pas différentes selon le suivi médical (Tableau I). Les effectifs par région étaient représentés dans la figure I.

Population totale

- La population étudiée était masculine à 66.8% (n=552).
- 50.3% (n=415) étaient âgés de plus de 55 ans.
- 75.2% (n=621) étaient mariés.
- 14.8% étaient installés en Ile de France (n=122).
- 87.8% (n=725) étaient conventionnés en secteur 1.
- 58.2% (n=481) étaient installés en zone urbaine.

Suivi médical par un médecin traitant

30.9% (n=256) avaient déclaré être suivis par un médecin traitant autre que soi- même.

Caractéristiques sociodémographiques en fonction du suivi médical

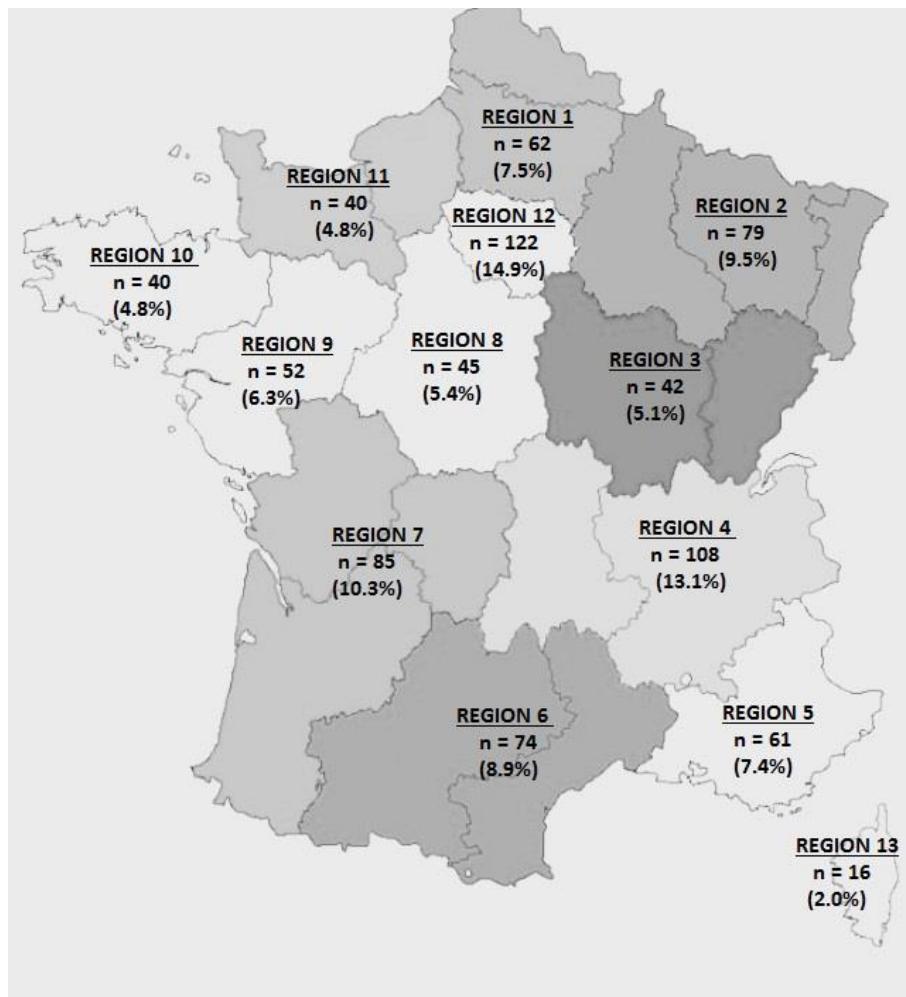
Les caractéristiques sociodémographiques étudiées dans notre étude n'influaient pas le suivi médical des médecins de notre échantillon.

En effet, le sexe ($p=0.51$), la classe d'âge ($p=0.16$), le statut matrimonial ($p=0.43$), la région d'exercice ($p=0.11$), le type de convention avec la sécurité sociale ($p=0.13$), le lieu d'installation ($p=0.13$) n'influaient pas de manière significative le type de suivi médical de notre population d'étude.

Tableau I. Caractéristiques de la population en fonction du suivi médical

	Suivi par un médecin traitant		valeur p (*Significatif si $p \leq 0.05$)
	Oui	Non	
Population totale	256 (30.9%)	570 (69.1%)	
Sexe			
Hommes	167 (65.1)	385 (67.5)	$p = 0.51$
Femmes	89 (34.9)	185 (32.5)	
Classes d'âge			
Plus de 55 ans	116 (45.4)	299 (52.4)	
Entre 40 et 55 ans	125 (48.8)	242 (42.5)	
Moins de 40 ans	15 (5.8)	29 (5.1)	$p = 0.16$
Statut matrimonial			
Marié(e)	191 (74.6)	430 (75.3)	
Divorcé(e)	24 (9.4)	68 (12.1)	
Célibataire	25 (9.8)	45 (7.9)	
Séparé(e)	8 (3.1)	18 (3.2)	
Veuf(e)	8 (3.1)	9 (2.5)	$p = 0.43$
Régions d'exercice			
Ile de France	43 (16.8)	79 (13.9)	
Auvergne - Rhône Alpes	28 (10.8)	80 (14.0)	
Aquitaine - Limousin - Poitou Charente	25 (9.9)	60 (10.5)	
Alsace - Champagne Ardennes - Lorraine	21 (8.2)	58 (10.2)	
Languedoc Roussillon - Midi Pyrénées	26 (10.2)	48 (8.4)	
Nord Pas de Calais – Picardie	15 (5.9)	47 (8.3)	
Provence - Alpes – Côte-d'Azur	20 (7.9)	41 (7.2)	
Bourgogne - Franche Comté	8 (3.1)	34 (6.1)	
Pays de la Loire	19 (7.4)	33 (5.8)	
Bretagne	10 (3.9)	30 (5.3)	
Centre - Val de Loire	17 (6.6)	28 (4.9)	
Normandie	16 (6.2)	24 (4.2)	
Corse	9 (3.5)	7 (1.2)	$p = 0.11$
Convention sécurité sociale			
Secteur 1	227 (88.7)	498 (87.4)	
Secteur 2	20 (7.8)	62 (10.8)	
Secteur 3	9 (3.5)	10 (1.8)	$p = 0.13$
Lieu d'installation			
Urbain	161 (62.9)	320 (56.1)	
Semi urbain	74 (29.0)	205 (36.0)	
Rural	21 (8.1)	45 (7.9)	$p = 0.13$

Figure I. Répartition de notre échantillon national selon les différentes régions de la « nouvelle organisation territoriale de la république »



Légende : carte de la France selon la « nouvelle organisation territoriale de la république » adoptée le 05 Aout 2015 au Sénat (49)

Région 1 = Nord-Pas de Calais – Picardie

Région 8 = Centre – Val de Loire

Région 2 = Alsace – Champagne-Ardenne - Lorraine

Région 9 = Pays de la Loire

Région 3 = Bourgogne –Franche Comté

Région 10 = Bretagne

Région 4 = Auvergne – Rhône- Alpes

Région 11 = Normandie

Région 5 = Provence – Alpes-Côte-d’Azur

Région 12 = Ile de France

Région 6 = Languedoc-Roussillon – Midi Pyrénées

Région 13 = Corse

Région 7 = Aquitaine –Limousin –Poitou-Charentes

III.2 Objectif principal

III.2.1 Facteurs de risque cardiovasculaire non modifiables et suivi médical.

Les médecins suivis par un confrère déclaraient plus d'antécédents que les médecins auto suivis (Tableau II).

Facteurs de risque cardiovasculaire non modifiables dans l'échantillon total

Sexe et Age

53.1% (n= 438) étaient des hommes de plus de 50 ans et 4.5% (n=37) étaient des femmes de plus de 60 ans.

Antécédents familiaux précoces

31.6% (n=261) avaient des antécédents familiaux cardiovasculaires précoce

Antécédents personnels cardiovasculaires

- 86.8% (n=717) n'en déclaraient aucun,
- 3.6% (n=30) déclaraient une coronaropathie,
- 2.9% (n=24) une ACFA,
- 2.5% (n=21) une AOMI,
- 2.1% (n=17) un accident cérébral (AIT ou AVC)
- 2.1% (n=17) un anévrysme de l'aorte abdominale.

Ménopause

22.1 % (n=182) de notre échantillon étaient ménopausées soit 66.4% de la population féminine de notre étude.

Facteurs de risque selon le suivi médical

Dans notre étude le suivi médical n'était pas modifié de manière significative par l'âge et le sexe ($p=0.11$), par les antécédents familiaux cardiovasculaires précoce ($p=0.51$) ni par la ménopause ($p=0.63$).

Par contre, les médecins qui avaient déclaré la présence d'un antécédent cardiovasculaire étaient significativement plus suivis par un médecin traitant ($p=0.017$) :

- 89.6% (n=511) des médecins auto suivis n'ont pas d'antécédents personnels contre 80.5% (n=206) des médecins suivis par un confrère.
- 2.9% (n=16) des médecins auto-suivis déclaraient une coronaropathie contre 5.5% (n=14) des médecins suivis par un confrère.
- 2.5% (n=14) des médecins auto suivis avaient une ACFA contre 3.9% (n=10) des médecins suivis par un confrère.
- 2.1% (n=12) des médecins auto suivis déclaraient une AOMI contre 3.5% (n=9) des médecins suivis par un confrère.
- 1.6% (n=9) des médecins auto suivis déclaraient un accident vasculaire contre 3.1% (n=8) des médecins suivis par un confrère.
- 1.4% (n=8) des médecins auto suivis déclaraient un AAA contre 3.5% (n=9) des médecins suivis par un confrère.

Tableau II. Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire non modifiables, en fonction du suivi médical.

Facteurs de risque cardiovasculaire	Suivi par un médecin traitant		valeur p (*Significatif si $p \leq 0.05$)	
	Oui n = 256 (30.9%)	Non n = 570 (69.1%)		
Facteurs de risque majeurs				
Sexe et Age				
Hommes de plus de 50 ans	138 (53.9)	300 (52.6)		
Femmes de plus de 60 ans	7 (2.7)	30 (5.3)	$p = 0.11$	
Antécédents familiaux				
Cardiovasculaires précoces	85 (33.6)	176 (30.9)	$p = 0.51$	
Antécédents personnels cardiovasculaires				
Aucun	206 (80.5)	511 (89.6)		
Coronaropathie	14 (5.5)	16 (2.9)		
Troubles du rythme (ACFA)	10 (3.9)	14 (2.5)		
Artériopathie des membres inférieurs	9 (3.5)	12 (2.1)		
Accidents vasculaires (AVC ou AIT)	8 (3.1)	9 (1.6)		
Anévrysme de l'aorte abdominale (AAA)	9 (3.5)	8 (1.4)	p = 0.017*	
Facteur de risque prédisposant				
Ménopause	59 (69.4)	123 (66.5)	$p = 0.63$	

III.2.2 Facteurs de risque cardiovasculaire modifiables majeurs

Dans l'échantillon total

Dyslipidémie

19.9% (n=165) de notre échantillon total étaient atteints de dyslipidémie.

Hypertension artérielle

18.2% (n=150) de notre échantillon total étaient hypertendus.

Diabète non insulino dépendant

2.1% (n=17) de notre échantillon total étaient diabétiques non insulinodépendants.

Tabagisme

- 24.9% (n=206) étaient des fumeurs actifs ou sevrés depuis moins de 3 ans.
- 41.5% (n=343) étaient sevrés depuis plus de 3 ans.
- 26.3% (n=217) n'avaient jamais fumé.

Facteurs de risque selon le suivi médical (tableau III)

Le suivi médical n'était pas modifié de manière significative par la dyslipidémie ($p=0.83$), par l'hypertension artérielle ($p=0.75$) par le diabète insulinodépendant ($p=0.15$) et par le tabagisme ($p=0.51$).

Tableau III. Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables majeurs en fonction du suivi médical

Facteurs de risque cardiovasculaire	Suivi par un médecin traitant		valeur p (*Significatif si $p \leq 0.05$)
	Oui n = 256(30.9%)	Non n = 570(69.1%)	
Dyslipidémie	50 (19.6)	115 (21.2)	$p = 0.66$
Hypertension artérielle	45 (17.6)	105 (18.4)	$p = 0.75$
Diabète non insulino - dépendant	8 (3.1)	9 (1.6)	$p = 0.15$
Tabagisme			
Actif (ou sevrage < 3 ans)	89 (34.8)	177 (31.1)	
Sevrage > 3 ans	101 (39.4)	242 (42.4)	
Jamais	66 (25.8)	151 (26.5)	$p = 0.51$

III.2.3 Facteurs de risque cardiovasculaire modifiables prédisposants

L'activité physique et le statut pondéral étaient différents selon le suivi médical (Tableau IV et Figure II).

Dans l'échantillon total

Alimentation équilibrée

61.1% (n=505) déclaraient une alimentation équilibrée.

Activité physique recommandée

33.6% (n= 278) déclaraient une activité physique recommandée.

Statut pondéral

- 1.8% (n=15) étaient en état de maigreur,
- 39.9% avec un IMC dans la norme,
- 52.5% (n=434) étaient en surcharge pondérale.
- 5.7% (n=47) étaient obèses.

Stress quotidien

69.4% (n=573) avaient le sentiment d'être stressés au quotidien

Consommation d'alcool

- 80.1% (n=662) consommaient,
- 12.1% (n=100) étaient sevrés.
- 7.7% (n=64) n'en consommaient pas.

Facteurs de risque selon le suivi médical

L'activité physique recommandée était significativement différente selon le suivi médical ($p=0.038$).

- 30.9% (n= 176) étaient auto-suivis.
- 39.9% (n=102) étaient suivis par un confrère.

Le statut pondéral était également significativement différent selon le suivi médical ($p=0.034$).

- 1.6% (n=9) étaient en état de maigreur chez les médecins auto suivis contre 2.3% (n=6) chez les médecins suivis par un confrère.
- 36.8% (n=210) avaient un IMC normal chez les médecins auto-suivis contre 46.9% (n=120) chez les médecins suivis par un confrère.
- 55.6% (n=317) étaient en surcharge pondérale chez les médecins auto suivis contre 45.7% (n=117) chez les médecins suivis par un confrère.
- 5.9% (n= 34) des médecins auto suivis étaient obèses contre 5.1% (n=13) chez les médecins suivis par un confrère.

Il n'existait pas de différence significative concernant l'alimentation ($p=0.66$), le stress ($p=0.47$) et la consommation d'alcool ($p=0.36$).

Tableau IV. Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire prédisposants et modifiables en fonction du suivi médical.

Facteurs de risques cardiovasculaires	Suivi par un médecin traitant		valeur p (*Significatif si $p \leq 0.05$)
	Oui n = 256(30.9%)	Non n = 570(69.1%)	
Alimentation équilibrée	162 (63.3)	343 (60.2)	$p = 0.66$
Activité physique recommandée	102 (39.9)	176 (30.9)	$p = 0.038*$
Statut pondéral			
Maigre	6 (2.3)	9 (1.6)	
Normal	120 (46.9)	210 (36.8)	
Surcharge pondérale	117 (45.7)	317 (55.6)	
Obésité	13 (5.1)	34 (5.9)	$p = 0.034*$
Sentiment de stress quotidien	182 (71.1)	391 (68.6)	$p = 0.47$
Consommation d'alcool			
Active	198 (77.4)	464 (81.4)	
Sevrée	34 (13.3)	66 (11.6)	
Jamais	24 (9.3)	40 (7.0)	$p = 0.36$

Figure II. Activité physique en fonction du suivi médical

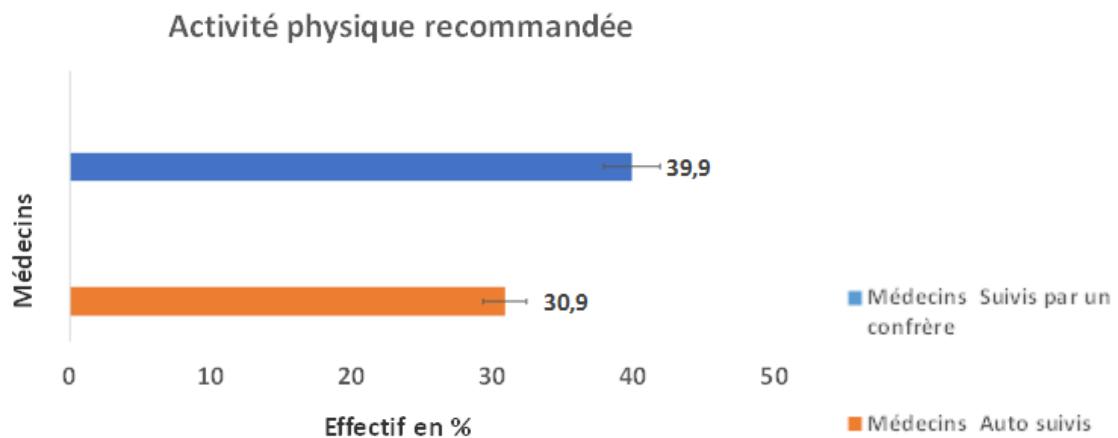
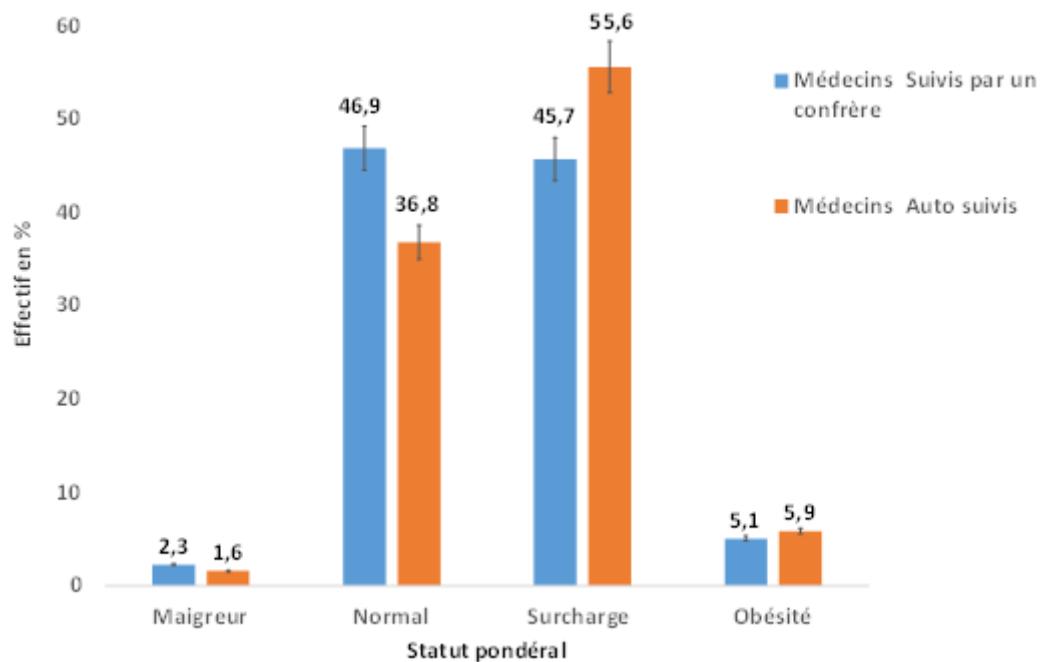


Figure III. Statut pondéral en fonction du suivi médical



III.3 Prise en charge médicale

III.3.1 Ressenti concernant la prise en charge de leur propre santé.

Il existait une différence significative (tableau V).

Prise en charge médicale personnelle comparée aux patients

- 53.4% (n=441) considèrent que leur prise en charge médicale est moins bonne.
- 36.1% (n=298) l'a considèrent identique.
- 10.5% (n=87) l'a considèrent meilleure que celle de leurs patients.

En cas de pathologie aigüe

- 71.8% (n=593) consultent un spécialiste en 1er recours.
- 8.2% (n=68) consultent un médecin généraliste.
- 19.9% (n=165) s'auto-médisquent.

En cas de pathologie chronique

- 63.4% (n=524) consultent un spécialiste en 1er recours en cas de pathologie chronique.
- 14% (n=116) consultent un médecin généraliste.
- 22.6% (n=187) s'auto-médisquent.

Instauration d'une médecine du travail pour les médecins généralistes

- 78.4% (n=648) étaient favorables.
- 9% (n=75) n'étaient pas favorables.
- 12.5% (n=103) étaient sans opinion.

Ressenti selon le suivi médical

-Les médecins suivis par un confrère n'avaient pas le même ressenti concernant leurs prise en charge médicale personnelle que les médecins auto suivis ($p=0.016$).

46.5% (n=119) l'a trouvaient moins bonne contre 56.5% (n=322) des médecins auto suivis

-La prise en charge médicale en cas de pathologie chronique était différente selon le suivi médical ($p=0.019$).

20.3% (n=52) des médecins suivis par un confrère consultent un médecin généraliste en 1er recours contre 11.2% (n=64) des médecins auto suivis.

-Il n'y avait pas de différence de prise en charge en situation aiguë ($p=0.34$) et dans la volonté d'instauration d'une médecine du travail ($p=0.25$).

Tableau V. Ressenti de notre échantillon en fonction de leur suivi médical.

Facteurs de risque cardiovasculaire	Suivi par un médecin traitant		valeur p
	Oui n = 256(30.9%)	Non n = 570(69.1%)	
Prise en charge médicale personnelle			
Comparée à celle des patients			
Moins bonne	119 (46.5)	322 (56.5)	
Identique	102 (39.8)	196 (34.4)	
Meilleure	35 (13.7)	52 (9.1)	p = 0.016*
Pathologie aiguë, avis de 1^{er} recours			
Spécialiste	186 (72.6)	407 (71.4)	
Généraliste	25 (9.7)	43 (7.5)	$p = 0.34$
Pathologie chronique, avis de 1^{er} recours			
Spécialiste	153 (59.8)	371 (65.1)	
Généraliste	52 (20.3)	64 (11.2)	p = 0.019*
Instauration d'une médecine du travail dédiée aux médecins généralistes libéraux			
Favorable	196 (76.5)	452 (79.3)	
Non favorable	21 (8.2)	54 (9.4)	$p = 0.25$

III.3.2 Niveau de satisfaction concernant cette étude

76.9% de notre échantillon étaient satisfaits

« Absolument d'actualité, très intéressante et débouchera forcément sur une meilleure prévention pour les cordonniers souvent mal chaussés que nous sommes. Bon courage ! »

« J'espère qu'elle vous permettra d'obtenir brillamment votre thèse. Elle m'a permis de me poser des questions donc intéressante. Cordialement »

« Intéressante et dérangeante. Elle nous met face à quelques erreurs... Merci et bon courage ! »

« Est très intéressante et surtout nous permet de prendre conscience (que l'on soit suivi ou non par un confrère) que l'on ne doit pas oublier de prendre soin de sa santé même si l'on passe sa vie à soigner les autres .L'altruisme a ses limites car la santé ne se partage pas ! »

7.1 % étaient sans opinion

«J'attends de voir les résultats globaux de l'étude »

11.7% n'ont pas répondu à la question

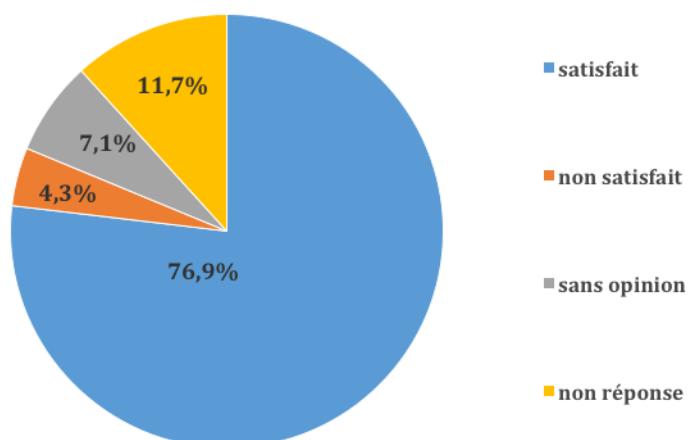
«Faiblement concerné »

4.3% étaient non satisfaits

« Plus de 5 minutes mais bon courage ! »

«Pas tellement concernée à 33 ans je pense... »

Figure III. Niveau de satisfaction des médecins concernant notre étude.



IV. DISCUSSION

IV.1 Limites de notre étude

Notre étude est une étude quantitative, descriptive et auto-déclarative. Elle comporte plusieurs biais et malgré nos efforts reste sans doute critiquable.

IV.1.1 Le questionnaire

Notre étude étant basée sur le volontariat des participants, il était important de susciter une motivation importante.

Nous avons donc décidé de réaliser un auto-questionnaire précis, avec des questions limitées en nombre et en taille. A ce titre nous avons également choisi de limiter les questions à texte libre.

Peu de participants nous ont contacté afin d'obtenir plus de précisions. Il semble très probable que la crainte d'une perte de l'anonymat ait contribué à cela. Par conséquent, nous n'avions malheureusement pas pu répondre de manière exhaustive à chaque question, ce qui aurait sans doute limité de manière importante notre nombre de participants.

Voici les limites de certaines questions de notre questionnaire :

Question 6 : Certains médecins nous ont fait remarquer notre oubli de la proposition « pacs » au sujet de la situation matrimoniale et nous nous en excusons.

Question 12 : Volontairement nous n'avions pas détaillé les types de dyslipidémies, afin de ne pas décourager les médecins répondant devant l'exhaustivité des questions.

Question 17 : Concernant l'alimentation, le PNNS donne des conseils concernant l'équilibre alimentaire mais il n'existe pas à notre connaissance de score prenant en compte ces recommandations. Nous n'avons donc analysé que les réponses des médecins qui avaient un équilibre alimentaire « parfait ». Il faudrait réaliser une étude spécifique à l'alimentation pour pouvoir être plus représentatif.

Question 18 : La sédentarité n'étant pas définie précisément dans le PNNS, nous n'avons donc étudié que la prévalence de médecins qui respectent les recommandations. Il faudrait également réaliser une étude plus spécifique pour évaluer de façon exhaustive l'activité physique des médecins.

Question 21 : Notre question n'avait pas pour but de mesurer précisément le stress. En effet plusieurs scores sont décrits dans la littérature. (50) Leur utilisation n'était pas possible dans notre étude. Notre étude ne traite pas du « burn out » car une étude est déjà publiée à ce sujet chez les médecins (51)

Question 24 : Nous n'avons pas posé la question sur la prise d'un traitement hormonal substitutif (THS). Dans l'état actuel des connaissances les THS ne sont pas définis comme facteur de risque. Le lien entre les traitements hormonaux substitutifs et le risque cardiovasculaire est en cours d'étude et a déjà été décrit dans la littérature. (52)(53)(54)(55)

Question 26 : Le terme « aiguë » pouvait induire un facteur de confusion : En effet, le délai de consultation en urgence chez un médecin généraliste pouvait inciter les médecins à s'auto-prescrire des examens complémentaires avant de consulter un spécialiste. Le fait de l'auto prescription pouvait donc être dû uniquement aux délais de consultation.

L'origine ethnique et la précarité sont également citées dans la littérature comme facteurs de risque prédisposants (40)

Pour des raisons qui nous paraissaient d'ordre éthique nous avions décidé de ne pas intégrer ces notions dans notre étude.

Les antécédents cardiovasculaires personnels ne faisaient pas partie des facteurs de risque cardiovasculaire mais nous avons estimé qu'il était important de l'étudier en tant que tel dans notre étude pour avoir une approche plus globale de la prévention cardiovasculaire des médecins étudiés.

IV.1.2 Limites de méthodologie

Il existait de nombreux biais dans notre étude ce qui rendait difficile l'extrapolation des résultats à la population générale des médecins.

IV.1.2.1 Biais de sélection

L'envoi par E-mails ne prenait pas en compte les médecins non informatisés, de plus notre base de données était basée sur le fichier mail loué. Nous n'avons pas pu solliciter les autres médecins. Il y'a donc un probable biais d'échantillonnage.

Les médecins ont répondu sur la base du volontariat, de ce fait il existe un biais de recrutement évident. Il est possible que les médecins ayant répondu au questionnaire soient ceux qui se sentent le plus concernés par le sujet. Il pourrait alors exister une différence possible de prévalence entre les médecins répondants et la population cible.

IV.1.2.2 Biais de classement

La nécessité d'un format d'auto-questionnaire implique son caractère déclaratif, et donc soumis à la compréhension des questions, au biais de mémorisation et au biais de déclaration.

IV.1.2.3 Facteur de confusion

Nous avons relevé un facteur de confusion lors de l'analyse de nos résultats. La différence de prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire peut être liée à une situation particulière du médecin qui fait son propre diagnostic avant de consulter un confrère.

Dans ce cas, la déclaration d'un médecin traitant n'aurait pas d'influence sur la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire.

IV.1.3 Taux de participation

Nous avons constaté un taux de participation de 15%. Ce résultat est faible dans l'absolu mais encourageant pour un questionnaire en ligne.

Nous avons donc atteint notre objectif fixé antérieurement à notre étude.

Dans les thèses précédentes, les taux de réponse variaient de 7.9 % (28) à 53.9% (26).

Notre taux de réponses se rapproche de l'étude menée par le Dr Stepowski chez les médecins généralistes (29).

Contrairement aux travaux précédents, notre étude ne sollicitait pas seulement les maîtres de stage à l'université mais tous les médecins généralistes. Les maîtres de stage étant plus en contact avec les internes et sans doute plus habitués aux questionnaires en ligne.

On peut alors se demander si l'utilisation exclusive d'internet n'a pas été un facteur limitant. Certains médecins ont également pu assimiler le courrier électronique envoyé à de la publicité. La multiplication des enquêtes diffusées par internet peut également entraîner une lassitude et un manque d'intérêt de la part des médecins sollicités. Une autre possibilité aurait été d'y associer un envoi postal qui aurait peut-être permis un plus grand taux de participation.

De même les vacances de Pâques ont également pu être un autre facteur limitant.

IV.2 Points forts de notre étude

IV.2.1 Taille de l'échantillon

Notre échantillon était composé de 826 réponses et à notre connaissance, à ce jour, cette étude a reçu le plus grand nombre de réponses en comparaison aux études régionales précédentes traitant de la santé des médecins.

Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées quant à ce nombre de réponses très satisfaisant :

- La première étant que l'étude est à l'échelle nationale en dehors des DOM-TOM.
- La seconde étant la santé des médecins généralistes suscitant un vif intérêt.

IV.2.2 Le questionnaire

Le titre du mail attire l'attention : « Cher consœur, cher confrère »

La lettre d'introduction est explicite et définit le projet. Le questionnaire est clair, synthétique et rapide à remplir (en moyenne 5 minutes)

De plus, pour avoir accès au questionnaire il suffit de cliquer sur le lien intégré dans le corps du mail. Ce dispositif tente de simplifier les manipulations informatiques.

Certains médecins nous ont d'ailleurs donné leur ressenti sur notre questionnaire

« Facile à remplir, chiffres recueillis intéressants ... »

« Rapide et intéressante »

IV.3 Caractéristiques sociodémographiques et suivi médical

Notre échantillon total est représenté par 826 médecins généralistes installés en France métropolitaine. Ce résultat était attendu étant donné le nombre important de médecins sollicités. Dans les différentes thèses régionales à ce sujet, les échantillons variaient de 111 médecins en Midi-Pyrénées (29) à 530 médecins en Meurthe et Moselle (25),

Notre échantillon est représenté majoritairement par des médecins hommes (66.8%) de plus de 55 ans (50.3%) mariés (75.2%) installés en zone urbaine (58.2%) conventionnés en secteur 1 (87.8%) exerçants en Ile de France (14.8%).

Il n'existe pas de différence significative de caractéristiques sociodémographiques en fonction du suivi médical. ($p > 0.05$).

Concernant la répartition des effectifs par régions (figure1), celle-ci est fidèle à la répartition des médecins généralistes en France en 2015. (19)

En région Auvergne - Rhône-Alpes, la DREES recense 14565 médecins généralistes soit l'équivalent de 12.4 % de la population nationale de médecins généralistes.

Dans notre échantillon, les médecins répondants installés dans cette région sont au nombre de 108, soit l'équivalent de 13.1% de notre effectif total.

En région Ile de France, la DREES recense 22766 médecins soit 12.4% de la population nationale de médecins généralistes.

Dans notre échantillon cette région comporte le plus de médecins généralistes avec 122 médecins soit 14.9%.

En Corse, la DREES recense 543 médecins soit 0.9% de la population nationale de médecins généralistes.

Dans notre échantillon cette région comporte le moins de médecins généralistes avec seulement 16 médecins soit 2%.

Parmi les médecins suivis par un confrère le taux de suivi déclaré est de 30,9% ce qui représente une minorité. Parmi eux, 59.5 % ont préféré déclarer un médecin qu'ils connaissent bien (médecin proche) et 41.5% un confrère qu'ils connaissent moins bien.

Parmi les médecins auto suivis, 47.1% évoquent un manque de temps à consacrer à leur propre santé, 43.5% ne trouvent pas d'utilité d'être suivi par un confrère et seulement 9.9% sont mal à l'aise chez un confrère.

Dans un article publié en 2008, Kay M et al ont réalisé une synthèse de la littérature concernant l'accès des médecins aux divers systèmes de soins dans le monde. (21)

Une comparaison directe est difficilement réalisable au vu de l'hétérogénéité des systèmes de soins. Néanmoins, différentes études transversales ont réussi à dégager des spécificités communes : rareté de la déclaration et de la consultation d'un médecin dans les pays où cette déclaration est obligatoire.

L'Angleterre arrive en tête avec un taux de déclaration de 90 %, conséquence de la publication de la MBA en 1995 (56) cependant très peu d'entre eux déclarent être allés le consulter (57).

En Suisse en 2007, seulement 21% des médecins avaient déclaré un médecin traitant mais une faible proportion allait le consulter (58).

En Irlande en 2007 49% estimait négliger leur propre santé (59).

En Israël 33% des médecins généralistes avaient déclaré un médecin traitant (60),

En France en 2008, dans la population générale, le taux de déclaration de médecin traitant était de 85 % et 99.5% des français avaient choisi un médecin généraliste (61)

Dans la population médicale,

En 2004 le Dr Nouger retrouvait en Poitou-Charentes un taux de 13% (29).

En 2010 le Dr Bojoly retrouvait également en Rhône-Alpes une majorité de médecins hommes (67.8%) et un taux de déclaration de médecin traitant plus faible (24.6%). Il n'y avait pas de différence significative entre les sexes (26).

En résumé,

A l'échelle mondiale, le suivi médical en France des médecins généralistes est comparable à celui des homologues étrangers.

En comparaison à la population générale, les médecins généralistes sont moins nombreux à se faire suivre par un médecin traitant. Parmi eux une faible proportion seulement se fait suivre par un médecin ni proche parent ni ami.

Cependant, le taux de déclaration a augmenté depuis les dernières études.

Nous pouvons également remarquer que les médecins sont de plus en plus sensibilisés à la prise en charge de leur santé.

Les médecins auto suivis évoquent majoritairement le manque de temps tout en étant conscients de la nécessité d'être suivis par un confrère.

IV.4 Objectif principal

IV.4.1 Facteurs de risque cardiovasculaire non modifiables

Age et sexe

Le sexe et l'âge sont des facteurs de risques combinés.

Chez l'homme l'âge devient un facteur de risque à partir de 50 ans.

La femme est protégée pendant la période génitale mais son risque cardiovasculaire rejoint celui de l'homme à partir de 60 ans. (62)(63)(64),

Notre échantillon est composé d'une majorité d'hommes de plus de 50 ans (53.1%) et de seulement 4.5% de femmes de plus de 60 ans.

Il n'y avait pas de différence de suivi médical selon l'Age et le sexe ($p=0.11$).

Les médecins les plus intéressés par notre sujet sont les hommes de plus de 50 ans. Ceux-ci sont donc surreprésentés dans notre étude.

Cette tendance se retrouvait également dans les autres études au sujet de la santé des médecins. Les auteurs retrouvaient également dans leurs échantillons une majorité masculine.

Le Dr Nouger retrouvait 69% d'hommes dans le département de la Vienne (24).

Le Dr Bojoly en Rhône-Alpes retrouvait 67.8% d'hommes dans son échantillon (26).

Le Dr Volle-Couderc en Midi-Pyrénées retrouvait la plus grande proportion d'hommes avec un taux de 70.5% (28).

La faible proportion de femmes de plus de 60 ans peut s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- Les femmes de plus de 60 ans sont moins nombreuses dans la population médicale. En effet, au 1er janvier 2015 la proportion des hommes de plus de 50 ans était de 41% et celle des femmes de plus de 60 ans de 6.5 %. (19).

- Les femmes de plus de 60 ans semblent moins intéressées par le sujet de notre étude. En effet pendant de nombreuses années le risque cardiovasculaire des femmes a été sous estimé. Actuellement, les autorités essayent de revenir sur ce préjugé.

Au Etats-Unis depuis 2005 une nouvelle association « Go Red for Women » financée par l'American heart association avait pour but de sensibiliser l'opinion publique sur le risque cardiovasculaire des femmes (65).

Concernant le suivi médical, nous aurions pu nous attendre à ce que les médecins les plus âgés aient plus tendance à se faire suivre par un médecin en raison des pathologies liées à l'âge. Or, cette attente n'est pas confirmée par les chiffres en raison probablement d'une plus grande sensibilisation des jeunes médecins.

Hérédité cardiovasculaire précoce

La prédisposition familiale est un facteur de risque majeur.

Seuls les accidents cardiovasculaires précoces survenus chez le père, la mère ou un parent du premier degré sont à considérer (avant 55 ans pour l'homme, avant 65 ans pour la femme).

Dans la population générale 14% déclarent un antécédent familial cardio-vasculaire.

Ce taux est de 72 % pour les hommes de moins de 55 ans victimes d'infarctus du myocarde (66).

Il existe peu de données dans la littérature concernant la prévalence d'antécédents familiaux cardiovasculaires précoce des médecins généralistes.

Le Dr Nouger retrouvait un taux de 15.7% dans la population médicale, se rapprochant du taux de la population générale (24).

Nos résultats sont supérieurs aux résultats décrits d'une part dans la population générale et d'autre part dans la population médicale, En effet 31.6% de notre échantillon déclarent des antécédents familiaux cardiovasculaires précoce.

Au vu du titre de notre étude, les médecins ayant un antécédent familial précoce ont pu se sentir plus concernés et ont plus volontiers répondu à notre questionnaire.

Il n'y a pas de différence de suivi médical selon l'hérédité cardiovasculaire ($p=0.51$).

En effet, nous pouvons évoquer l'hypothèse que le fait d'avoir un antécédent familial cardiovasculaire n'était pas assez « anxiogène » au point d'avoir un suivi médical « plus strict » par un confrère.

Antécédent personnel de maladie cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans les pays industrialisés et sont en progression constante.

Selon l'OMS en 2008, le Japon, Israël et la France sont les 3 pays avec le taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire le plus faible au monde (inférieur ou égal à 100 décès pour 100 000 habitants) (30).

En France ces maladies provoquent 11,5 % des hospitalisations et 100 000 infarctus du myocarde par an (66).

Dans notre étude, nous retrouvons avec étonnement un taux d'antécédents cardio-vasculaires de 13%. Ce taux est inférieur aux 17 % retrouvés par le Dr Volle Couderc dans son étude (28).

Nous nous attendions à un taux plus important du fait du titre de notre étude et de notre probable biais de recrutement.

En analysant plus précisément ces résultats, nous avons retrouvé une différence du fait de l'inclusion du diabète et de l'HTA dans l'étude du Dr Volle Couderc, tandis que dans notre étude, le diabète et l'HTA ont été analysés différemment.

Nous retrouvons une différence majeure de suivi médical en fonction de la déclaration d'un antécédent personnel cardiovasculaire ($p=0.017$).

La ménopause

Les femmes sont moins sujettes que les hommes aux maladies cardiovasculaires et cette différence hommes/femmes diminue après la ménopause. Cette observation est à l'origine de l'hypothèse d'un effet bénéfique des œstrogènes sur le cœur et les vaisseaux. Actuellement cette hypothèse est remise en cause. (67)

Les résultats montrent également que les œstrogènes exposent à un risque augmenté d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral. Il n'est pas encore démontré de lien de causalité mais les résultats ne sont pas influencés par les autres facteurs de risque cardiovasculaire(68).

En 2011, l'American Heart Association (AHA) proposait une nouvelle stratification du risque cardiovasculaire spécifique de la femme.

Concernant les traitements hormonaux substitutifs (THS)

Les THS ont été initialement prescrits pour réduire les symptômes de la ménopause. Plus tard, plusieurs études d'observation ont suggéré qu'ils pourraient également comporter des bénéfices cardiovasculaires. Cependant, les résultats d'une étude américaine publiée en 2002 ont remis en cause la notion d'effet bénéfique global des THS (69) (70). Actuellement, le lien entre les THS et le risque cardiovasculaire n'est pas encore établi mais plusieurs études sont en cours notamment en France par l'intermédiaire de l'équipe E3N.

Parmi les femmes participant à notre étude, 66.4% étaient ménopausées. Il n'y avait pas de différence de suivi médical en fonction de la ménopause ($p=0.63$).

Nous pouvons évoquer l'hypothèse que les femmes en ménopause ne se sentaient pas plus « à risque cardiovasculaire » que lors de la période pré ménopausique.

En résumé,

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire non modifiables seuls les antécédents personnels de pathologie cardiovasculaire permettent de montrer une différence de suivi médical : les médecins ayant un antécédent personnel sont plus nombreux à être suivis par un médecin traitant.

Nous pouvons évoquer deux hypothèses afin d'expliquer nos résultats :

- Les médecins suivis par un confrère sont mieux dépistés sur le plan cardiovasculaire que les médecins auto suivis
- Les médecins ayant diagnostiqué eux-mêmes une pathologie cardiovasculaire se font secondairement plus suivre par un confrère.

Cette dernière hypothèse nous paraît la plus probable même s'il est impossible dans notre étude d'évaluer la temporalité entre le suivi médical et la survenue de la pathologie cardiovasculaire.

IV.4.2 Facteurs de risque cardiovasculaire modifiable et majeur

La Dyslipidémie

De nombreuses études épidémiologiques, dont certaines réalisées en France, ont montré qu'une concentration élevée de cholestérol total et/ou de LDL-cholestérol, augmente considérablement le risque coronaire (71) (72)

Les études réalisées dans des cohortes de population comme l'étude PROCAM en Europe, ont établi cette relation (73) Ces études ont montré que la cholestérolémie totale augmentait le risque coronaire de manière continue.

En France, il existe peu de données épidémiologiques sur la prévalence des dyslipidémies chez les sujets sains au niveau cardiovasculaire. (74) (75) (76). En 2002, 19% des individus de plus de 35 ans déclaraient une dyslipidémie (77).

La dyslipidémie dans la population médicale est un paramètre qui a été assez bien étudié dans les thèses précédentes. Le Dr Roumane retrouvait un taux de 38.34% chez les médecins bretons (23), le Dr Bojoly un taux de 11.9% chez les médecins Rhône-Alpins (26).

Dans notre étude nous retrouvions 19.9% de médecins atteints de dyslipidémie, résultat proche de celui de la population générale.

Il n'existait pas de différence de suivi médical dans le cadre de la dyslipidémie ($p=0.66$).

L'Hypertension artérielle (HTA)

Selon le Dr Margaret CHAN directeur général de l'OMS (30). « L'un des principaux facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires est l'hypertension – ou l'élévation de la pression sanguine. L'hypertension touche déjà un milliard de personnes à travers le monde, et favorise la survenue d'accidents cardiaques et vasculaires cérébraux. Les chercheurs ont estimé que l'hypertension tue actuellement 9 millions de personnes par an. »

L'HTA touche 26.4 % de la population mondiale adulte. (30)

En France le nombre de patients âgés de 35 à 75 ans atteints d'HTA est estimé à 34.9%. (77).

Chez les médecins, l'HTA faisait partie des facteurs de risque les mieux évalués. Les résultats retrouvés variaient selon les régions, le Dr Nouger retrouvait un taux de 9.8 % (24), le Dr Bojoly quand à elle retrouvait un taux de 8.5% (26).

Dans notre étude, nous retrouvions un taux de 18.8% proche des 21% retrouvés à Nancy dans l'étude du Dr Suty (25) mais un taux plus faible que celui de la population générale.

Cette différence est-elle dûe à la faible proportion dans notre échantillon de médecins de plus de 65 ans ? (la retraite était un critère d'exclusion de notre étude) ou à une sous-estimation de cette pathologie de la part des médecins.

L'hypertension artérielle ne modifiait par le suivi médical des médecins de notre étude ($p=0.75$)

Le diabète non insulino dépendant

Le diabète est une maladie chronique qui touche aujourd'hui plus de 382 millions de personnes dans le monde. (30)

Il existe de multiples types de diabète dont les plus connus sont le diabète insulinodépendant (DID) et le non-insulinodépendant (DNID).

Concernant le risque cardiovasculaire, nous étudions uniquement le DNID. Nous l'avions également étudié indépendamment des autres antécédents cardiovasculaires.

En France, en près de 10 ans, la prévalence des patients traités par antidiabétiques oraux et / ou insuline est passée de 2.6 % à 4.4% (77).

Chez les médecins, le diabète est un paramètre qui a en général été inclus parmi les antécédents cardiovasculaires. Néanmoins, le Dr Suty retrouvait une prévalence de médecins diabétiques de 5% (25).

Dans notre étude, nous étudions le DNID. Nous retrouvions un taux de 2.1% proche du taux de 1.6% retrouvé par le Dr Ruiz (78) et des 1.7% retrouvés par le Dr Bojoly (26).

Le diabète n'influençait pas le suivi médical des médecins de notre étude ($p=0.15$)

Le tabagisme

Selon l'OMS le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable dans le monde. Il est à l'origine de 5.4 millions de décès par an. (30)

Dans la population générale française, la prévalence des fumeurs était de 32.4% chez les hommes et de 26% chez les femmes (77).

Au Mexique, une étude montre que 27% des médecins étaient fumeurs (18).

En France, la prévalence du tabagisme des médecins variait selon les études et les régions. Le Dr Roumane retrouvait un taux de 21% (23), tandis que le Dr Ruiz retrouvait un taux de 15%. (78)

Dans notre étude, nous retrouvions un taux proche de la population générale avec 32.2% de fumeurs dont 71% consommaient moins de 5 paquets –année ce qui représente une consommation modeste en comparaison à la population générale (77).

Nous attendions initialement une baisse de la prévalence du tabagisme chez les médecins en 2015. L'hypothèse principale est le probable biais d'échantillonnage, en effet, notre étude étant axée sur la prévention cardiovasculaire, les médecins fumeurs auraient probablement plus tendance à participer à notre enquête.

Le tabagisme n'influençait pas le suivi médical des médecins de notre étude ($p=0.51$).

Nous attendions un suivi médical plus strict chez les médecins fumeurs.

Notre hypothèse est que cette tendance aurait été compensée par le fait que les médecins non fumeurs auraient une meilleure hygiène de vie et par définition se feraient d'autant suivre par un confrère.

En résumé,

Il n'existait pas de différence de prévalence de facteurs de risque cardiovasculaire modifiables et majeurs en fonction du suivi médical.

Contrairement à un antécédent personnel cardiovasculaire qui est symptomatique et anxiogène, la dyslipidémie, l'HTA, le DNID, le tabagisme sont asymptomatiques et ne susciteraient pas un suivi médical par un confrère.

D'une part on pourrait s'attendre à ce que ces pathologies incitaient davantage à consulter un confrère et du même coup créer une différence dans le suivi médical, d'autre part à ce que ces facteurs de risque soient réduits par le suivi d'un confrère, ce qui n'est pas le cas.

IV.4.3 Facteurs de risque cardiovasculaire modifiables et prédisposants

L'alimentation

En France il existe depuis 2001, le programme national nutrition santé ou PNNS qui a comme objectif principal d'améliorer l'état de santé de la population par l'intermédiaire d'une alimentation plus saine (43).

Les grands principes nutritionnels sont décrits dans un guide alimentaire national à l'intention du grand public.

Dans la littérature médicale, l'étude du comportement alimentaire des médecins était difficile à réaliser car les critères de jugement étaient variables et une comparaison des différents résultats dans notre étude nous paraissait donc complexe.

Le Dr Bojoly s'est penché sur la consommation de 5 fruits et légumes, d'aliments gras, d'aliments salés et sucrés (29).

Le Dr Suty évaluait le comportement alimentaire global en demandant aux médecins s'ils surveillaient leur alimentation ou pas (28).

Dans notre étude nous avons évalué les différentes recommandations de la PNNS (42).

A défaut d'échelle validée par un comité d'experts, nous avons analysé uniquement la prévalence des médecins respectant la totalité des recommandations. Leur alimentation était ainsi considérée comme équilibrée.

Nous retrouvions donc 61.1% des médecins généralistes déclarant une alimentation dite « équilibrée ».

Il n'existait pas de différence de type d'alimentation selon le suivi médical ($p=0.66$).

Nous avions conscience que notre étude sous-estimait l'équilibre nutritionnel des médecins. Les médecins respectant la majorité des recommandations alimentaires étaient considérés comme ayant une alimentation déséquilibrée. Il faudrait, selon nous, réaliser une étude spécifique à ce sujet afin de pouvoir analyser dans le détail l'alimentation des médecins.

L'activité physique.

La sédentarité est définie par l'OMS par « un manque d'activité physique » Il s'agit du 4e facteur de risque de mortalité mondiale et représente 6% des décès. (79)

En parallèle de l'amélioration de la qualité de vie, les progrès de la technologie ont également favorisé le développement de la sédentarité dans notre société selon l'INSERM. (80)

De nombreuses études prouvent qu'une activité physique régulière est bénéfique pour la santé physique mais également psychique. (81) (82)

Selon le Programme national nutrition santé (PNNS) il est donc recommandé en association à une alimentation équilibrée, une activité physique équivalente à 30 minutes de marche rapide par jour, au minimum 5 jours dans la semaine (42).

La sédentarité touche 60% de la population mondiale (79)

Dans la population médicale, l'activité physique a été évaluée en fonction de différentes recommandations du moment.

Le taux de sédentarité chez les médecins était stable, le Dr Nouger retrouvait un taux de 43.9% (24) et le Dr Ruiz un taux de 43% (83).

Dans notre étude, 35.4% déclaraient une activité physique recommandée. Ce qui revient à un taux de 64.6% de sédentarité. Nos résultats étaient supérieurs à la population générale.

Nous pouvions évoquer plusieurs hypothèses à nos résultats :

La proportion de médecins sédentaires était surreprésentée dans notre échantillon par un biais de recrutement.

Les médecins, en raison d'un surcroît de travail et d'urgences, invoquent des difficultés à exercer une activité physique régulière,

Cette dernière hypothèse nous paraissait la plus probable.

Toutefois, nous retrouvions que les médecins auto suivis faisaient moins de sports que les médecins suivis par un confrère ($p=0.038$). En effet, 39.9% des médecins suivis par un confrère avaient une activité physique recommandée contre 30.9% des médecins auto suivis.

Nous pouvions également évoquer plusieurs hypothèses à nos résultats :

- Les médecins traitants n'ont pas de réelle influence par leurs conseils sur l'activité physique des médecins suivis qui avaient déjà une activité physique régulière et le souci de leur hygiène de vie.
- Les médecins traitants avaient effectivement une influence positive sur les médecins suivis peu enclins aux sports.
- Les médecins traitants renforçaient la poursuite de leur activité sportive existante et de leur bonne hygiène de vie.

Cette dernière hypothèse nous paraissait également la plus probable.

Le statut pondéral.

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m². L'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre.

L'interprétation de l'IMC a néanmoins certaines limites : il n'est valide que pour une population âgée de 20 à 64 ans, n'est pas valable chez la femme enceinte ni chez les personnes très musclées. Il ne distingue pas le poids associé à la masse musculaire de celui associé au tissu adipeux.

La répartition de la masse grasse dans l'organisme joue, elle aussi, un rôle important dans le type de pathologies compliquant cette surcharge pondérale. Il est donc important de distinguer l'obésité « androïde » où la masse grasse a une répartition abdominale de l'obésité « gynoïde » où la répartition est plus diffuse.

Il est donc important de mesurer le périmètre abdominal (plus simple à réaliser que le rapport Taille/Hanche en pratique quotidienne).

L'obésité androïde est dépistée par la mesure du périmètre abdominal (≥ 102 mm chez l'homme et ≥ 88 cm chez la femme).

Il est également important de noter qu'à IMC égal, la proportion de masse grasse est plus importante chez la femme que chez l'homme.

A l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980 si bien qu'en 2014 plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids. 39% en surcharge pondérale avec 13% d'obèses (30)

En France, 49.3% en surcharge pondérale avec 16.9% d'obèses (77).

Dans la population médicale, les résultats étaient assez concordants et le taux de surcharge pondérale variait de 43.5% (24) à 42.3% (25).

Dans notre étude le taux de surcharge pondérale est de 52.5 % avec 5.7% d'obésité.

La proportion de médecins obèses était plus faible que la population générale alors que les médecins en surcharge pondérale étaient plus nombreux.

Nous pouvions évoquer plusieurs hypothèses à nos résultats :

La proportion de médecins en surcharge pondérale était surreprésentée par un biais de recrutement.

Les taux élevés de surcharge pondérale étaient la conséquence de l'importance de la sédentarité décrit précédemment.

Les médecins faisaient tout de même attention à ne pas franchir la limite de 30 kg/m²

De plus, nous retrouvions également une différence de statut pondéral en fonction du suivi médical ($p=0.034$).

Les médecins auto suivis étaient plus en surcharge pondérale (55.6%) que les médecins suivis par un confrère (45.7%) et étaient également plus obèses (5.9%) que les médecins suivis par un confrère (5.1%).

Notre principale hypothèse est la suivante : La différence de statut pondéral était la conséquence directe des résultats retrouvés concernant l'activité physique. Nous n'avions pas retrouvé de différence d'équilibre alimentaire selon le suivi médical mais surtout une différence d'activité physique. En effet, les médecins suivis par un confrère mangeaient autant que les médecins auto suivis mais avaient tendance à faire plus de sport. Ce qui explique logiquement que les médecins auto suivis étaient plus en surcharge pondérale.

Le stress

Selon l'INRS (institut national de recherche et de sécurité), le stress est un phénomène d'adaptation de notre organisme face à l'environnement. Si le stress s'installe dans la durée, notre capacité à réagir s'altère et laisse place à diverses pathologies.

Sur le plan cardiovasculaire, le stress chronique favorise l'hypersécrétion prolongée de catécholamines et de glucocorticoïdes perturbant ainsi le métabolisme lipidique. C'est en favorisant le syndrome métabolique que le stress est un facteur de risque cardiovasculaire (84).

Le syndrome métabolique touche 30% de la population adulte, 23 à 39% des hommes contre 16 à 27% des femmes (85) (86).

Dans la population générale en France, 23.8% des salariés se sentaient stressés, les résultats étaient en fonction des degrés de responsabilité au travail (87).

Dans la population médicale, comme le décrivait le Dr Nedic en Serbie, les médecins étaient plus exposés au stress quotidien que la population générale car ils avaient la responsabilité de la santé des patients (33). Le Dr Nouger retrouvait quant à lui un taux de 66.3% (24).

Dans notre étude 69% des médecins se considéraient stressés au travail.

Il n'y avait pas de différence selon le suivi médical ($p=0.47$).

L'alcool

La consommation d'alcool est reliée de manière dose-dépendante à l'élévation de la pression artérielle à partir d'une consommation supérieure à 20 g par jour. Cependant, une consommation modérée et régulière jusqu'à 10-20 g/j (correspondant à 1-2 verres) est associée à un moindre risque de survenue de maladie cardiovasculaire (88).

L'OMS a défini le mésusage de l'alcool par :

- Une consommation de plus de 21 unités par semaine chez l'homme et de plus de 14 unités par semaine chez la femme
- Jamais plus de 4 unités lors d'une consommation occasionnelle
- Abstinence totale au moins une fois par semaine.

Dans le dernier rapport de l'Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (OFDT), seulement 7% des personnes interrogées âgées de 18-75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisées, 37% au moins une fois dans l'année, 35% au moins une fois par semaine et 15% tous les jours (89).

Les thèses précédentes retrouvent des consommations d'alcool divergentes selon les échantillons de médecins généralistes étudiés. Les taux variaient de 55% (78) à 78.8% (26).

Dans notre étude nous retrouvions le taux le plus élevé, soit 80.1% de consommateurs d'alcool, un taux sensiblement proche des résultats du Dr Bojoly (26)

Il n'existait pas de différence de consommation d'alcool selon le suivi médical ($p=0.36$)

En résumé,

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables et prédisposants :

-Il y a une différence entre les médecins suivis par un confrère et les médecins auto suivis plus sédentaires et en surcharge pondérale.

-Il n'y a pas de différence dans le suivi médical concernant l'équilibre alimentaire, le niveau de stress et la consommation d'alcool.

Afin d'avoir une approche plus précise de l'équilibre alimentaire il faudrait réaliser une étude spécifique afin d'évaluer de manière exhaustive les habitudes alimentaires des médecins.

IV.5 Prise en charge médicale

Il existait une différence de ressenti concernant la prise en charge médicale personnelle des médecins selon le suivi médical ($p=0.016$)

En effet, les médecins suivis par un confrère considéraient que leur santé était mieux prise en charge que celle de leurs patients (13.7%) contrairement aux médecins auto suivis (9.1%)

Ces résultats étaient attendus : les médecins suivis par un confrère étaient conscients de bénéficier d'un double avis médical au sujet de leur propre santé. Ils tiraient bénéfice de leurs propres connaissances scientifiques couplées à celles de leur confrère médecin traitant.

Par contre, les médecins auto suivis se sentaient moins bien pris en charge que leurs patients. En effet ils bénéficiaient de leur savoir médical uniquement, tout en étant conscients de la non objectivité de leur prise en charge. Les patients eux, bénéficiaient d'un savoir médical objectif délivré par le médecin.

En résumé, les médecins auto suivis se considéraient moins bien soignés que leurs patients, Les médecins suivis par un confrère bénéficiaient d'un double avis médical et ils en étaient conscients.

Avis de 1er recours : Généraliste ou Spécialiste ?

En situation d'urgence, il n'y avait pas de différence selon le suivi médical. ($p=0.34$)

Un médecin spécialiste était consulté par les médecins confondus, dans leur grande majorité, en cas de situation aigüe et peu s'auto-médiquaient du fait de la situation anxiogène.

En situation de pathologie chronique, il y avait une différence du suivi médical. ($p=0.019$)

-Un médecin généraliste était choisi par les médecins suivis par un confrère (20.3%) et par les médecins auto suivis (11.2%) qui avouaient consulter de manière très irrégulière.

-Un médecin spécialiste était consulté par un nombre plus important de médecins auto suivis (65.1%) que les médecins suivis par un confrère référent (59.8%).

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la différence de suivi, se fait surtout en situation de prévention primaire ou en deuxième recours suite à l'avis d'un médecin spécialiste en cas de pathologie aiguë ou chronique.

Instauration d'une médecine préventive du travail dédiée aux médecins généralistes

La grande majorité des médecins de notre étude était favorable à cette proposition. Il n'y avait pas de différence selon le suivi médical ($p=0.25$).

Ceci reflète d'une part une volonté d'une prise en charge médicale optimale et d'une prise de conscience collective concernant la prise en charge de leur santé.

Parmi les médecins qui étaient contre ces propositions, plusieurs évoquaient le risque de décision d'inaptitude à l'exercice de la médecine. Une décision qui pourrait avoir des conséquences majeures dans l'ensemble de notre système de soins actuellement en pénurie de médecins.

V. CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons cherché à comparer la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire chez les médecins auto suivis par rapport aux médecins suivis par un confrère.

Notre échantillon est constitué de 826 médecins généralistes répartis dans toutes les régions en France métropolitaine.

Le nombre de médecins suivis par un confrère représente un faible taux (30.9%) mais ce dernier est en constante augmentation depuis une dizaine d'années.

L'hypothèse de départ est confirmée par notre travail.

-Il existe bien une différence de facteurs de risque cardiovasculaire dits « modifiables » en faveur des médecins suivis par un confrère.

-Les médecins auto-suivis sont plus exposés au surpoids ($p=0.034$) et à la sédentarité ($p=0.038$) que les médecins suivis par un confrère.

Il y a également une différence de prévalence des antécédents personnels cardiovasculaires selon le suivi médical. ($p=0.017$)

Il n'existe pas d'autre différence significative concernant les autres facteurs de risque cardiovasculaire étudiés.

Concernant le ressenti, les médecins ayant participé à cette étude sont dans leur grande majorité favorables à l'instauration d'une médecine du travail mais sous certaines conditions.

Les médecins auto-suivis sont conscients que leur prise en charge médicale n'est pas optimale par rapport aux médecins suivis par un confrère qui bénéficient d'un double avis médical.

Néanmoins, ces résultats sont à nuancer :

-Il est difficile d'établir un lien, dans le temps, entre la présence d'une pathologie cardiovasculaire préexistante et le suivi médical par un confrère. Nous ne pouvons donc pas affirmer l'influence positive du médecin traitant.

-Concernant l'activité physique et la surcharge pondérale, nous ne pouvons également pas conclure de l'influence positive du suivi médical par un confrère.

Le suivi par un médecin traitant entraîne-t-il une baisse de la sédentarité ? Les médecins sportifs avec une bonne hygiène de vie ont-ils plus tendance à se faire suivre par un confrère ?

De plus il faudrait réaliser une étude spécifique concernant l'alimentation des médecins en fonction d'échelles validées par des experts.

Au terme de notre étude, nous mettons en évidence une plus faible prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire chez les médecins suivis par un confrère.

Nous ne pouvons pas conclure sur l'influence du suivi médical mais au vu des éléments détaillés, il nous semble malgré tout qu'une prise en charge par une médecine préventive du travail serait nécessaire. Les médecins dans leur majorité sont d'accord avec cette suggestion.

Ce sujet étant d'actualité, il serait intéressant de connaître après un certain recul les résultats du nouveau projet de médecine préventive « inter.med » consacré aux médecins dans le Gard (10).

Comme l'exprime le Dr Michael Peters, directeur du programme « Doctors for Doctors » de la British Medical Association (90) : « S'assurer que les médecins sont en bonne santé et qu'ils ont accès à des services de santé tout au long de leur carrière est essentiel pour un système de santé efficace et des soins qualité aux patients. »

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président Francis Turjman
Signature

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 23 NOV. 2015

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon Est
FACULTÉ DE
MÉDECINE
LYON EST
Professeur Jérôme ETIENNE



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales
LYON I
Professeur François-Noël GILLY



VI RESUME

BENKIMOUN Aviel : Prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les médecins auto-suivis par rapport aux médecins suivis par un confrère généraliste.

Contexte : Les médecins ont une mortalité par maladie cardiovasculaire supérieure à la population générale. L'objectif de l'étude est de comparer la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire des médecins généralistes auto-suivis à celle des médecins suivis par un confrère généraliste.

Méthode : Un questionnaire informatique a été envoyé à 5661 médecins généralistes de France métropolitaine, huit cent vingt-six médecins ont répondu (taux de participation : 15%). Cette étude épidémiologique observationnelle a été réalisée sur une cohorte composée en majorité d'hommes (66.8%) de plus de 55 ans (50.3%) mariés (75.2%) conventionnés en secteur 1 (87.8%) installés en zone urbaine (58.2%) et pour 14,8% d'entre eux installés en Ile de France.

Résultats : Les médecins étaient en majorité auto-suivis (n=570 soit 69.1%). Leur suivi médical par un généraliste n'était pas significativement différent selon les caractéristiques sociodémographiques étudiées : le sexe ($p=0.51$), l'âge ($p=0.16$), le statut matrimonial ($p=0.43$), la région d'exercice ($p=0.11$), la convention avec la sécurité sociale ($p=0.13$) et le lieu d'installation ($p=0.13$). Les médecins suivis par un confrère généraliste avaient plus d'antécédents cardiovasculaires personnels majeurs que les médecins auto-suivis ($p=0.017$). Les antécédents familiaux cardiovasculaires précoces ($p=0.51$), la dyslipidémie ($p=0.66$), l'hypertension artérielle ($p=0.75$), le diabète ($p=0.15$), le tabagisme ($p=0.51$), le stress ($p=0.47$) et la consommation d'alcool ($p=0.36$) n'étaient pas différents selon le type de suivi. Cependant, les médecins suivis par un confrère étaient moins en surpoids ($p=0.034$) et moins sédentaires ($p=0.038$) que les médecins auto-suivis. Les médecins suivis par un confère généraliste se sentaient mieux pris en charge sur le plan médical ($p=0.016$). En cas de pathologie aiguë ($p=0.34$) ou chronique ($p=0.019$) les médecins généralistes consultaient d'abord un spécialiste.

Conclusion : D'après notre étude, le suivi par un médecin généraliste semble améliorer les facteurs de risque cardiovasculaire liés à l'hygiène de vie. Près de 80% des médecins participants se sont déclarés fortement concernés par cette étude et, quel que soit leur suivi médical ($p=0.25$), ils étaient favorables à une médecine préventive du travail spécifique aux médecins généralistes libéraux.

VII ANNEXES

Annexe 1 : Message d'introduction

Le 08 Avril 2015, à Lyon.

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je m'appelle Aviel BENKIMOUN et je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine Lyon EST.

Puis-je solliciter votre bienveillance pour contribuer à l'élaboration de ma Thèse d'Exercice (cela vous rappellera de bons souvenirs!)

Ce questionnaire en ligne, vous prendra 5 minutes (vérifié) de votre emploi du temps déjà bien surchargé.

Je vous garantis une totale confidentialité.

Mon étude consiste à décrire et comparer la prévention cardio-vasculaire des médecins généralistes auto-suivis par rapport à ceux suivis par un confrère sur un échantillon national.

Merci de cliquer sur le lien du questionnaire à remplir en ligne : (lien surligné en bleu ci-dessous)

<http://goo.gl/forms/xasIaMg5Gm>

La date limite de réponse est fixée au 13 / 05 / 15

Vous remerciant infiniment pour votre participation,

Recevez chère consœur, cher confrère l'expression de mes sentiments les plus cordiaux

Aviel BENKIMOUN

Interne en Médecine Générale
Faculté de Médecine Lyon Est
Université Claude Bernard Lyon 1

Annexe 2 : Le questionnaire

Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire chez les médecins auto-suivis par rapport aux médecins suivis par un confrère généraliste.

I Déclaration de suivi par un médecin traitant

1) Etes vous suivi par un médecin traitant ?

(autre que vous même)

- Non
- Oui

2) Si vous etes suivi par un médecin traitant :

- C'est un proche (lien amical , familial ...)
- C'est un confrère non proche

3) Si vous n'etes pas suivi par un médecin traitant : Pourquoi ?

- Aucune utilité
- Manque de temps
- Etre examiné par un confrère me met mal à l'aise
- Autre :

II Caractéristiques sociodémographiques

4) Age

(en années)

5) Sexe

- Femme
- Homme

6) Situation matrimoniale

- marié(e)
- célibataire
- séparé(e)
- divorcé(e)
- veuf(ve)

7) Région d'exercice

- Aquitaine
- Auvergne
- Basse-Normandie
- Bourgogne
- Bretagne
- Centre
- Champagne-Ardenne
- Corse
- Franche-Comté
- Haute-Normandie
- Ile-de-France
- Languedoc-Roussillon
- Limousin
- Lorraine
- Midi-Pyrénées
- Nord-Pas de Calais
- Pays de la Loire
- Picardie
- Poitou-Charentes
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Rhône-Alpes
- Alsace

8) Vis à vis de la sécurité sociale , vous êtes :

- Conventionné secteur 1
- Conventionné secteur 2
- Non conventionné (secteur 3)

9) Milieu d'exercice

- Urbain (plus de 10 000 habitants)
- Semi-urbain / Semi rural (entre 2000 et 10 000 habitants)
- Rural (moins de 2000 habitants)

III Facteurs de risques cardio-vasculaires

Antécédents cardio-vasculaires

10) Antécédents personnels de maladies cardio-vasculaires

- Aucun
- AOMI
- AVC ou AIT
- Anévrysme de l'aorte abdominale
- Troubles du rythme (ACFA)
- Coronaropathie
- Autre :

11) Antécédents familiaux de maladies cardio-vasculaires (événement cardio vasculaire de la question précédente)

(Dans la famille 1er degrès : Homme de moins de 55 ans et Femme de moins de 65 ans)

- Non
- Oui

Dyslipidémie

12) Etes vous atteint de dyslipidémie?

- Non
- Oui
- Autre :

Hypertension arterielle (HTA)

13) Etes vous hypertendu ou traité pour HTA ?

- Non
- Oui
- Autre :

Diabète non insulino dépendant (DNID)

14) Avez vous du diabète ?

- Non
- Oui
- Autre :

Tabac

15) Est ce que vous fumez ?

- Jamais
- Sevré depuis plus de 3 ans
- Actif (ou sevré depuis moins de 3 ans)

16) Si vous fumez : Combien de paquets- années ?

exemple : 10 PA = 1 paquet / jour pendant 10 ans ou 10 paquets / jour pendant 1 an

- Moins de 5 PA
- Entre 5 et 10 PA
- Entre 10 et 15 PA
- Plus de 15 PA

17) Alimentation : cocher les réponses vraies

- Je réalise 3 repas par jour (en moyenne)
- Je mange au moins 5 fruits et légumes
- Je consomme au moins 3 produits laitiers par jour
- Je mange du poisson / viande / œuf 1 fois par jour
- Je bois au moins 1 litre d' eau par jour
- Je surveille ma consommation de sel
- Je surveille ma consommation de lipides
- Je surveille ma consommation de sucres
- Je ne mange jamais entre les repas

18) Activité physique : Cocher la ou les réponses exactes

- Moins de 30 min par semaine
- Plus de 5 fois 30 min par semaine
- 1 à 4 fois 30 minutes par semaine

19) Quelle est votre taille ?

(en cm)

20) Quel est votre poids ?

(en kg)

Surmenage

21) Vous sentez vous stressé au travail ?

- Oui
- Non
- Autre :

Alcool

22) Consommez vous de l'alcool ?

- Oui
- Non (jamais)
- Non (sevré)

23) Si vous buvez de l'alcool , à quelle quantité et quelle fréquence ?

1 unité = 1 verre bar

- < 10 unité / semaine
- 10-20 unités / semaine
- 20-30 unités / semaine
- 30-40 unités / semaine

Ménaupose

24) Si vous êtes une femme :

Etes vous ménopausée ?

- Non
- Oui
- Autre :

III Quelle est votre ressenti et quelles sont vos attentes au sujet de votre propre santé ?

25) Comment estimatez vous votre prise en charge médicale personnelle par rapport à celle de vos patients?

- Meilleure
- Identique
- Moins bonne

26) En cas de pathologie aigue vous consultez :

- un généraliste
- un spécialiste
- Automédication

27) En cas de pathologie chronique vous consultez :

- un généraliste
- un spécialiste
- Automédication

28) Que pensez vous de l'instauration d'une médecine du travail pour les médecins généralistes ?

Pour faire un commentaire : cocher en plus la case "autre"

- Pour
- Contre
- Indécis
- Autre :

29) Etes vous satisfait de cette étude ?

Cocher "autre" pour rajouter vos remarques / conseils

- Satisfait
- Non satisfait
- Sans opinion
- Autre :

Envoyer

 100 % : vous avez réussi.

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par



Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

VIII BIBLIOGRAPHIE

1. Gatt ME. My lousy doctor. *BMJ*. 24 janv 2004;328(7433):219.
2. Rougeron C., Mounier. *Les vrais secrets d'un médecin*. Paris: Buchet/Chastel; 2004.
3. Hammel P. *Guérir et mieux soigner, un médecin à l'école de sa maladie*. Fayard ; 2008.
4. Thibault M. *Le médecin malade. Traité d'anthropologie*. 1985.
5. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot. Paris; 1996.
6. Leriche B. *Le médecin malade, rapport de la Commission nationale permanente du Conseil de l'Ordre des Médecins*. 2008.
7. Stoudemire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. *Ann Intern Med*. mai 1983;98:654-9.
8. La CARMF en 2015.
<http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-chiffre.htm>
9. Les médecins laxistes sur leur propre état de santé. *Le Figaro.fr*.
<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/07/08/23926-medecins-laxistes-sur-leur-propre-etat-sante>
10. Gard : une consultation pour que les docteurs se soignent enfin.
<http://www.midilibre.fr/2015/05/13/une-consultation-pour-que-les-docteurs-se-soignent-enfin-quatre-ans-a-1-ecoute-des-soignants,1160692.php>
11. Waldron H.A. *Sickness in the medical profession*. British Occupational hygiene society. May 1996.

12. Nuffield Provincial Hospitals. Taking care of doctor's health: Reducing Avoidable Stress and Improving Services for doctors who Fall III : Report of a working Party. 1996.
13. Ackermann-Liebrich U, Wick SM, Spuhler T. Survival of female doctors in Switzerland. BMJ. 20 avr 1991;302(6782):959.
14. Rimpelä AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpelä MK, Valkonen T. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? Lancet. 10 janv 1987;1(8524):84-6.
15. Schwartz JS, Lewis CE, Clancy C, Kinosian MS, Radany MH, Koplan JP. Internists' practices in health promotion and disease prevention. A survey. Ann Intern Med. 1 janv 1991;114(1):46-53.
16. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. BMJ. 4 sept 1999;319(7210):605-8.
17. Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. Arch Intern Med. 23 févr 1998;158(4):342-8.
18. Estryn-Behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Masson. Paris; 2002.
19. La démographie des professionnels de santé. DREES. 8 avr 2015.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-professionnels-de-sante,11288.html>
20. Petty F. Et la santé, docteur, comment ça va? . Le généraliste, hebdomadaire. p 18-20.
21. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract. 1 juill 2008; 58(552):501-8.
22. Maulbecker V. Docteur comment vous soignez-vous? Le médecin généraliste et sa santé d'après une enquête réalisée dans le département du Bas-Rhin. Université de Strasbourg; 1999.
23. Roumane S. Comment les médecins généralistes bretons prennent-ils en charge leur santé. Université de Rennes; 2002.

24. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé? »: enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Université de Poitiers; 2004.
25. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leurs propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe et Moselle. Université Nancy 1; 2006.
26. Bojoly K. Les généralistes prennent-ils soin de leur santé? Dans ce cadre qu'elles est leur surveillance clinique, leur état vaccinal, qu'elles sont leurs habitudes hygiéno-diététiques? Université Claude Bernard Lyon 1; 2010.
27. Bonneauadeau S. Le médecin/malade : un patient comme les autres? Université Paris Diderot; 2011.
28. Volle-Couderc L. Les répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste. Enquête auprès de 111 médecins généralistes libéraux. Université Toulouse III; 2012.
29. Stepowski C. L'autoprescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie. Université Rouen; 2011.
30. Organisation mondiale de la santé. Panorama mondial de l'hypertension : un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale. Journée mondiale de la santé 2013. Genève; 2013.
31. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 15 déc 2012;380(9859):2224-60.
32. Aouba A, Rey G, et al. Données sur la mortalité en France et évolutions depuis 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 7 juin 2011;p249-55.
33. Nedić O, Filipović D, Solak Z. Job stress and cardiovascular diseases with health workers. *Med Pregl*. oct 2001;54(9-10):423-31.

34. Nedić O, Belkić K, Filipović D, Jocić N. Job stressors among female physicians: relation to having a clinical diagnosis of hypertension. *Int J Occup Environ Health.* sept 2010;16(3):330-40.
35. Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees -- Gimeno et al. 58 (10): 870 -- *Journal of Epidemiology & Community Health:* <http://jech.bmjjournals.org/content/58/10/870.full>
36. Ardilly P. *Les techniques de sondage.* Editions Technip. 2006.
37. Bouyer J. *Méthodes Statistiques Médecine-Biologie.* Les éditions INSERM, ESTEM.
38. Bouyer J. *Epidémiologie et méthodes quantitatives.* INSERM. Lavoisier. 2009.
39. Mounier-Vehier C, Simon T, Guedj-Meynier D, Ferrini M, Ghannad E, Hubermann J-P, et al. Gender-related differences in the management of hypertension by cardiologists: the PARITE study. *Arch Cardiovasc Dis.* mai 2012;105(5):271-80.
40. Service évaluation en santé publique. *Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global.* ANAES. Juin 2004;107.
41. Faussier M. Tabac : Un facteur de risque cardio-vasculaire majeur. *Diabétologie, nutrition et facteurs de risque.* 2005;vol.11, n°92, p.131-5.
42. Programme National Nutrition Santé 2011-2015.
<http://www.mangerbouger.fr/pnns/pnns-2011-2015.html>
43. Gupta R, Sarna M, Thanvi J, Rastogi P, Kaul V, Gupta VP. High prevalence of multiple coronary risk factors in Punjabi Bhatia community: Jaipur Heart Watch-3. *Indian Heart J.* déc 2004;56(6):646-52.
44. Gupta R, Rastogi P, Sarna M, Gupta VP, Sharma SK, Kothari K. Body-mass index, waist-size, waist-hip ratio and cardiovascular risk factors in urban subjects. *J Assoc Physicians India.* sept 2007;55:621-7.

45. Feldstein CA, Akopian M, Olivieri AO, Kramer AP, Nasi M, Garrido D. A comparison of body mass index and waist-to-hip ratio as indicators of hypertension risk in an urban Argentine population: a hospital-based study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* août 2005;15(4):310-5.
46. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet.* 10 juill 2010;376(9735):112-23.
47. Vanuzzo D, Pilotto L, Mirolo R, Pirelli S. [Cardiovascular risk and cardiometabolic risk: an epidemiological evaluation]. *G Ital Cardiol (Rome).* avr 2008;9(4 Suppl 1):6S - 17S.
48. INSERM. BiostaTGV : statistiques en ligne.
<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
49. Compte rendu du conseil des ministres: La reforme de l'administration territoriale.
<http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2015-04-22/la-reforme-de-l-administration-territoriale-de-l-etat>
50. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* déc 1983;24(4):385-96.
51. Veyssier-Belot. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *La Revue De Medecine Interne.* 20 janv 2015;
52. Shufelt CL, Merz CNB, Prentice RL, Pettinger MB, Rossouw JE, Aroda VR, et al. Hormone therapy dose, formulation, route of delivery, and risk of cardiovascular events in women: findings from the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause.* mars 2014;21(3):260-6.
53. Blacher J, Plu-Bureau G. Le risque cardiovasculaire de la femme après la ménopause : évaluer pour prévenir. 27 févr 2012.

54. Anderson GL, Chlebowski RT, Aragaki AK, Kuller LH, Manson JE, Gass M, et al. Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the Women's Health Initiative randomised placebo-controlled trial. *Lancet Oncol*. mai 2012;13(5):476-86.
55. Shufelt CL, Merz CNB, Prentice RL, Pettinger MB, Rossouw JE, Aroda VR, et al. Hormone therapy dose, formulation, route of delivery, and risk of cardiovascular events in women: findings from the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause*. mars 2014;21(3):260-6.
56. British Medical Association. Ethical responsibilities involved in treating doctor-patients. London; 1995.
57. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 4 sept 1999;319(7210):605-8.
58. Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly*. 24 févr 2007;137(7-8):121-6.
59. Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Ir Med J*. juin 2007;100(6):489-91.
60. Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The care of family physicians and their families: a study of health and help-seeking behaviour. *Fam Pract*. juin 1990;7(2):96-9.
61. Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention ; 22 janvier 2009.
62. Sclavo M. [Cardiovascular risk factors and prevention in women: similarities and differences]. *Ital Heart J Suppl*. Févr 2001;2(2):125-41.
63. Scarabin P-Y. Oestrogènes et risques cardiovasculaires chez les femmes ménopausées. INSERM. 8 juin 2012;

64. Barrett-Connor E. Menopause, atherosclerosis, and coronary artery disease. *Curr Opin Pharmacol.* avr 2013;13(2):186-91.
65. AJILA. Luttons ensemble contre les maladies cardio-vasculaires chez les femmes. 2015. <http://www.goredforwomen.fr/>
66. MOTREFF P. Facteurs de risque cardio-vasculaire. Journée d'étude de l'ADLF.Clermont-Ferrand; juin 2005.
67. Scarabin P-Y. Oestrogènes et risques cardiovasculaires chez les femmes ménopausées. INSERM. 8 juin 2012.
68. Barrett-Connor E. Menopause, atherosclerosis, and coronary artery disease. *Curr Opin Pharmacol.* avr 2013;13(2):186-91.
69. Lemay A. The relevance of the Women's Health Initiative results on combined hormone replacement therapy in clinical practice. *J Obstet Gynaecol Can.* sept 2002;24(9):711-5.
70. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *J Womens Health (Larchmt).* févr 2006;15(1):35-44.
71. Hausenloy DJ, Yellon DM. Targeting residual cardiovascular risk: raising high-density lipoprotein cholesterol levels. *Postgrad Med J.* nov 2008;84(997):590-8.
72. Linton JA, Kimm H, Ohrr H, Park IS, Jee SH. High-density lipoprotein-cholesterol and ischemic heart disease risk in Korean men with cardiac risk. *Circ J.* juill 2009;73(7):1296-301
73. Mueller O, Chang E, Deng D, Franz T, Jing D, Kincaid R, et al. PROCAM Study: risk prediction for myocardial infarction using microfluidic high-density lipoprotein (HDL) subfractionation is independent of HDLcholesterol. *ClinChemLabMed.* 2008;46(4):490-8.
74. Balkau B, Vernay M, Mhamdi L, Novak M, Arondel D, Vol S, et al. The incidence and persistence of the NCEP (National Cholesterol Education Program) metabolic syndrome. The French D.E.S.I.R. study. *DiabetesMetab.* nov 2003;29(5):526-32.

75. Deloumeaux J, Ninin E, Foucan L. Anthropometric parameters and type 2 diabetes: a case-control study in a Guadeloupean population. [/data/revues/12623636/00300001/75/17](http://data/revues/12623636/00300001/75/17) févr 2008.
76. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Etude Nationale Nutrition Santé – Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Institut de veille sanitaire,. Université de Paris; 2006.
77. DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2011. 17 nov 2011.
78. Ruiz G. Attitude préventive des médecins généralistes envers eux-mêmes. Université Claude Bernard Lyon 1;2008.
79. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation. 2012.
80. INSERM. Les connaissances actuelles permettent d'aboutir à des recommandations générales pour l'adulte. Paris; mars 2008.
81. Bazex J. Activité physique et santé. Académie de médecine. 2012.
82. Adam R. Recommandation mondiale sur l'activité physique pour la santé. OMS. Suisse; 2010.
83. Ruiz G. Attitude préventive des médecins généralistes envers eux-mêmes. Université Claude Bernard Lyon 1;2008.
84. INRS. Le stress au travail. Conséquences sur la santé. sept 2013.
85. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 20 oct 2009;120(16):1640-5.

86. Ferrières J, Bongard V, Dalongeville J et col. Consommation de produits laitiers et facteurs de risque cardiovasculaire dans l'étude Monica. Cahiers de Nutrition et Diététique. 2006.
87. Steinmann L. Stress : l'entreprise est- elle coupable? Revue les échos. 1 nov 2004.
88. INSERM. Effets de l'alcool sur le système cardiovasculaire. 2001.
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=15>
89. Drogues et dépendances, données essentielles. OFDT. La découverte. 2005.
90. British Medical Association. About BMA counselling and the Doctor Advisor Service. Doctors for Doctors Department. London.
<http://bma.org.uk/practical-support-at-work/doctors-well-being/about-doctors-for-doctors>

BENKIMOUN Aviel : Prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les médecins auto-suivis par rapport aux médecins suivis par un confrère généraliste.

Contexte : Les médecins ont une mortalité par maladie cardiovasculaire supérieure à la population générale. L'objectif de l'étude est de comparer la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire des médecins généralistes auto-suivis à celle des médecins suivis par un confrère généraliste.

Méthode : Un questionnaire informatique a été envoyé à 5661 médecins généralistes de France métropolitaine, huit cent vingt-six médecins ont répondu (taux de participation : 15%). Cette étude épidémiologique observationnelle a été réalisée sur une cohorte composée en majorité d'hommes (66.8%) de plus de 55 ans (50.3%) mariés (75.2%) conventionnés en secteur 1 (87.8%) installés en zone urbaine (58.2%) et pour 14, 8% d'entre eux installés en Ile de France.

Résultats : Les médecins étaient en majorité auto-suivis (n=570 soit 69.1%). Leur suivi médical par un généraliste n'était pas significativement différent selon les caractéristiques sociodémographiques étudiées : le sexe (p=0.51), l'âge (p=0.16), le statut matrimonial (p=0.43), la région d'exercice (p=0.11), la convention avec la sécurité sociale (p=0.13) et le lieu d'installation (p=0.13). Les médecins suivis par un confrère généraliste avaient plus d'antécédents cardiovasculaires personnels majeurs que les médecins auto-suivis (p=0.017). Les antécédents familiaux cardiovasculaires précoces (p=0.51), la dyslipidémie (p=0.66), l'hypertension artérielle (p=0.75), le diabète (p=0.15), le tabagisme (p=0.51), le stress (p=0.47) et la consommation d'alcool (p=0.36) n'étaient pas différents selon le type de suivi. Cependant, les médecins suivis par un confrère étaient moins en surpoids (p=0.034) et moins sédentaires (p=0.038) que les médecins auto-suivis. Les médecins suivis par un confrère généraliste se sentaient mieux pris en charge sur le plan médical (p=0.016). En cas de pathologie aiguë (p=0.34) ou chronique (p=0.019) les médecins généralistes consultaient d'abord un spécialiste.

Conclusion : D'après notre étude, le suivi par un médecin généraliste semble améliorer les facteurs de risque cardiovasculaire liés à l'hygiène de vie. Près de 80% des médecins participants se sont déclarés fortement concernés par cette étude et, quel que soit leur suivi médical (p=0.25), ils étaient favorables à une médecine préventive du travail spécifique aux médecins généralistes libéraux.

MOTS CLES

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| - Médecin généraliste | - Cardiovasculaire |
| - Dépistage | - Hygiène de vie |
-

JURY

Monsieur le Professeur	TURJMAN	Francis	PRESIDENT
Madame le Professeur	TROUILLAS	Jacqueline	1 ^{ER} ASSESSEUR
Monsieur le Professeur	ZERBIB	Yves	2 ^E ASSESSEUR
Madame le Docteur	SOULIER	Vanessa	3 ^E ASSESSEUR
Monsieur le Docteur	DERKAOUI	Mohamed	MEMBRE INVITE

DATE DE SOUTENANCE : 03 Décembre 2015

Adresse de l'auteur :

BENKIMOUN Aviel
Aviel26@hotmail.fr