

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

Par

Nolwenn MADEC

Née le 18/01/1979 à Longjumeau

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2010

LA PREVENTION AU SEIN DE LA FAMILLE DU MEDECIN GENERALISTE

Description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints.

Président : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER

Directeurs de Thèse : Monsieur le Docteur Cédric RAT
Madame le Docteur Dominique BAUDHuin

Membres du jury : Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON
Monsieur le Professeur Rémy SENAND

LA PREVENTION AU SEIN DE LA FAMILLE DU MEDECIN GENERALISTE

Description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints

I. ETAT DES LIEUX	6
A. La prévention en santé.....	6
1. La prévention primaire.....	6
2. La prévention secondaire	7
3. La prévention tertiaire	8
B. Le rôle du médecin généraliste dans la prévention	8
1. Définition de la médecine générale.....	8
2. Vers une consultation de prévention en médecine générale ?	13
C. Le suivi médical dans les familles de médecins généralistes	12
1. Données de la littérature sur la santé du médecin généraliste.....	12
2. Données de la littérature sur le suivi médical des familles des médecins généralistes.....	13
3. Difficultés dans la relation médecin-malade.....	13
4. Etudes sur la prévention de la santé de la famille des médecins généralistes.....	14
II. METHODE	16
A. Nature de l'enquête	16
B. Constitution de l'échantillon	16
C. Déroulement de l'enquête	16
D. Outil de recueil	17
E. Traitement des données	17
III. RESULTATS	18
A. Description de l'échantillon	18
1. Participation	18
2. Informations générales sur les médecins généralistes.....	19
a) Age des médecins généralistes.....	19
b) Lieu d'exercice	19
c) Exercice des médecins généralistes en association	20
d) Leur orientation d'exercice	20

3.	Informations générales sur les conjoints des médecins généralistes.....	24
a)	Répartition homme/femme des conjoints.....	21
b)	Age des conjoints	21
c)	Secteurs d'activité professionnelle.....	25
B.	La prévention de la santé du conjoint du médecin généraliste.....	26
1.	Le suivi général	23
a)	Le choix du médecin traitant	23
b)	Modalités de suivi médical des conjoints.....	25
c)	La prévention primaire	26
2.	Le suivi gynéco-obstétrical et urologique des conjoints	33
a)	Le suivi gynéco-obstétrical des conjointes.....	33
b)	Le suivi urologique du conjoint	36
3.	Le dépistage organisé des autres cancers	41
a)	Le cancer colorectal	41
b)	Les tumeurs cutanées	42
4.	La prévention des addictions	43
a)	Le tabagisme	40
b)	L'alcool	42
5.	La prévention des troubles psychologiques	45
a)	Recours à un professionnel de santé	45
b)	Le soignant sollicité le cas échéant	45
C.	La prévention de la santé des enfants des médecins généralistes.....	46
1.	Description de la population des enfants de médecins généralistes.....	46
a)	Nombre d'enfants par couple	46
b)	Description de la population des enfants dont le suivi a été décrit dans ce travail	46
2.	Le suivi des enfants de médecins généralistes	47
a)	Le médecin traitant actuel	47
b)	Utilisation du carnet de santé et des courbes staturo-pondérales	48

c)	Vaccinations	55
3.	Suivi des enfants de la naissance à 6 ans	54
a)	Examens systématiques de 1 mois à 6 ans	54
b)	Dépistage des troubles de l'audition et de la vue	54
4.	Suivi des enfants de 6 à 16 ans	56
a)	Le dépistage de la scoliose	56
b)	Les certificats médicaux de non contre-indication au sport	59
5.	Suivi des enfants après 16 ans.....	58
a)	Le dépistage des addictions, IST, sexualité.....	58
b)	La prescription de la première contraception chez la jeune fille	59
c)	Le médecin traitant déclaré	59
D.	Une prise en charge particulière ?	63
IV.	DISCUSSION	65
A.	Discussion de la méthode	65
1.	Participation et organisation	65
2.	Population des enquêtés	65
3.	Les limites d'un travail de questionnaire	66
4.	Difficulté de rédaction des questions	66
B.	Représentativité de l'échantillon	66
1.	Population des conjoints	66
2.	Population des médecins généralistes sélectionnés dans l'enquête	67
C.	Analyse des résultats	68
1.	Un meilleur suivi préventif chez les proches des médecins généralistes.....	69
a)	Hygiène de vie.....	69
b)	Les vaccinations	71
c)	Le dépistage des cancers	73
2.	Difficultés de prise en charge liées à un mode de consultation informel	75
a)	Pas de consultation au cabinet médical	75
b)	Pas de dossier médical, carnet de santé non toujours utilisé.....	75
c)	Surveillance staturo-pondérale et suivi d'IMC non systématique.....	76

d)	Examen clinique non systématique lors des délivrances de certificats médicaux de non contre-indication au sport chez l'enfant	77
e)	Dépistage non systématique de la scoliose chez l'enfant.....	78
f)	Dépistage non systématique des facteurs de risque cardio-vasculaire	78
g)	Dépistage des cancers.....	79
3.	Difficultés de prise en charge liées à l'intimité de la relation parent médecin	80
a)	Le suivi gynéco-obstétrical et urologique	81
b)	Les addictions.....	82
c)	Les troubles psychologiques	85
d)	Chez l'enfant	86
4.	Les autres professionnels de santé sollicités par les proches des médecins généralistes.....	91
a)	sollicitation d'un médecin spécialiste	91
b)	sollicitation d'un autre médecin généraliste	95
V.	CONCLUSION	96
VI.	BIBLIOGRAPHIE	98
VII.	ANNEXES	104
A.	Abréviations	104
B.	Table des illustrations.....	106
C.	Réponses aux questions ouvertes	109
D.	Courrier adressé aux médecins généralistes.....	112
E.	Courrier adressé aux conjoints	113
F.	Le questionnaire	114

I. ETAT DES LIEUX

A. *La prévention en santé*

La prévention en santé est définie par l'OMS comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents* » [1].

Elle peut être collective et souvent inapparente et passive, ou au contraire individuelle et active. De plus, par rapport à la date de survenue de la maladie, on distingue :

- la prévention primaire, qui agit sur la survenue de la maladie ;
- la prévention secondaire, qui a lieu lors de la maladie ;
- la prévention tertiaire, qui prend place après la maladie.

1. **La prévention primaire**

Elle consiste à éviter l'apparition des maladies et ainsi à diminuer le nombre de nouveaux cas, c'est à dire l'incidence.

Cela correspond par exemple à être à jour de ses vaccinations. Les vaccinations permettent au plan individuel d'éviter d'avoir certaines maladies et au plan collectif de diminuer l'incidence des maladies, voire de les faire disparaître. Les vaccinations sont régies par un calendrier vaccinal revu chaque année et font l'objet d'une campagne nationale [2] dont le médecin généraliste est le relais. Les vaccinations obligatoires comprennent la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos dont le rappel se fait tous les dix ans à partir de 16-18 ans ; et l'hépatite B pour les personnels d'établissement de soins.

La prévention primaire consiste aussi à diminuer les facteurs de risque. On retrouve par exemple cette notion avec le risque cardio-vasculaire global [3]. Il s'agit de la probabilité individuelle de survenue d'un évènement cardio-vasculaire pour un patient, sur une période de temps donnée.

S'agissant de ce risque cardio-vasculaire global, certains facteurs de risque sont modifiables :

- la tension artérielle, supérieure ou égale à 140/90mmHg,
- le tabagisme,
- le diabète, contrôlé par la glycémie à jeun,
- l'hypercholestérolémie, contrôlée par le bilan lipidique,
- l'obésité, suivie par le calcul de l'indice de masse corporelle,
- la sédentarité.

La surveillance de ces éléments permet de mettre en place des stratégies pour prévenir l'apparition d'une pathologie cardio-vasculaire.

2. La prévention secondaire

Elle a pour but de diminuer la durée d'évolution d'une maladie et de réduire ainsi sa prévalence. Elle se base sur le diagnostic précoce de la maladie qui est permis par le dépistage. Cette notion est essentiellement retrouvée dans les pathologies cardio-vasculaires et cancéreuses qui sont en France les deux premières causes de mortalité. A propos des cancers, des campagnes nationales de dépistage sont mises en place depuis plusieurs années afin de diminuer les taux de mortalité. Cela concerne les pathologies cancéreuses fréquentes dans la population et pour lesquelles nous avons un gain d'efficacité en cas de traitement précoce. L'Institut National du Cancer avec l'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative ont édité en 2008 un calendrier destiné aux professionnels de santé sur le dépistage des cancers avec des recommandations [4].

Chez la femme, le dépistage du cancer du sein a lieu de 50 à 74 ans grâce à des mammographies tous les deux ans [5]. Pour cela une invitation à réaliser la mammographie est envoyée aux femmes concernées à domicile. Il existe depuis 1996 en Loire Atlantique. Une nouvelle campagne sur le cancer colo-rectal vient également d'être mise en place en Loire Atlantique chez les personnes de 50 à 74 ans. Il s'agit de la recherche de sang dans les selles par le test Hemoccult®, remis par le médecin généraliste. Il est à faire tous les deux ans [6].

D'autres dépistages individuels existent tels celui du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginaux tous les trois ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, pour les femmes de 25 à 65 ans [7]. Le cancer de la prostate est également dépisté chez

l'homme par des signes fonctionnels à l'interrogatoire, le toucher rectal à l'examen clinique et si besoin le dosage des PSA [8]. Enfin le mélanome se dépiste à l'examen clinique, notamment par l'examen des nævi. Chez un patient à risque, il est recommandé de l'examiner une fois par an, de l'inciter à pratiquer l'auto examen cutané une fois par trimestre et de l'informer des risques de l'exposition solaire.

3. La prévention tertiaire

Elle vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie et de prévenir les récidives. Cela concerne les incapacités, les handicaps secondaires à une pathologie aiguë ou chronique.

Au total, ces mesures permettent de diminuer la morbi-mortalité. Plus de la moitié des décès prématurés, dans les Pays de la Loire comme en France, sont considérés comme évitables par des changements de comportement (consommation d'alcool, de tabac, accidents de la route...) ou par amélioration de la prise en charge de certaines pathologies, tant sur le plan des soins que du dépistage. Cela représente environ 2200 décès par an dans la région, dont 1800 pour les hommes [9].

B. Le rôle du médecin généraliste dans la prévention

1. Définition de la médecine générale

La société savante européenne de médecine générale-médecine de famille a défini la médecine générale, le rôle et les compétences du médecin généraliste. Elle s'est basée sur les définitions antérieures. Une définition a ainsi été présentée dans un rapport de la WONCA Europe en 1991 puis en 2002 [10].

La médecine générale est définie comme une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Les caractéristiques de cette discipline sont :

« A) *Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.*

B) *Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*

C) *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.*

D) *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin- patient basée sur une communication appropriée.*

E) *Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*

F) *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*

G) *Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*

H) *Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.*

I) *Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*

J) *Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.*

K) *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »*

Le médecin généraliste, par sa place de coordonnateur de soins, se doit d'avoir une approche globale du patient centrée sur sa personne. Il est plus à même de connaître et d'approcher les habitudes des patients, leurs croyances, leurs attentes et besoins. Il est fréquemment au contact des patients de part son accessibilité géographique et financière. Enfin c'est un des seuls médecins qui rencontre en consultation les patients en bon état de santé. Par tous ces moyens il joue un rôle central dans la prévention en santé.

2. Vers une consultation de prévention en médecine générale ?

Afin de favoriser cette prévention, plusieurs outils sont à disposition des médecins généralistes. Ces derniers peuvent réaliser des séminaires de formation continue, dont certains ont pour thème la prévention. Ils ont accès aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Ils peuvent parfois s'appuyer sur un cadre réglementaire, avec le rapport en 2004 de la Société Française de Santé Publique [11]. Sont concernés, entre autres, les examens prénataux, néonataux et de médecine infantile, les dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal. Enfin le médecin généraliste peut se procurer des brochures dans divers domaines sur le site internet de l'INPES [12]. Il peut s'associer à des réseaux. Il participe à des campagnes de dépistage organisé.

Mais on constate que la prévention est un champ d'exploration qui prend du temps en consultation. Afin d'optimiser le travail de médecine préventive et de le dissocier d'une consultation de soins curatifs, l'idée de consultations au cabinet dédiées à la prévention est en cours d'étude. Il existe bien des examens périodiques de santé gérés par des organismes d'assurance maladie : la MSA propose des bilans de santé chez le généraliste en fonction des tranches d'âge [13]. Le RSI octroie des dossiers de prévention personnalisés à ses assurés et des bilans de santé à quatre périodes clés de la vie [14]. La CPAM met à disposition des Centres d'Examen de Santé et fait des offres de prévention : examens bucco-dentaires chez l'enfant, dépistage du cancer colo-rectal et du cancer du sein par exemple.

Des consultations annuelles de prévention pourraient être mises en place également au cabinet : un groupe de travail de médecins généraliste de Franche-Comté s'est réuni en 2005 avec l'URCAM et l'IRDQ pour élaborer une consultation dédiée à ce sujet avec un logiciel informatique adapté. Son but est de déterminer les facteurs de risque présents en fonction des maladies sélectionnées et de communiquer au patient les diverses recommandations en vigueur. Les termes utilisés sont : plan de prévention personnalisé tenant compte des priorités du patient pour sa santé et de ses attentes. Ces consultations annuelles seraient prises en charge par la CPAM [15].

Ces travaux sont en effet appuyés par la loi relative à la santé publique du 9 août 2004 qui préconisait la mise en place de « consultations médicales périodiques de prévention » [16]. La SFSP a aussi publié un rapport suite à un séminaire sur la consultation de prévention en médecine générale le 4 décembre 2006 [17]. Un rapport ministériel du Dr Toussaint sur « *Les stratégies nouvelles de prévention* » datant du 15 décembre 2006 recommande la mise

en place de « *rendez vous santé* » auprès des médecins généralistes. Ils permettraient une évaluation des besoins de prévention et de mettre en place des stratégies personnalisées de dépistage [18]. Au plan international, l'une des principales conclusions du groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique est que cet examen devrait être axé sur le dépistage de certains troubles ciblés et l'élimination de facteurs de risque précis dans des populations d'âges, sexes et niveaux de risque différents. Une réflexion est alors indispensable pour définir précisément les missions de chacun, la formation des médecins (et autres professionnels de santé impliqués), et l'élaboration de protocoles et de guidelines [19]. Mais la difficulté est d'évaluer l'impact sur la santé et sur l'économie de ces consultations. Aux Etats Unis le programme « *put prevention into practice* » a permis d'augmenter le nombre d'actes de prévention sans pour autant faire la preuve d'une réelle efficacité sur la morbidité des patients[20]. Il n'y a que de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée.

Le rapport de mars 2009 du Haut Conseil de Santé Publique dans le cadre de la loi dite HPST recommande au final [21]:

- d'intégrer un temps de prévention sur les consultations habituelles et itératives plutôt que de créer une consultation de prévention,
- le médecin généraliste comme personne centrale dans la prévention,
- une coopération entre professionnels de santé,
- une prise en charge en aval et de proximité éducative,
- de promouvoir des consultations dédiées au moment de certains évènements de vie : l'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant, le chômage et les difficultés d'insertion, la retraite et les jeunes seniors,
- de rédiger un référentiel couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte, actualisé régulièrement et exploitable facilement.

Le tout est sous réserve d'expérimentations et d'évaluations concluantes.

L'ensemble de ces données montrent bien l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prévention de la santé de ses patients. Nous allons maintenant nous intéresser à une population particulière, il s'agit de la famille proche du médecin généraliste.

C. Le suivi médical dans les familles de médecins généralistes

1. Données de la littérature sur la santé du médecin généraliste

La santé des médecins généralistes a été explorée au travers de nombreuses études. D'après le panel 2010 [22]:

- 79% des médecins généralistes des Pays de la Loire se déclarent en bonne ou très bonne santé ;
- 74% ont déclaré un médecin traitant : 62% se sont déclarés eux-mêmes, 13% un confrère, sans qu'il y ait de différence selon l'âge ou le sexe des médecins.

Les médecins généralistes auraient un mode de vie plus sain, seraient mieux vaccinés et dépistés que la population générale mais il manquerait la relation médecin-malade qui pourrait améliorer leur prise en charge sur tous les plans [23], [24].

En effet si les médecins généralistes se considèrent en bonne santé, différents indicateurs montrent une souffrance : 12% présentent un état de détresse psychologique, le syndrome d'épuisement professionnel touche environ la moitié des médecins généralistes des Pays de la Loire et 28% déclarent une consommation excessive d'alcool [22].

L. Jaisson dans sa thèse [25] a mis en avant les facteurs nuisant à une bonne prise en charge de leur santé :

- manque de temps lié à une surcharge de travail ;
- une certaine négligence volontaire ;
- une angoisse de la maladie, une peur des résultats induisant un déni des symptômes ;
- un problème d'ordre relationnel avec une difficulté à s'adresser à un confrère, à se confier à lui dans l'anonymat ;
- l'absence fréquente de dossier médical propre ;
- le problème de l'automédication.

Des solutions ont été proposées dans les travaux précédents comme le choix d'un médecin traitant extérieur, la mise en place de structures de soins anonymes dédiées à la médecine préventive et aux soins comme il existe au Royaume Uni.

La prise en charge de la santé du médecin généraliste a donc déjà fait l'objet de nombreux travaux. Il semble intéressant de se pencher sur la santé de la famille proche du médecin généraliste, c'est-à-dire son conjoint et ses enfants.

2. Données de la littérature sur le suivi médical des familles des médecins généralistes

Peu de travaux se sont penchés sur la santé des proches du médecin généraliste.

Il en ressort que, dans une grande partie des cas, les médecins soignent leurs proches :

- 64% des médecins interrogés par L. Masson donnent à leurs proches des soins complets [26].
- 66% des médecins interrogés par S. Cornec se positionnent comme médecins traitant de leur proche en 2005, 48% pour leur conjoint et 53% pour leurs enfants [27].
- 75% des médecins interrogés par B. Joffre Berthome prennent en charge totalement ou principalement la santé de leurs enfants [28].

Mais cette prise en charge concerne essentiellement les pathologies bénignes, aiguës et les médecins préfèrent passer le relais en cas de pathologies chroniques lourdes [29], [26], [30]. Le côté pratique, la confiance, la disponibilité du médecin sont souvent mis en avant. Mais la relation médecin/malade diffère.

3. Difficultés dans la relation médecin-malade

Lorsqu'il s'agit de soigner un proche, les études montrent bien les difficultés rencontrées par le médecin et le soigné.

Elles mettent en avant le problème de l'affectif qu'il est difficile de contenir [31], [32], [30], [26], [29], [27], [33]. Dans une thèse de 1996 intitulée « *Le médecin généraliste face à la demande de soin de ses proches* », dans 82% des cas la cause de refus de soin du médecin généraliste à son conjoint est la mise en jeu de l'affectif. La peur de diagnostiquer une pathologie sévère peut inconsciemment pousser le médecin à occulter le problème de santé et entraîner un retard au diagnostic, ou au contraire inciter le médecin à prescrire une batterie d'examens qu'il n'aurait pas prescrit d'emblée à un patient de son cabinet. La mise en jeu de l'affectif entraîne un manque d'objectivité de la part du médecin. Il est difficile pour lui de prendre du recul, d'évaluer la situation et donc de prendre des décisions appropriées, neutres. La proximité femme/mari ou parent/enfant entrave la relation médecin/malade.

La pudeur rentre également en compte chez les deux protagonistes. Le soigné peut ne pas révéler à son médecin-parent certains faits ou informations qu'il considère comme tabou.

De même le médecin peut omettre inconsciemment de poser certaines questions à l'interrogatoire. Le proche peut aussi ressentir une gène à montrer certaine partie de son corps [26], [34], [29].

Le secret médical est aussi difficile à gérer pour le médecin. Un autre membre de la famille peut inciter le médecin à révéler des informations médicales. La relation de confiance soignant/soigné et parent/enfant ou mari/femme est alors prise en défaut [32].

Enfin l'observance thérapeutique et l'impact des conseils ne sont pas les mêmes si c'est le parent/médecin qui les donne ou un médecin extérieur [32].

4. Etudes sur la prévention s'agissant de la santé de la famille des médecins généralistes

L'ensemble des études citées précédemment ont mis en évidence la prise en charge médicale globale du patient, mais qu'en est-il de la prévention ? Comment les messages de prévention passent-ils quand un des parents est médecin ?

Dans la littérature seulement deux thèses explorent en partie le champ de la prévention au sein de la famille du médecin généraliste.

F. Castera a réalisé en 2005 une thèse sur « *Le médecin généraliste, médecin de sa famille : enquête auprès de 100 médecins de Haute Garonne sur les soins apportés à leurs proches* ». Dans le questionnaire adressé aux médecins généralistes il s'est intéressé aux soins apportés par le médecin généraliste à ses proches et a évoqué la prévention. Il en ressort que les actes de préventions sont les moins pratiqués parmi tous les actes médicaux à l'exception de ceux sur les maladies cardiovasculaires et sur le dépistage des cancers. Les médecins interviennent peu sur les addictions, la contraception, les somnifères que ce soit chez leur conjoint ou chez leurs enfants.

S. Toumelin s'est intéressée à « *La prise en charge médicale de la famille du médecin généraliste* » en 2009 à travers des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes et leurs conjoints. La prévention au sein de la famille est peu réalisée par les médecins interrogés. Elle apparaît plus au cours de discussions familiales.

Au total nous avons donc jugé intéressant de nous centrer sur la prévention chez le conjoint et les enfants des médecins généralistes. Dès lors que l'on attribue au médecin généraliste un rôle central dans la prévention, il serait attendu que le conjoint et les enfants des médecins généralistes bénéficient d'un suivi de qualité s'agissant de la prévention. Il serait également attendu que les proches du médecin généraliste soient pris en charge par un médecin généraliste puisque les différentes actions de prévention relèveraient du champ d'exercice de la médecine générale.

Ainsi cette étude va tenter de décrire la prise en charge des proches de médecins généralistes, s'agissant de la prévention, en répondant aux questions suivantes :

- Comment sont suivis les proches des médecins généralistes pour les actes de prévention ?
- Par qui sont suivis les proches des médecins généralistes sur le plan de la prévention ?

II. METHODE

Cette étude a été réalisée auprès de 100 conjoints de médecins généralistes installés en Loire Atlantique.

A. Nature de l'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale, réalisée à partir de questionnaires à questions fermées, adressés aux conjoints de médecins généralistes de Loire Atlantique.

B. Constitution de l'échantillon

Afin de sélectionner les familles interrogées, nous avons procédé par tirage au sort à partir de la liste des médecins généralistes fournie par la DRASS. Leur adresse de cabinet a été obtenue dans les pages jaunes. Les médecins allergologues, angiologues ou faisant partie de SOS médecins ont été exclus. Il n'y a pas eu de restriction au niveau de l'âge des médecins ni du lieu d'exercice afin d'avoir une population représentative. Nous avions défini que nous poursuivions les inclusions jusqu'à obtention de 100 réponses. Le nombre de courrier envoyé a donc été de 213 pour obtenir ces 100 réponses exploitables.

C. Déroulement de l'enquête

Le questionnaire a été envoyé par la poste au cabinet des médecins généralistes. Le courrier contenait une première lettre destinée au médecin pour lui expliquer le sujet de la thèse et lui demander de remettre le questionnaire à son conjoint. Un deuxième courrier indiquait au conjoint le but de la thèse et rappelait que les réponses étaient anonymes. Une

enveloppe timbrée leur permettait de nous renvoyer le questionnaire. Les envois se sont échelonnés d'avril à fin septembre 2009 par groupe de 25 envois tous les 15 jours.

Dans le but d'augmenter le taux de réponse nous appelions tous les médecins généralistes à leur cabinet quinze jours après l'envoi du questionnaire. Il s'agissait de savoir s'ils avaient bien transmis le questionnaire à leur conjoint, ou la raison de leur non réponse.

D. Outil de recueil

Le questionnaire comprenait 65 questions dont certaines ne concernaient que les hommes ou que les femmes. Il se remplissait en moyenne en 7 minutes et comportait 3 pages.

La première partie concernait les informations générales sur le médecin, son conjoint et ses enfants.

La deuxième était centrée sur la prévention en santé du conjoint du médecin généraliste. Elle englobait le suivi général, le suivi obstétrical et gynécologique, le dépistage des cancers, la prévention des addictions et des troubles psychologiques.

Enfin la dernière partie se focalisait sur la prévention de la santé des enfants du médecin. Cela comprenait les examens systématiques du nourrisson, les vaccinations, les certificats médicaux, la prévention des addictions et le suivi gynécologique.

Le questionnaire comportait essentiellement des questions à réponse fermée avec possibilité de donner plusieurs réponses par question. A la fin, deux questions ouvertes permettaient au conjoint de donner son avis sur la prise en charge de sa santé en tant que femme ou mari de médecin et d'ajouter des commentaires éventuels sur le sujet.

E. Traitement des données

Les réponses ont été traitées sous Excel. Tous les questionnaires reçus ont été pris en compte, même ceux incomplets.

III. RESULTATS

A. *Description de l'échantillon*

1. Participation

Sur 213 questionnaires envoyés aux médecins généralistes, 100 questionnaires sont exploitables. Le taux de réponses est donc de 47%.

Les relances téléphoniques ont permis d'expliquer une partie des non réponses. En effet nous avons pu apprendre que douze des médecins étaient célibataires, cinq divorcés, un veuf. Un des médecins était à la retraite et trois en arrêt de travail. Par conséquent nous aurions dû avoir un total de 195 réponses et non 213 ce qui ramène le taux de participation à **51%**.

Ces relances téléphoniques nous permettent également d'apprendre que six médecins n'ont pas voulu transmettre le questionnaire à leur conjoint pour des raisons de surcharge de travail ou de questions jugées trop personnelles. Trois conjoints n'ont pas voulu répondre. Deux questionnaires nous sont revenus à moitié remplis et quatre médecins n'ont pas pu être relancés car leur numéro de téléphone pris dans les pages jaunes n'était pas attribué.

Le nombre de perdus de vue est de 76.

2. Informations générales sur les médecins généralistes

a) Age des médecins généralistes

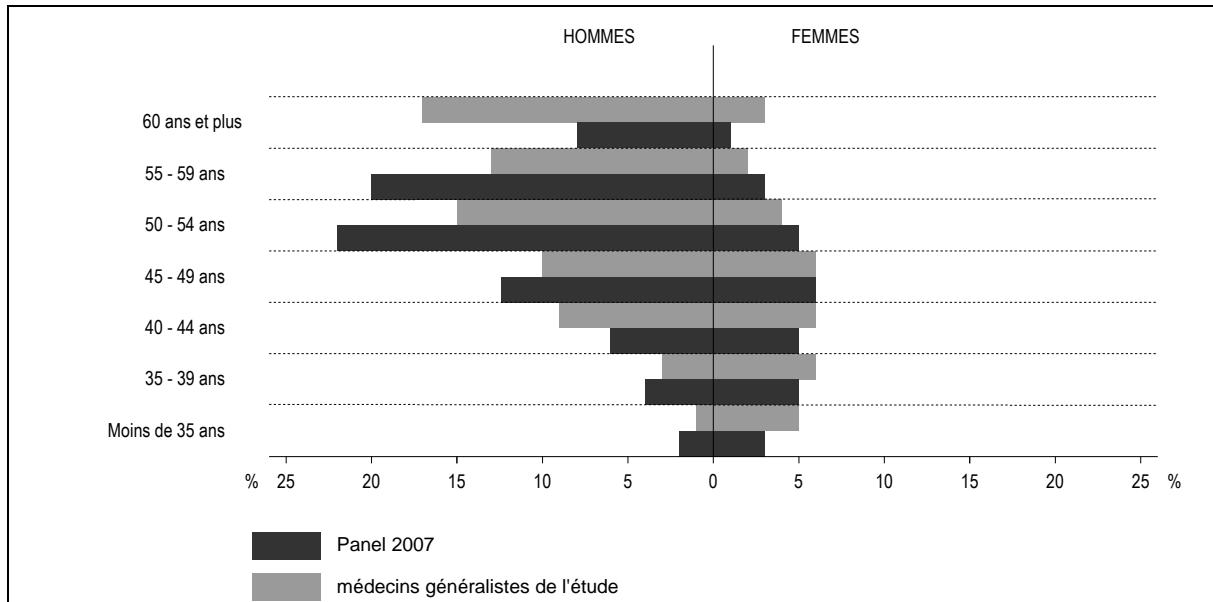


Figure 1: Age et sexe des médecins ayant participé à l'enquête, comparaison avec les données de l'enquête Panel 2007 Pays de la Loire [35]

b) Lieu d'exercice

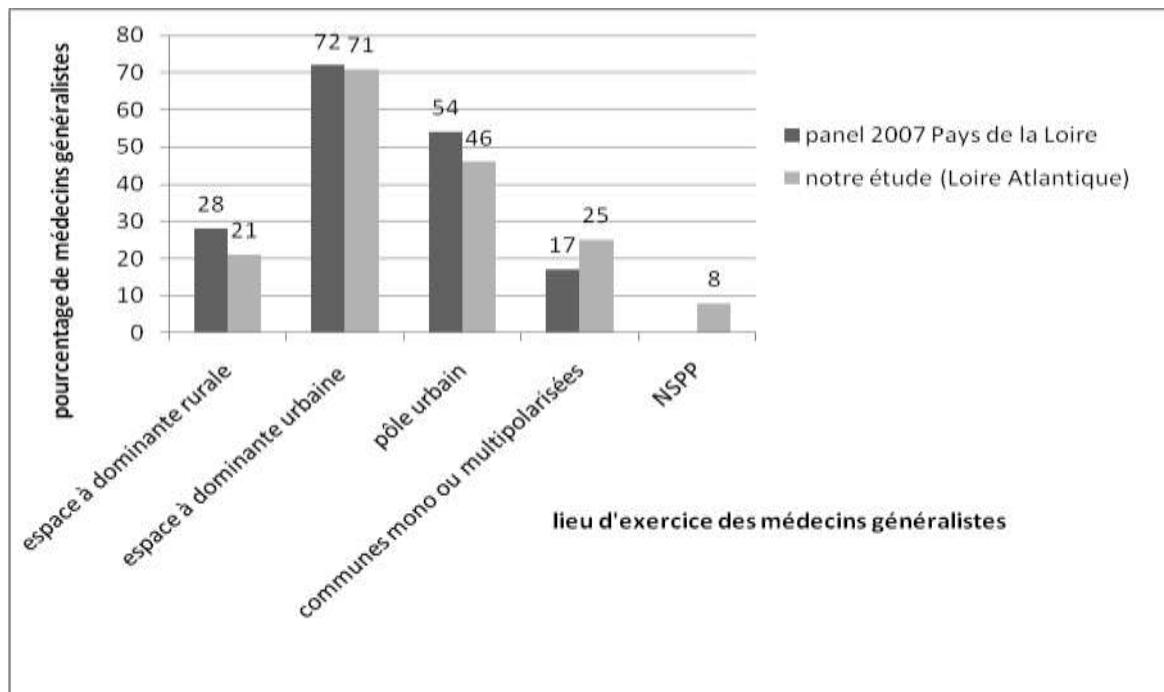


Figure 2: Répartition des médecins généralistes selon le type de commune d'exercice: mise en parallèle avec les données de l'enquête Panel 2007 dans les Pays de la Loire [35]

c) Exercice des médecins généralistes en association

73% des médecins généralistes de cette étude exercent en association.

Le type d'associations le plus souvent retrouvé dans cette étude est une association entre généralistes (79%). Seuls 8,5% sont en cabinet regroupant médecins généralistes et soignants paramédicaux comme des infirmières, kinésithérapeutes, sages femmes, dentistes.

d) Leur orientation d'exercice

39% des médecins généralistes interrogés ont une spécialisation par un diplôme universitaire. Les formations retrouvées dans cette étude sont les suivantes :

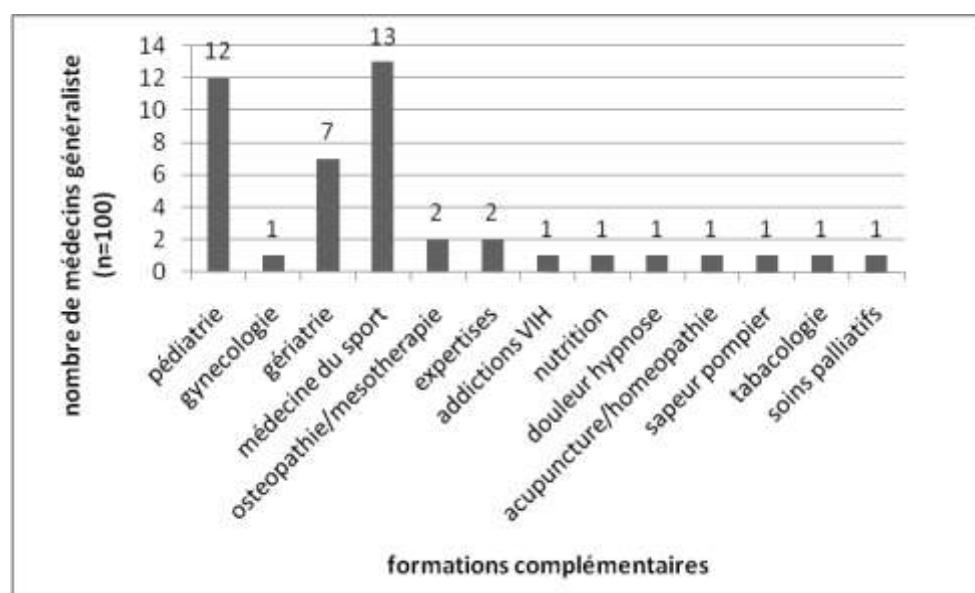


Figure 3: Nature des formations complémentaires des médecins généralistes

Nous remarquons que la médecine du sport, la pédiatrie et la gériatrie sont les formations complémentaires les plus réalisées chez les médecins généralistes de cette étude.

3. Informations générales sur les conjoints des médecins généralistes

a) Répartition homme/femme des conjoints

Parmi les conjoints ayant répondu au questionnaire nous notons 32% d'hommes et 68% de femmes.

b) Age des conjoints

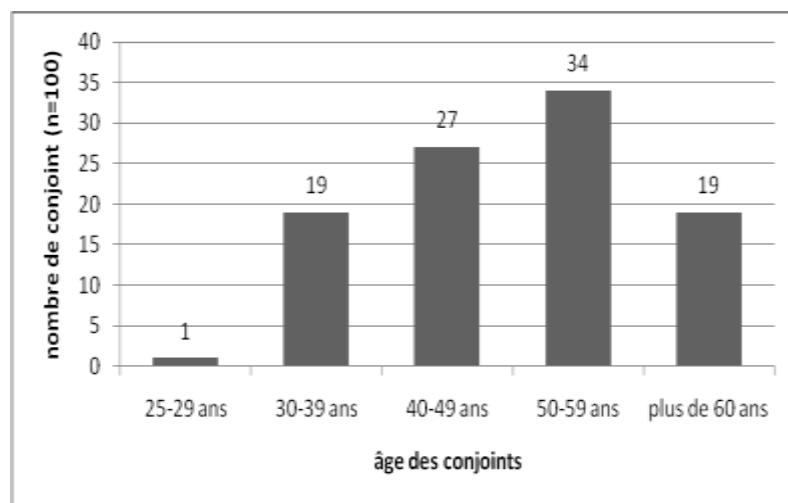


Figure 3: Répartition des conjoints selon leur âge (n= 100)

La moyenne d'âge est de 49,5 ans.

c) *Secteurs d'activité professionnelle*

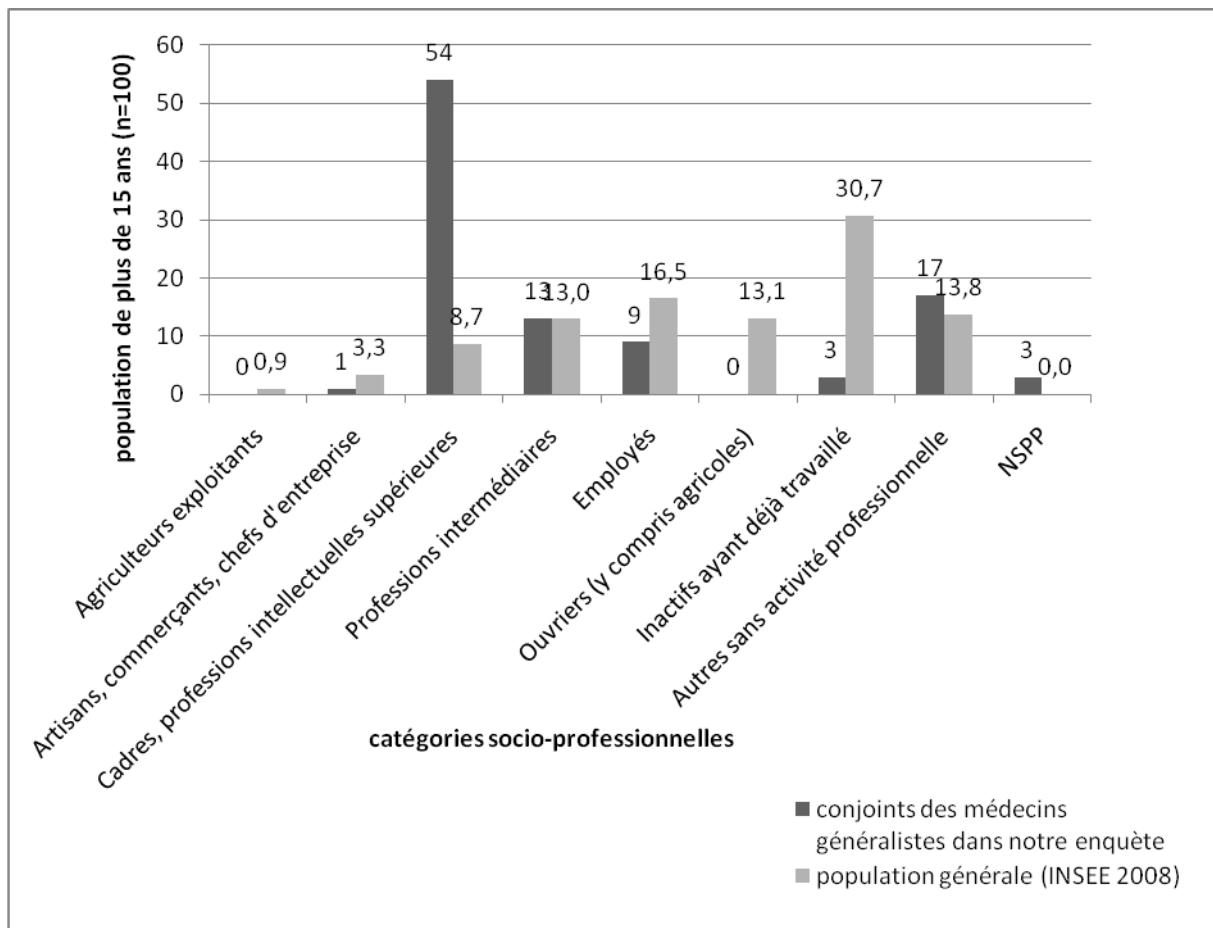


Figure 4: Répartition des conjoints selon leur catégorie socioprofessionnelle¹

Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les plus représentés chez les conjoints des médecins généralistes. Parmi eux, 63% sont des professionnels de santé dont :

- 29,5% de médecins généralistes ,
- 13% de médecins spécialistes.

A noter que 16% des conjoints des médecins généralistes sont eux-mêmes généralistes et 7% sont médecins spécialistes.

¹ NSPP : ne se prononce pas

B. La prévention s'agissant du conjoint du médecin généraliste

1. Le suivi général

a) Le choix du médecin traitant

Nous constatons que **87%** des conjoints ont un médecin traitant déclaré.

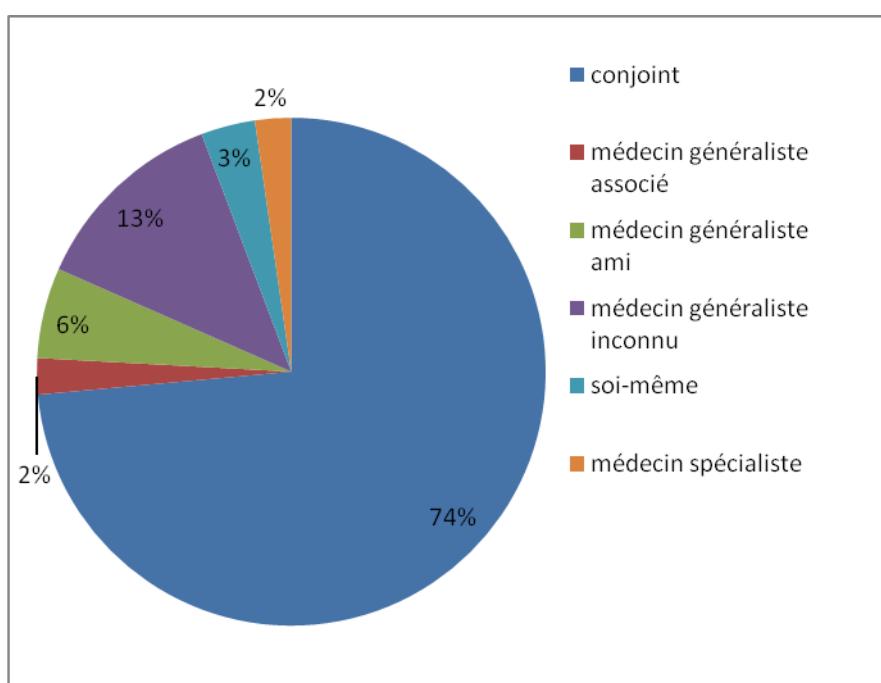


Figure 4: Choix du médecin traitant (n= 87)

L'étude du choix du médecin déclaré montre que dans une majorité des cas il s'agit de leur conjoint (74%).

✓ Choix du médecin traitant selon le sexe du conjoint

La proportion d'hommes et de femmes ayant déclaré un médecin traitant est identique (87,5% et 86,8%).

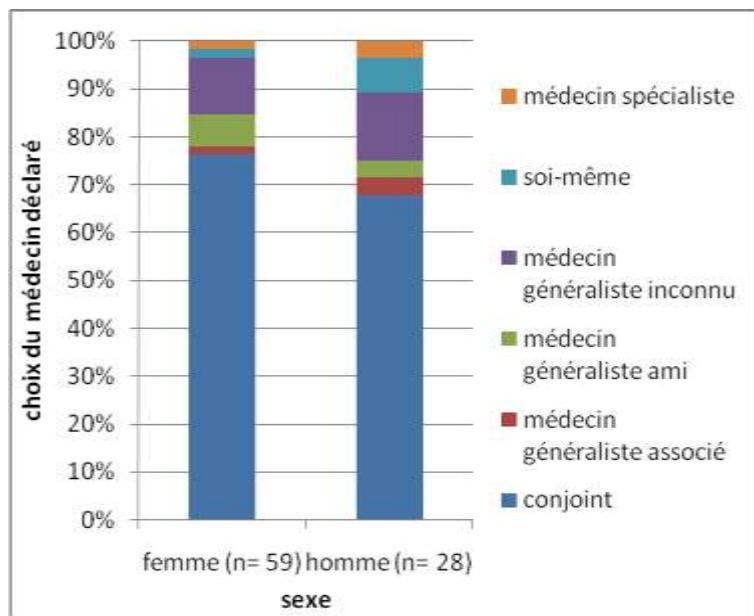


Figure 5: Choix du médecin déclaré en fonction du sexe du conjoint

Les femmes (76,5%) se tournent plus vers leur conjoint médecin que les hommes (68%).

✓ Choix du médecin traitant selon l'âge des conjoints

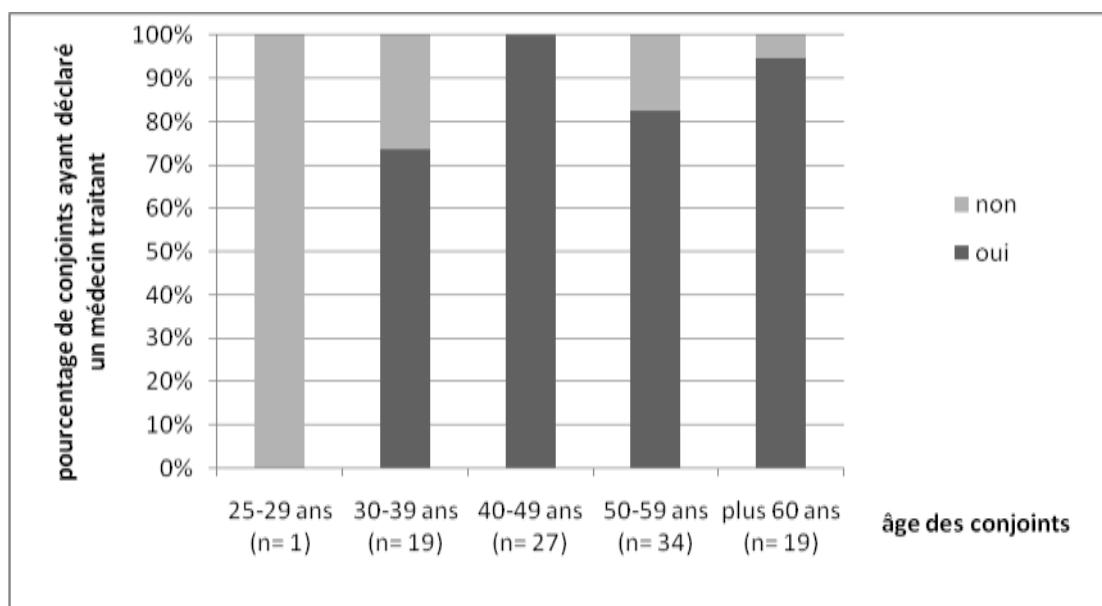


Figure 6: Déclaration de médecin traitant selon l'âge des conjoints

On observe un changement de comportement en fonction de l'âge des conjoints. Les plus jeunes ont moins déclaré de médecin traitant : ils sont 26% des 30- 39 ans alors qu'ils ne sont plus que 17,6% à 50-59 ans et 5,3% à plus de 60 ans.

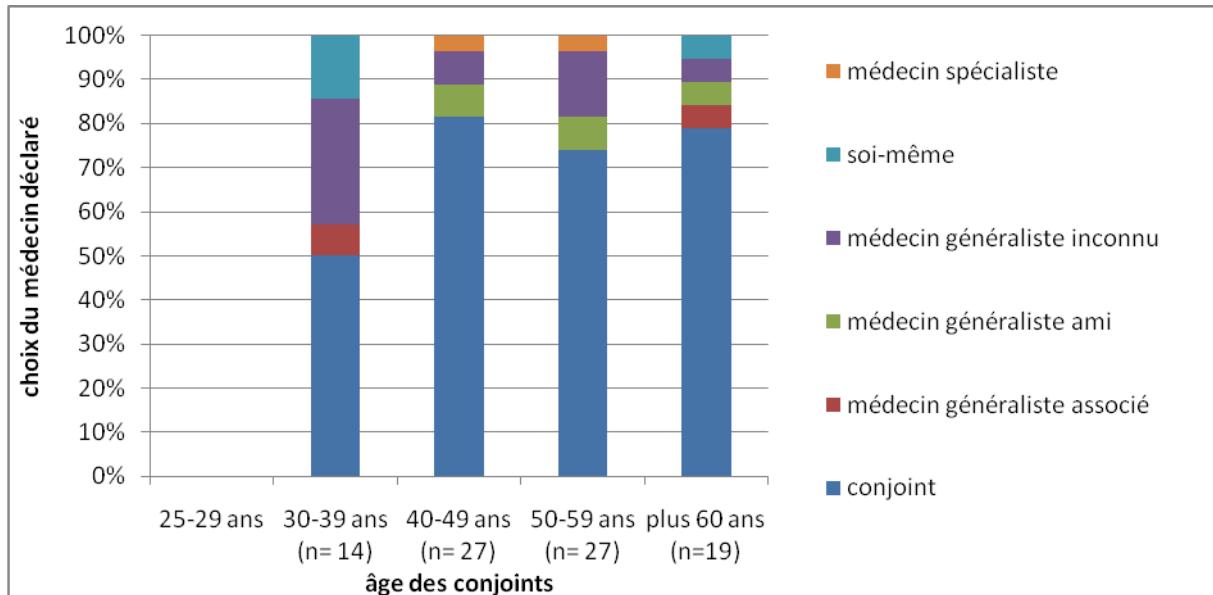


Figure 7: Médecin traitant déclaré en fonction de l'âge du conjoint

Selon l'âge également les données diffèrent : 50% des patients de moins de 40 ans déclarent un médecin autre que leur conjoint et de préférence un médecin généraliste inconnu. Après 40 ans, le conjoint est le médecin traitant dans au moins 72% des cas.

b) Modalités de suivi médical des conjoints

✓ Lieu de consultation

Dans 73% des cas, le conjoint ne consulte pas au cabinet médical.

✓ Dossier médical

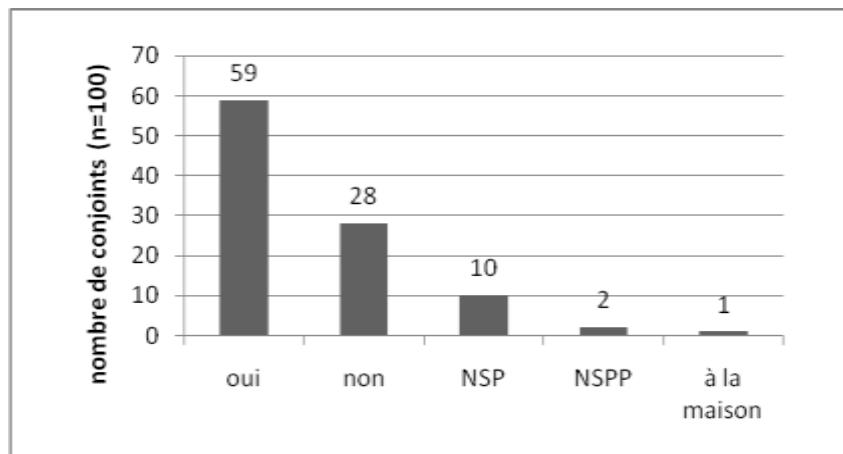


Figure 8: Nombre de conjoints ayant un dossier médical²

28% d'entre eux n'ont pas de dossier médical.

c) *La prévention primaire*

✓ Vaccinations

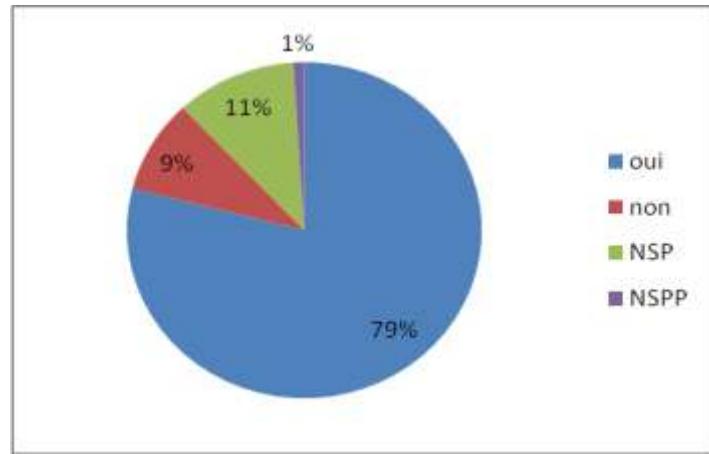


Figure 9: Nombre de conjoints ayant leur vaccination anti-tétanique à jour (n= 100)

² NSP : ne sait pas

NSPP : ne se prononce pas

La vaccination DT Polio n'est pas à jour pour 9% des conjoints et 11% ignorent leur statut. Parmi ces neuf conjoints non à jour, ce sont toutes des femmes, deux de moins de 40 ans et sept de plus de 50 ans.

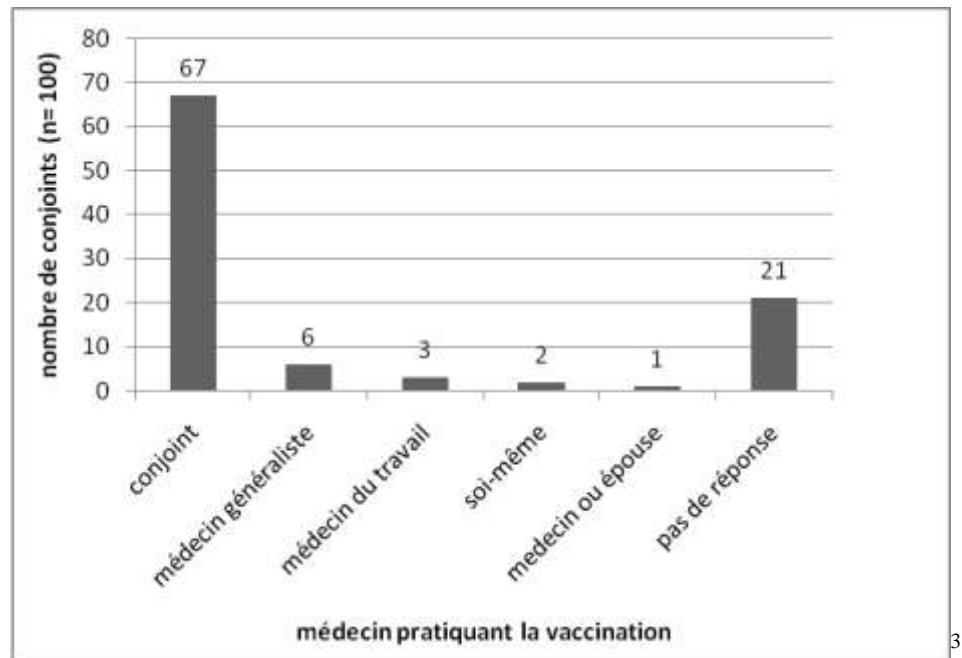


Figure 10: Médecins pratiquant la vaccination des conjoints des médecins généralistes (n=100)

Dans 67% des cas la vaccination antitétanique est réalisée par le conjoint.

Une personne sur les 100 a déclaré ne pas être à jour alors que c'est son conjoint-médecin qui la vaccine.

✓ Facteurs de risque cardio-vasculaire

▪ *Le suivi tensionnel*

28% des conjoints de médecins généralistes déclarent qu'ils n'ont pas de prise de tension artérielle annuelle.

³ pas de réponse : personnes qui n'ont pas répondu à la question, qui ne sont pas à jour de leur vaccination ou qui ne savent pas si elles sont à jour

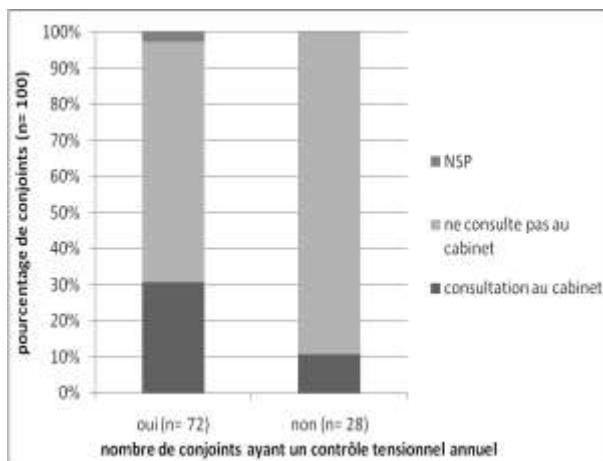


Figure 11: Contrôle tensionnel des conjoints et suivi au cabinet médical

Nous constatons que parmi les conjoints n'ayant pas de contrôle tensionnel annuel, 90% ne consultent pas leur médecin traitant au cabinet médical.

- *Le bilan lipidique et glycémique*

Dans 20% des cas les conjoints des médecins généralistes déclarent qu'ils n'ont pas de contrôle du bilan glycémique et lipidique datant de moins de 5 ans. Ils sont 75% à en avoir.

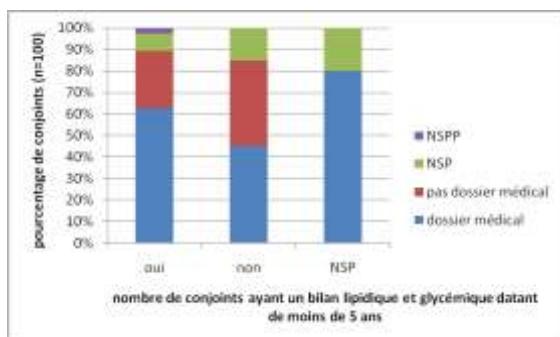


Figure 12: Bilan lipidique, glycémique et dossier médical

La moitié des conjoints n'ayant pas de bilan lipidique et glycémique datant de moins de 5 ans n'ont pas de dossier médical.

- *L'indice de masse corporelle*

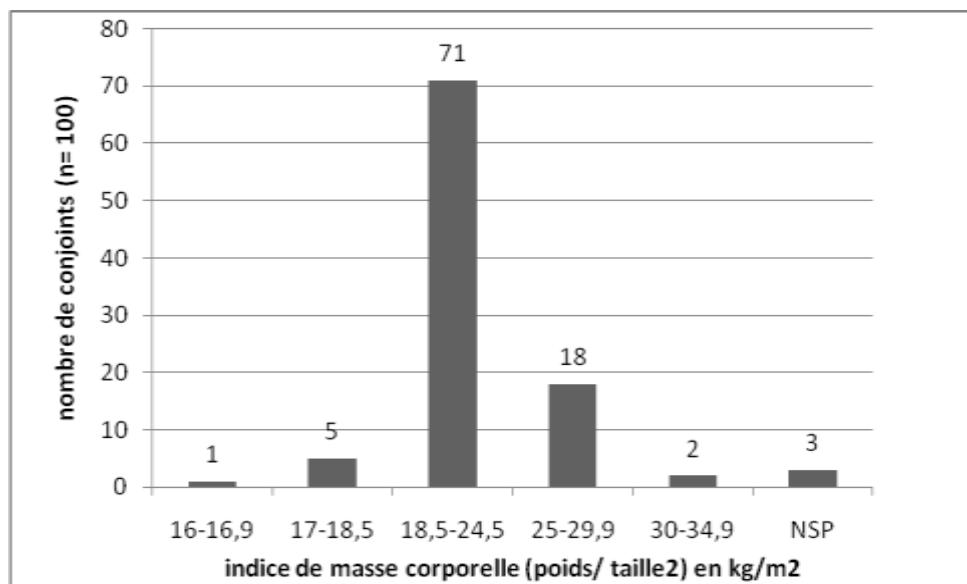


Figure 13: Indice de masse corporel des conjoints

71% ont un indice de masse corporel normal, 20% sont en surpoids ou obésité.

- *La pratique des activités sportives*

41% des conjoints déclarent de pas pratiquer d'activité sportive au moins une fois par semaine. 57% déclarent le faire.

2. Le suivi gynéco-obstétrical et urologique des conjointes

a) *Le suivi gynéco-obstétrical des conjointes*

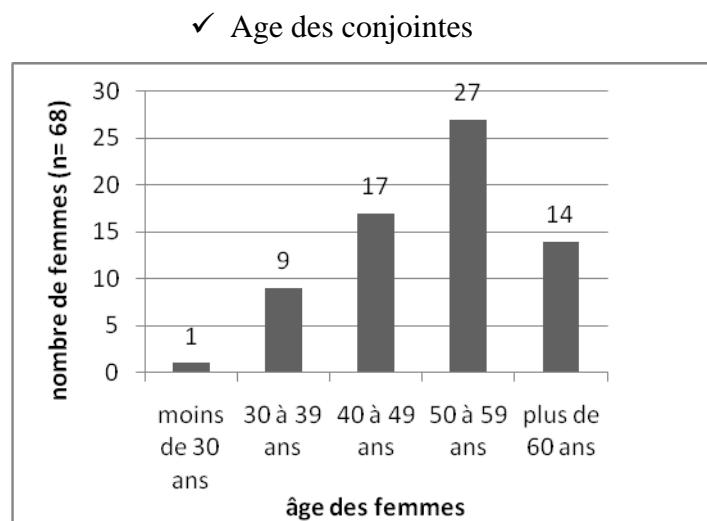


Figure 14: Répartition des femmes conjointes selon leur âge (n=68)

Parmi les 68 femmes ayant répondu au questionnaire, 60,3% avaient plus de 50 ans.

✓ Le suivi des grossesses

95,5% des femmes interrogées déclarent avoir eu au moins une grossesse.

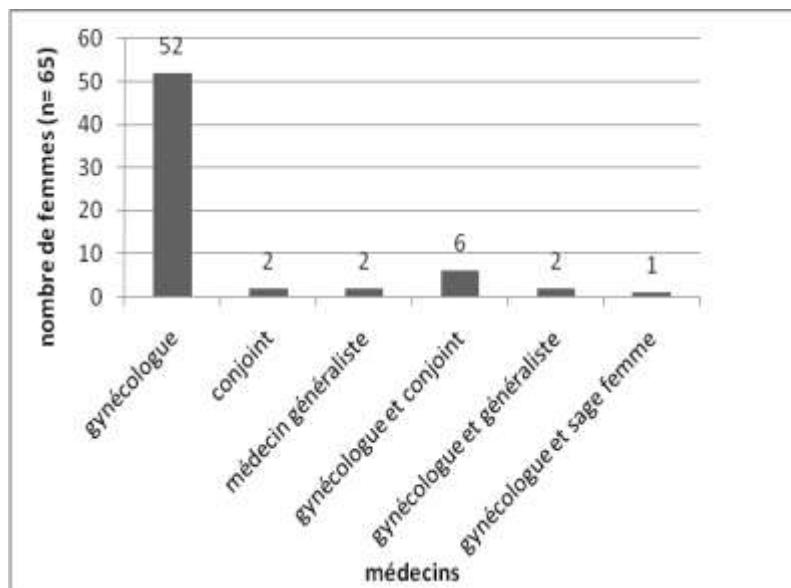


Figure 15 : Médecins pratiquant le suivi des grossesses des conjointes de médecins généralistes

Parmi elles, 80% se sont fait suivre par un gynécologue, tandis que le médecin généraliste -qu'il soit le conjoint ou non- a participé au suivi de grossesse dans 19% des cas. Le conjoint est intervenu dans 12,3% des cas (et de façon exclusive dans 3% des cas).

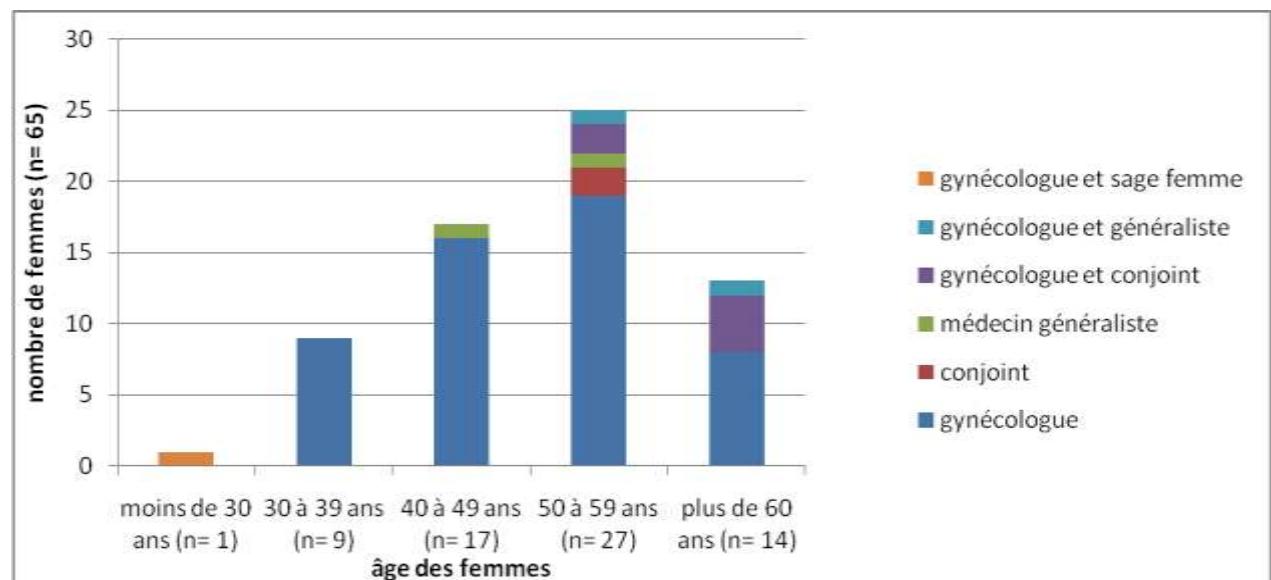


Figure 16: Médecin pratiquant le suivi des grossesses des conjointes en fonction de leur âge

Le comportement des conjointes varie en fonction de leur génération. Ce sont exclusivement les femmes de plus de 50 ans qui ont été suivies par leur mari.

- ✓ Le dépistage des pathologies cancéreuses
- *Le cancer du sein*

Le dépistage du cancer du sein a lieu initialement lors de l'examen clinique, par la palpation des seins. 85% des femmes interrogées en bénéficient de façon annuelle.

54,5% des femmes se font examiner par leur gynécologue et 6% par leur médecin généraliste. Le conjoint intervient dans 20,5% des cas, associé ou non avec un autre médecin.

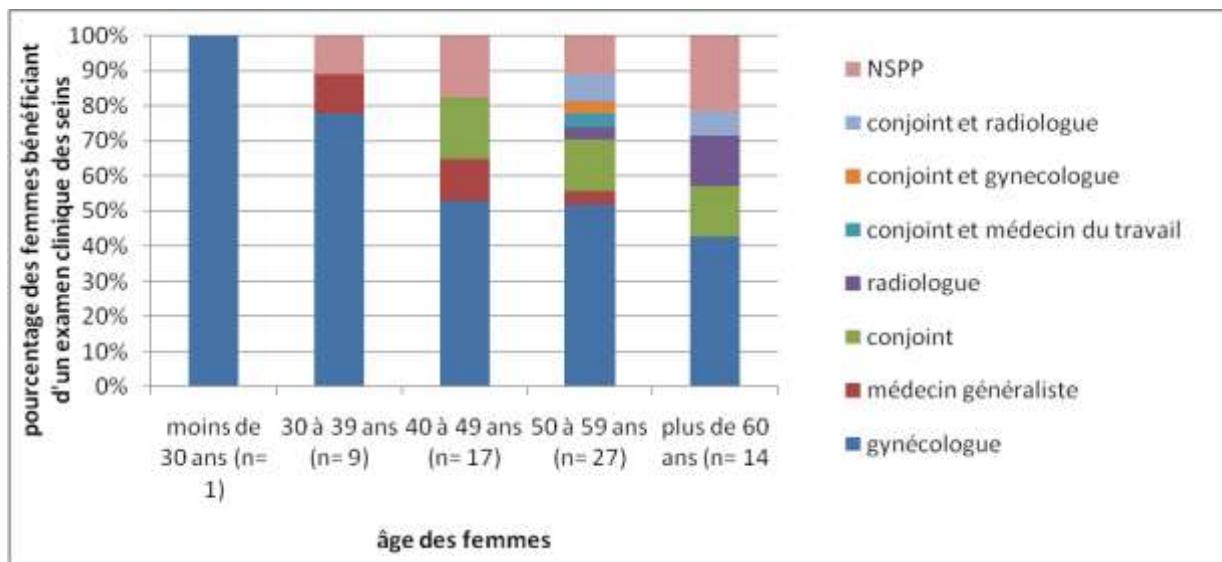


Figure 17: Médecin pratiquant l'examen clinique des seins des conjointes en fonction de leur âge

Les femmes de plus de 40 ans se tournent plus vers leur médecin généraliste et leur conjoint pour l'examen des seins, que les plus jeunes qui sont suivies par leur gynécologue.

En ce qui concerne l'autopalpation des seins, la moitié des femmes interrogées la pratiquent sans que l'on note de différence selon leur âge.

A partir de 50 ans, il existe un dépistage organisé par mammographie. **85%** des femmes interrogées ont déjà bénéficié d'une mammographie. Toutes celles de plus de 50 ans au moment du questionnaire ont déjà réalisé une mammographie.

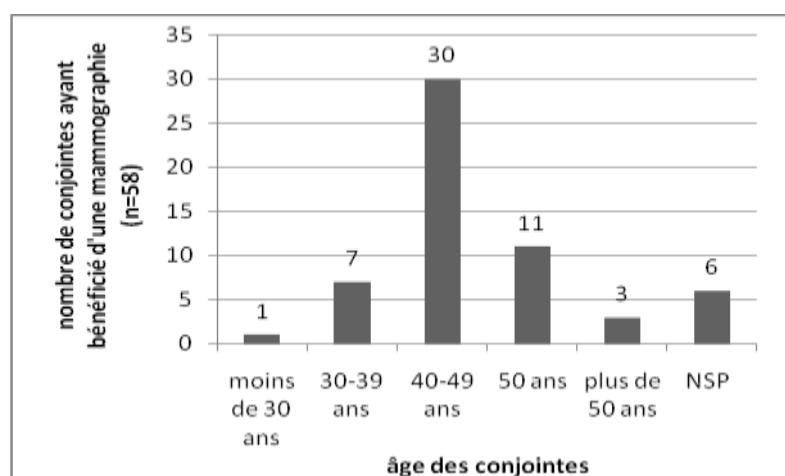


Figure 18: Age des conjointes à leur première mammographie

Parmi les femmes de moins de 50 ans, 63% ont déjà eu une mammographie, la première étant réalisée de façon prépondérante entre 40-49 ans.

5 % des femmes ont bénéficié de leur première mammographie après l'âge de 50 ans.

La date des dernières mammographies des femmes de plus de 50 ans remontent toutes à 2 ans ou moins.

- *Le cancer du col de l'utérus*

Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par le frottis cervico-vaginal. Dans cette étude toutes les femmes ont déjà bénéficié d'un frottis, 4 d'entre elles ont une hysterectomie totale et donc n'ont plus cet examen à faire.

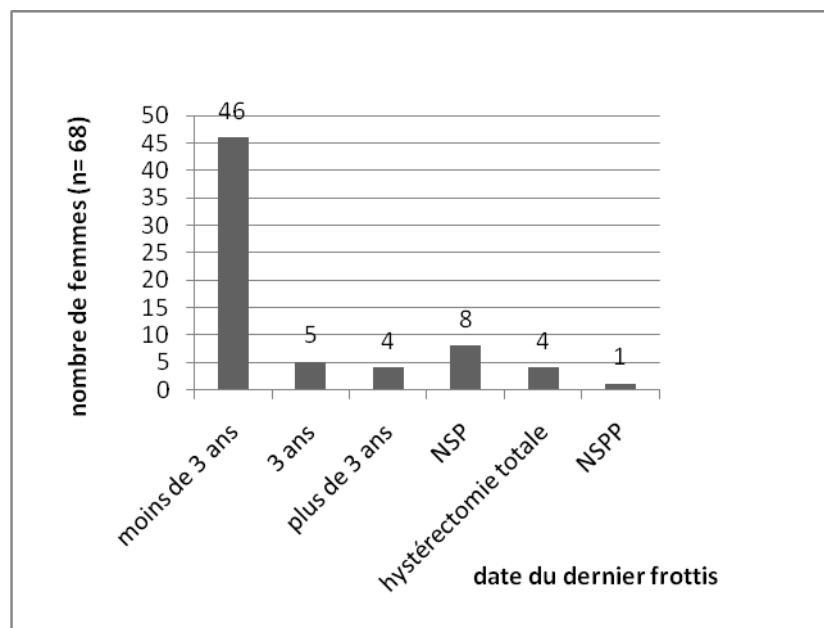


Figure 19: Date du dernier frottis des conjointes

6% des femmes déclarent que leur frottis date de plus de 3 ans. 12% ne se souviennent pas de la date.

Les femmes qui disent avoir eu leur dernier frottis il y a plus de 3 ans sont toutes âgées de plus de 50 ans.

On constate qu'une gynécologue ne connaît pas la date de son dernier frottis.

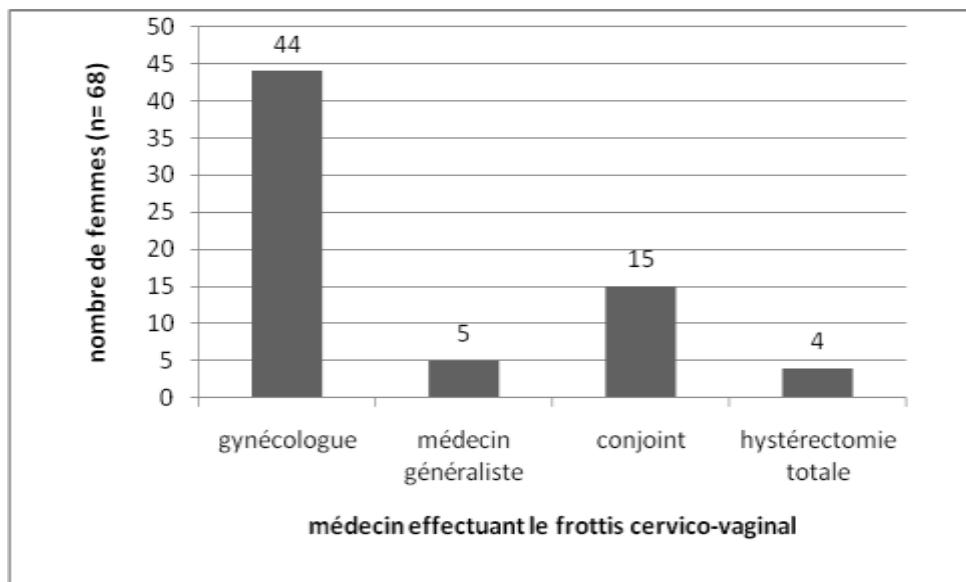


Figure 20: Médecin pratiquant le frottis cervico-vaginal des conjointes (n= 68)

Cet examen est réalisé majoritairement par le gynécologue (65%).

7% des femmes consultent un médecin généraliste autre et le mari lui même fait le frottis dans 22% des cas.

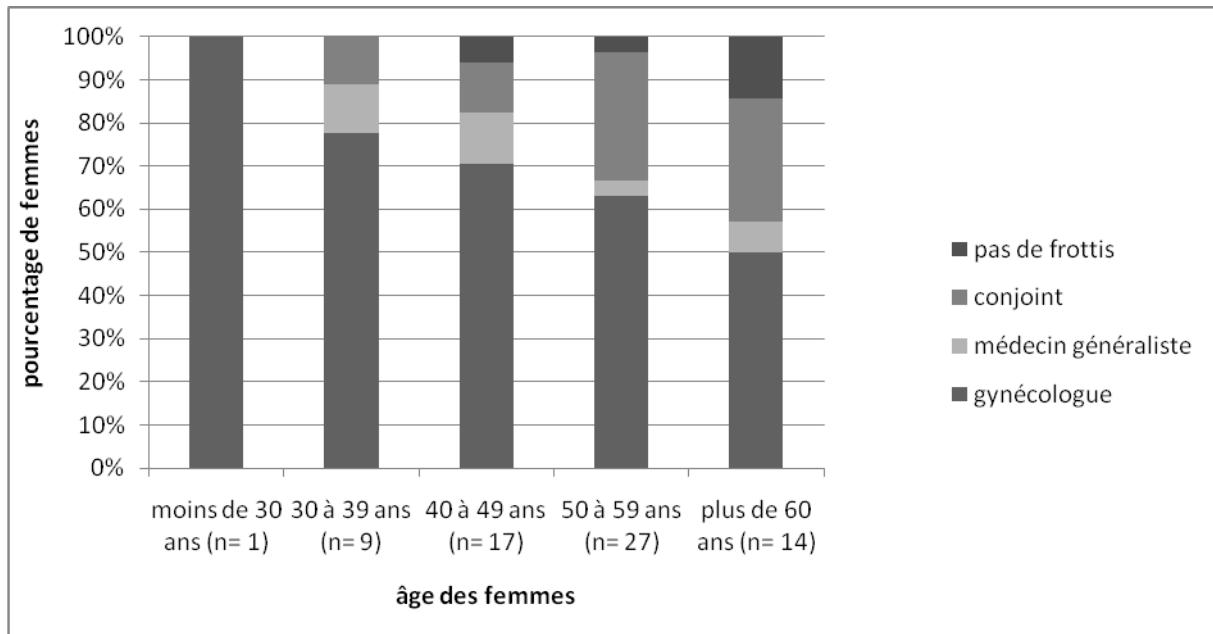


Figure 21: Médecin pratiquant le frottis cervico-vaginal en fonction de l'âge des conjointes

Plus les patientes sont âgées, plus l'examineur est le conjoint.

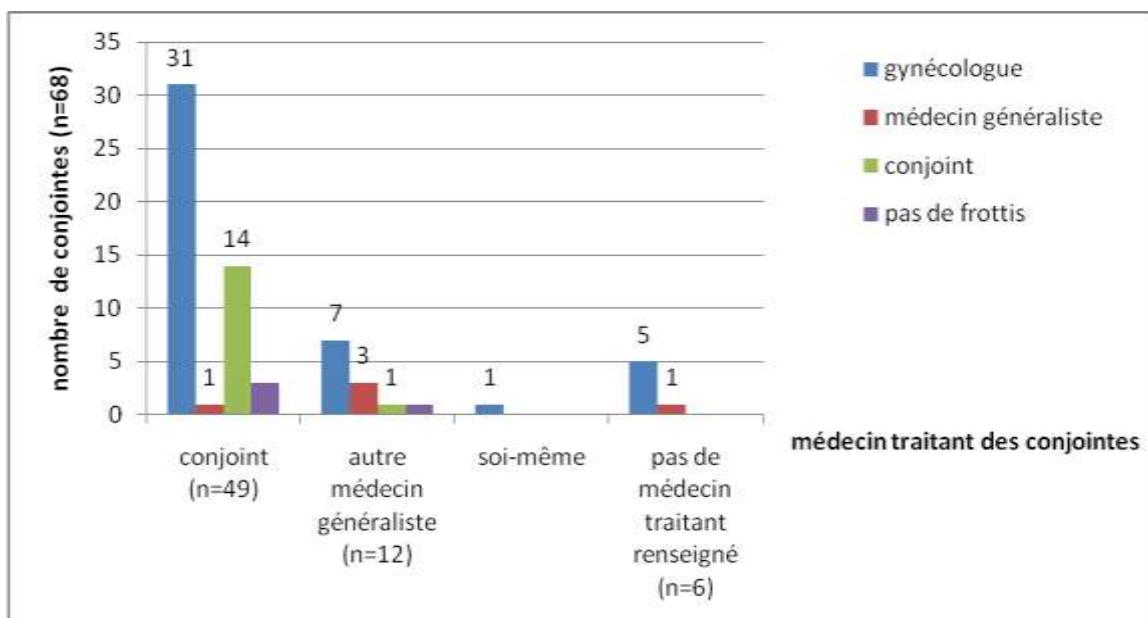


Figure 22: Médecin effectuant le frottis selon le médecin traitant déclaré

Enfin chez les femmes ayant déclaré le conjoint : seules 2% ont leur frottis fait par un autre médecin généraliste. Elles s'adressent en fait essentiellement à un gynécologue.

De même, parmi celles qui ont déclaré un médecin généraliste autre que leur conjoint, 58% s'adressent à un gynécologue.

b) Le suivi urologique du conjoint

✓ Age des conjoints

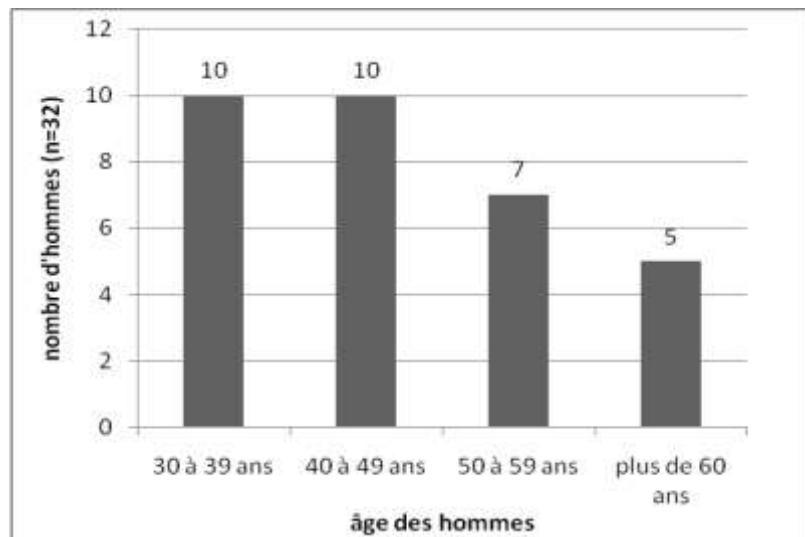


Figure 23: Répartition des hommes selon leur âge (n=32)

✓ Le toucher rectal

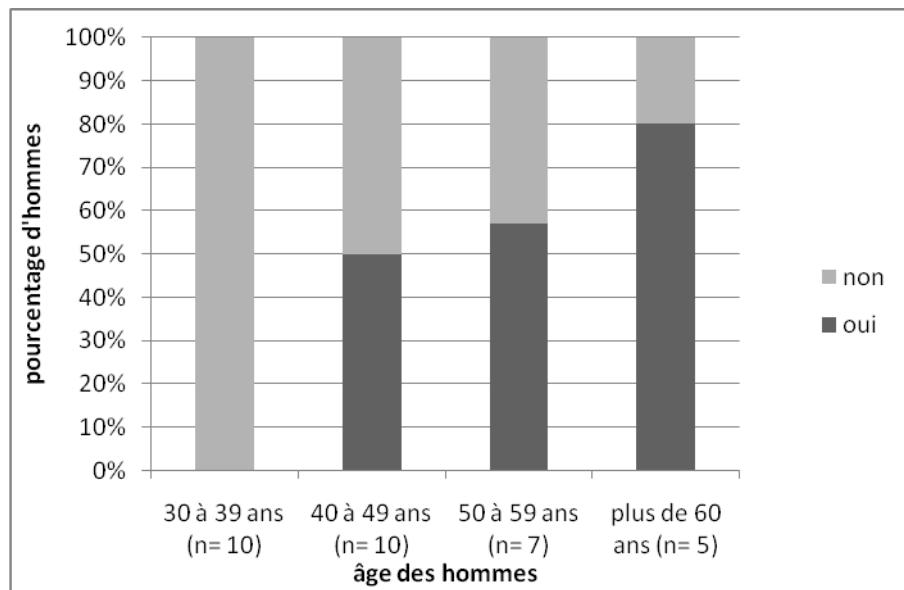


Figure 24: Pourcentage d'hommes ayant bénéficié d'un toucher rectal en fonction de leur âge

Dans la tranche d'âge 40-49 ans, 50% de ces hommes ont eu un toucher rectal. Leur proportion augmente avec l'âge.

20% des hommes conjoints de médecin généraliste de plus de 60 ans n'ont jamais eu de toucher rectal.

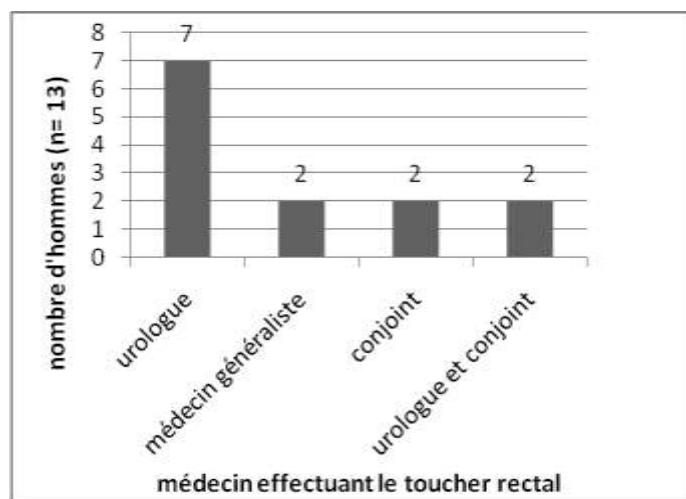


Figure 25: Médecin pratiquant le toucher rectal chez les conjoints de médecins généralistes

Dans 54% des cas l'examineur est l'urologue et dans 15% des cas c'est un médecin généraliste ou le conjoint- médecin

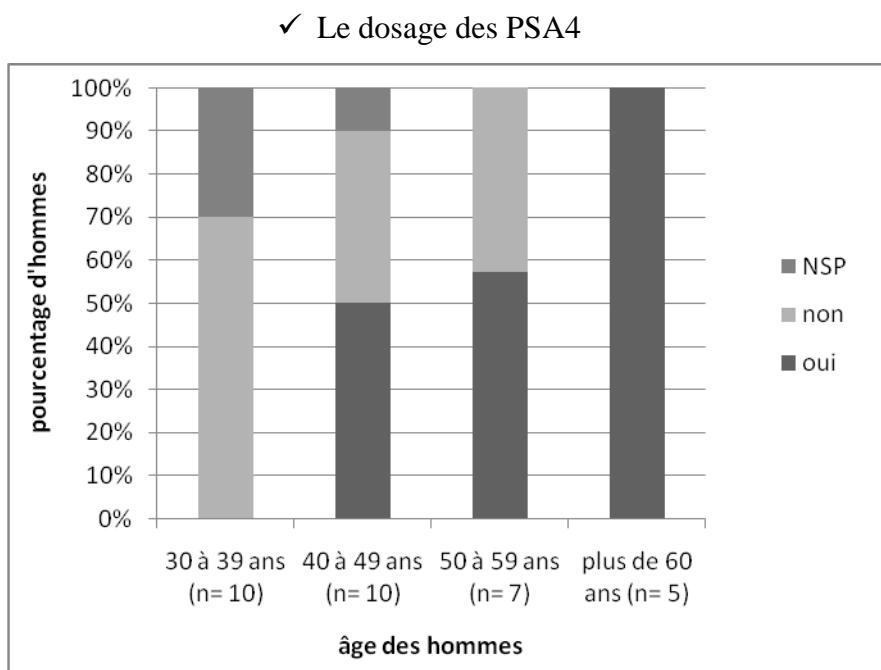


Figure 26: Pourcentage de conjoints ayant eu un contrôle des PSA en fonction de leur âge

⁴ 12% des hommes ne se prononçant pas sur cette question

Parmi les hommes âgés de 40-49 ans, 50% ont déjà eu un dosage des PSA. Ils sont 100% après 60 ans.

Chez les 12 hommes de la tranche d'âge 50-59 ans, sept ont bénéficié d'un toucher rectal et des PSA, deux des PSA seuls et un du toucher rectal seul.

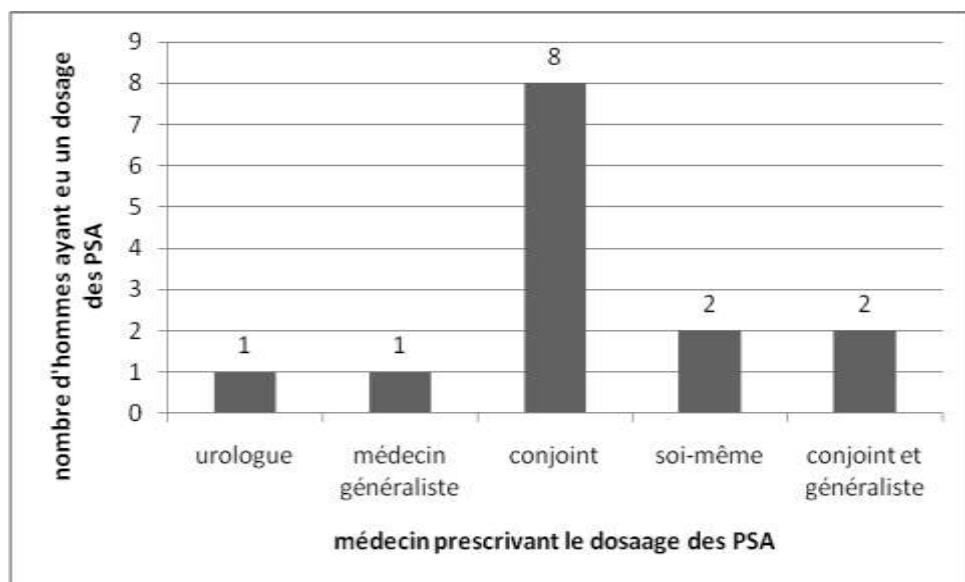


Figure 27: Prescripteur des PSA chez les conjoints

Le prescripteur est l'urologue dans 7% des cas, le conjoint dans 57% des cas.

3. Le dépistage organisé des autres cancers

a) Le cancer colorectal

Au sein de la population étudiée, 53 personnes ont plus de 50 ans dont 64% de femmes et 36% d'hommes.

Au moment du questionnaire, le dépistage par le test Hemoccult® en Loire Atlantique était à son début, tous les conjoints de plus de 50 ans n'avaient pas encore reçu l'invitation. Sur ces 53 personnes concernées, 39 ont donc bien reçu l'invitation pour se rendre chez leur médecin traitant afin de demander le test.

Nous constatons que :

- 51% n'ont pas réalisé le dépistage mais parmi eux 25% déclarent que « c'est en cours », « c'est prévu », « à faire ».
- 33% ont réalisé le test.
- 16% ne l'ont pas fait car ils sont déjà suivis par coloscopie et sont exclus du dépistage.

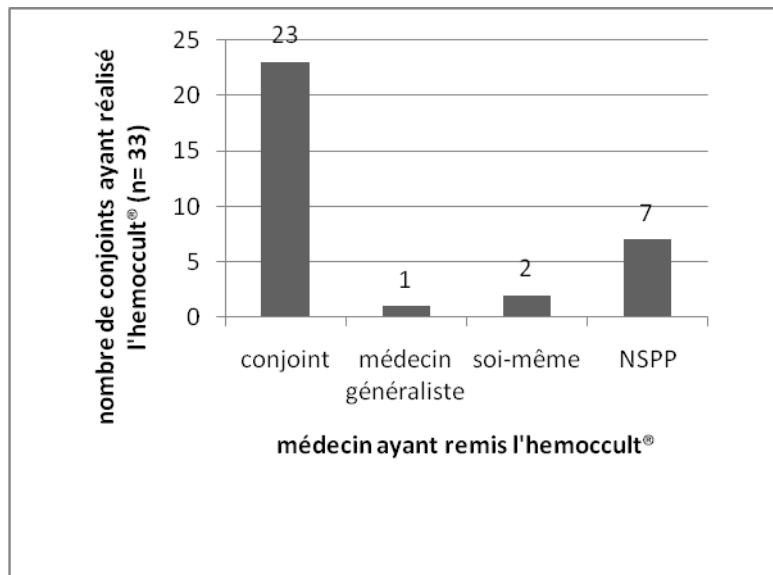


Figure 28: Médecin ayant remis l'Hemoccult® aux conjoints des médecins généralistes

Dans 70% des cas le conjoint délivre le test.

b) Les tumeurs cutanées

67% des patients déclarent ne pas avoir d'examen de contrôle des naevi.

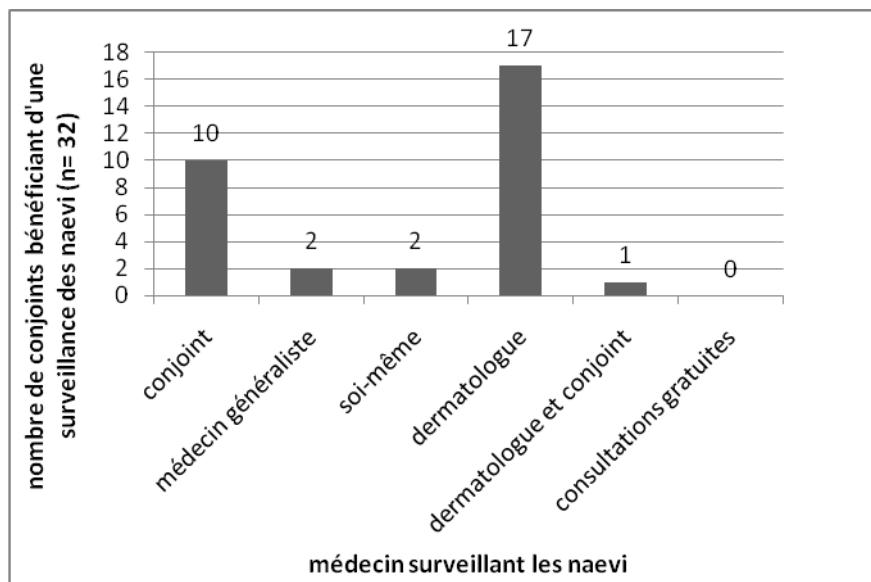


Figure 29: Mode de surveillance des naevi chez les conjoints de médecins généralistes

Chez les personnes bénéficiant d'un examen de la peau, le praticien est le plus fréquemment le dermatologue puis le conjoint-médecin.

4. La prévention des addictions

a) *Le tabagisme*

- ✓ Evaluation de la consommation de tabac des conjoints

16% des conjoints de médecin généraliste fument : 15,6% des hommes et 16% de femmes.

Un des médecins généralistes a une spécialisation en addictologie. Son conjoint ne s'est pas prononcé sur sa consommation de tabac. Un autre médecin généraliste est tabacologue, son conjoint a déclaré ne pas fumer.

Nous retrouvons 7% d'anciens fumeurs, dont 85% d'entre eux sont des femmes.

2% des conjoints n'ont pas répondu à la question.

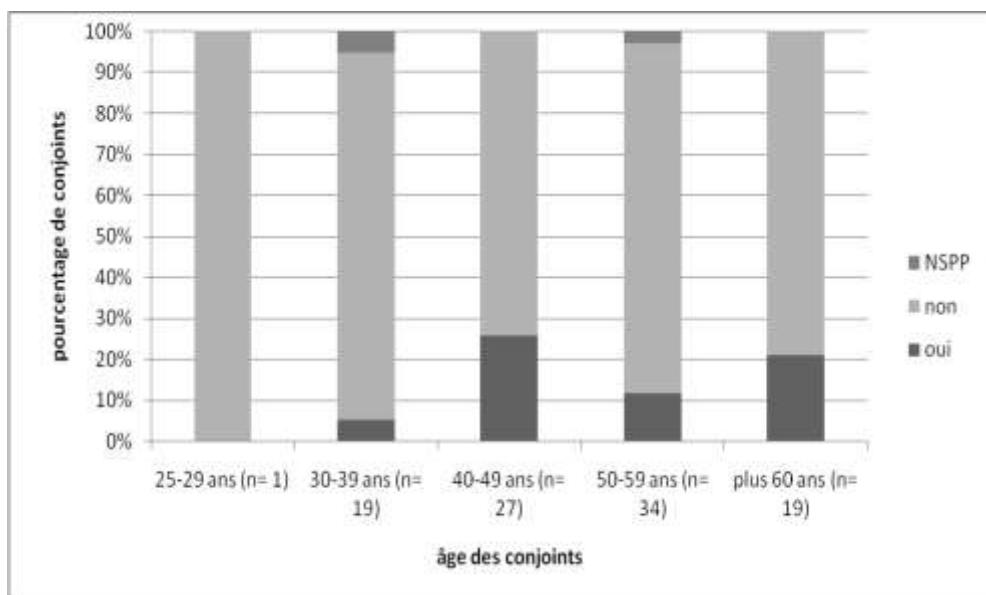


Figure 30: Pourcentage de fumeur suivant l'âge des conjoints

✓ Méthodes d'arrêt de tabac

A la question « avez vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? », 9 conjoints parmi les 16 fumeurs ont répondu oui. Ils citent différentes méthodes :

- la volonté (2),
- les patchs et gommes (3),
- la mésothérapie (1).

Les anciens fumeurs disent avoir arrêté grâce à ces différentes méthodes mais également à cause de problème de santé qu'ils ont rencontré au cours de leur vie.

b) L'alcool

- ✓ Identification des usagers à risque de consommation d'alcool

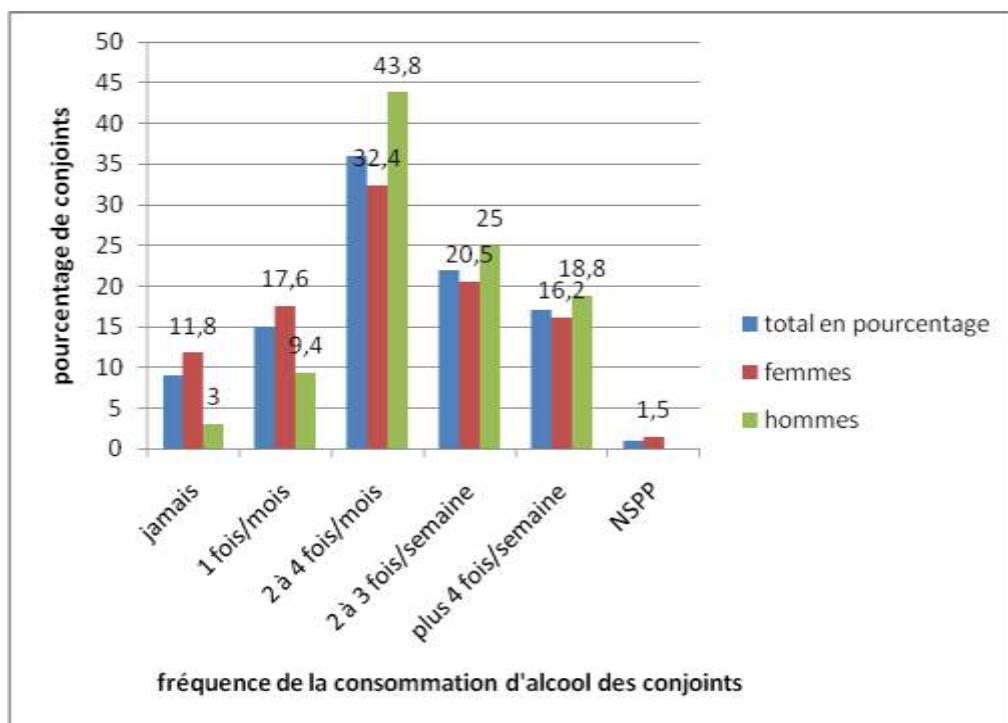


Figure 31: Fréquence de la consommation d'alcool des conjoints selon leur sexe

9% des conjoints déclarent ne boire jamais d'alcool.

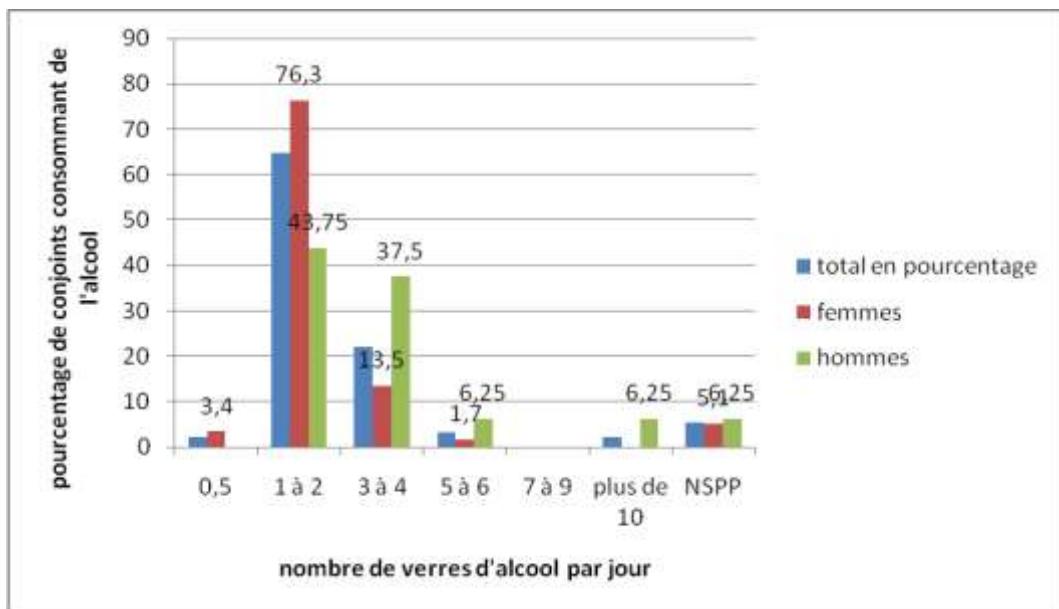


Figure 32: Nombre de verres d'alcool consommés au cours d'une journée par les conjoints selon leur sexe

65% des conjoints déclarent consommer 1 à 2 verres par jour. 6% ont une consommation très excessive, ce sont des conjoints de moins de 40 ans.

15% des femmes déclarent consommer plus de deux verres par jour.

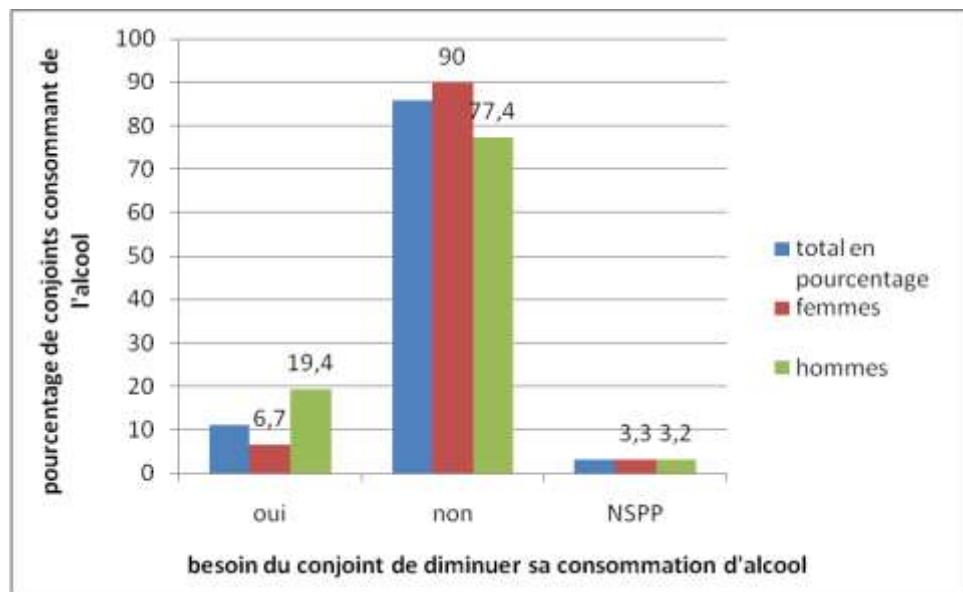


Figure 33: Ressenti par les conjoints de leur besoin de diminuer leur consommation d'alcool, selon leur sexe

A la question « avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? », 11% des conjoints répondent oui, 3,3% ne se prononcent pas et 85% disent ne pas le ressentir. Les hommes déclarent plus souvent avoir ressenti ce besoin.

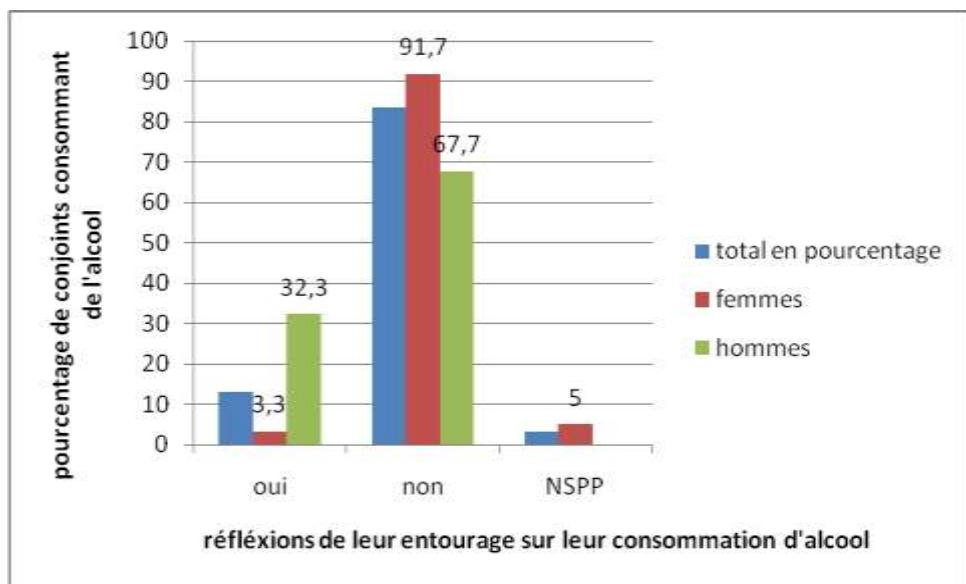


Figure 34: Pourcentage de conjoints ayant des réflexions de leur entourage sur leur consommation d'alcool, en fonction de leur sexe

Ensuite si on les interroge sur les réflexions de leur entourage sur leur consommation 13% déclarent en recevoir. 3% n'ont pas répondu à la question.

Les hommes déclarent plus souvent avoir reçu des remarques sur leur consommation d'alcool.

- ✓ Stratégies mises en place pour diminuer leur consommation d'alcool

Huit conjoints ont répondu à la question « *avez vous mis en place des démarches particulières pour diminuer votre consommation d'alcool ?* »:

- cinq conjoints déclarent ne pas avoir fait de démarche,
- un conjoint dit s'être tourné vers des consultations en alcoologie, psychiatrie,
- un conjoint déclare avoir été sous traitement antidépresseur,
- un conjoint met en avant l'abstinence.

Les hommes ont détaillé leurs démarches, les femmes n'ont pas évoqué de stratégies particulières.

5. La prévention des troubles psychologiques

a) Recours à un professionnel de santé

37% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles se tourneraient vers un professionnel de santé en cas de mal être psychologique. 61% ont déclaré qu'elles ne le feraient pas.

Enfin 2% n'ont pas répondu à la question.

Les femmes rapportent plus facilement qu'elles auraient recours à un professionnel de santé en cas de troubles psychologiques (41% vs 28%).

b) Le soignant sollicité le cas échéant

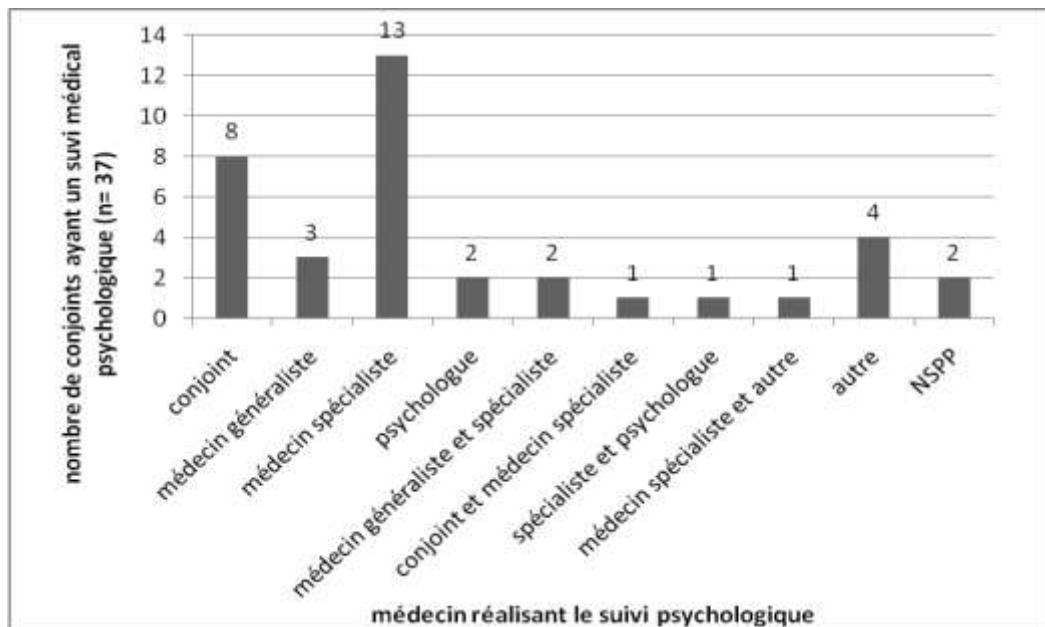


Figure 35: Médecin réalisant le suivi psychologique chez les conjoints des médecins généralistes

Parmi les conjoints de médecin généraliste ayant décrit un suivi psychologique, 35% ont déclaré qu'ils ont consulté un spécialiste, tandis que 21,5% ont sollicité leur conjoint exclusivement.

8% se sont adressés à un médecin généraliste autre. Il s'agit exclusivement des femmes.

C. La prévention de la santé des enfants des médecins généralistes

1. Description de la population des enfants de médecins généralistes

a) Nombre d'enfants par couple

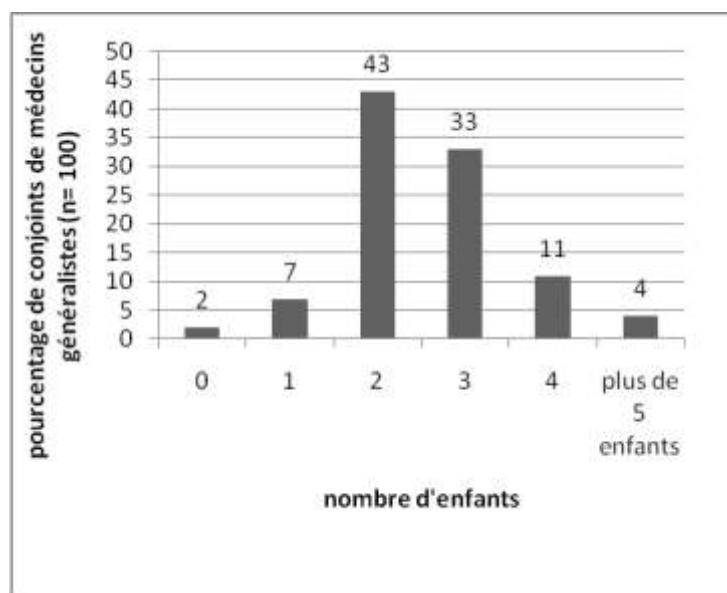


Figure 36: Nombre d'enfants par couple

b) Description de la population des enfants dont le suivi a été décrit dans ce travail :

Le questionnaire interrogeait le conjoint sur la prise en charge médicale du plus jeune enfant de chaque foyer. Deux couples n'ont pas d'enfants, deux conjoints n'ont répondu à aucune question sur leur enfant, âgé de 30 et 40 ans. Ce travail s'intéresse donc à 96 enfants dont :

- 8% ont moins de 2 ans

- 16,5% ont de 2 à 6 ans
- 30,2% ont de 6 à 16 ans
- 44,8% ont plus de 16 ans.

2. Le suivi des enfants de médecins généralistes

a) *Le médecin traitant actuel*

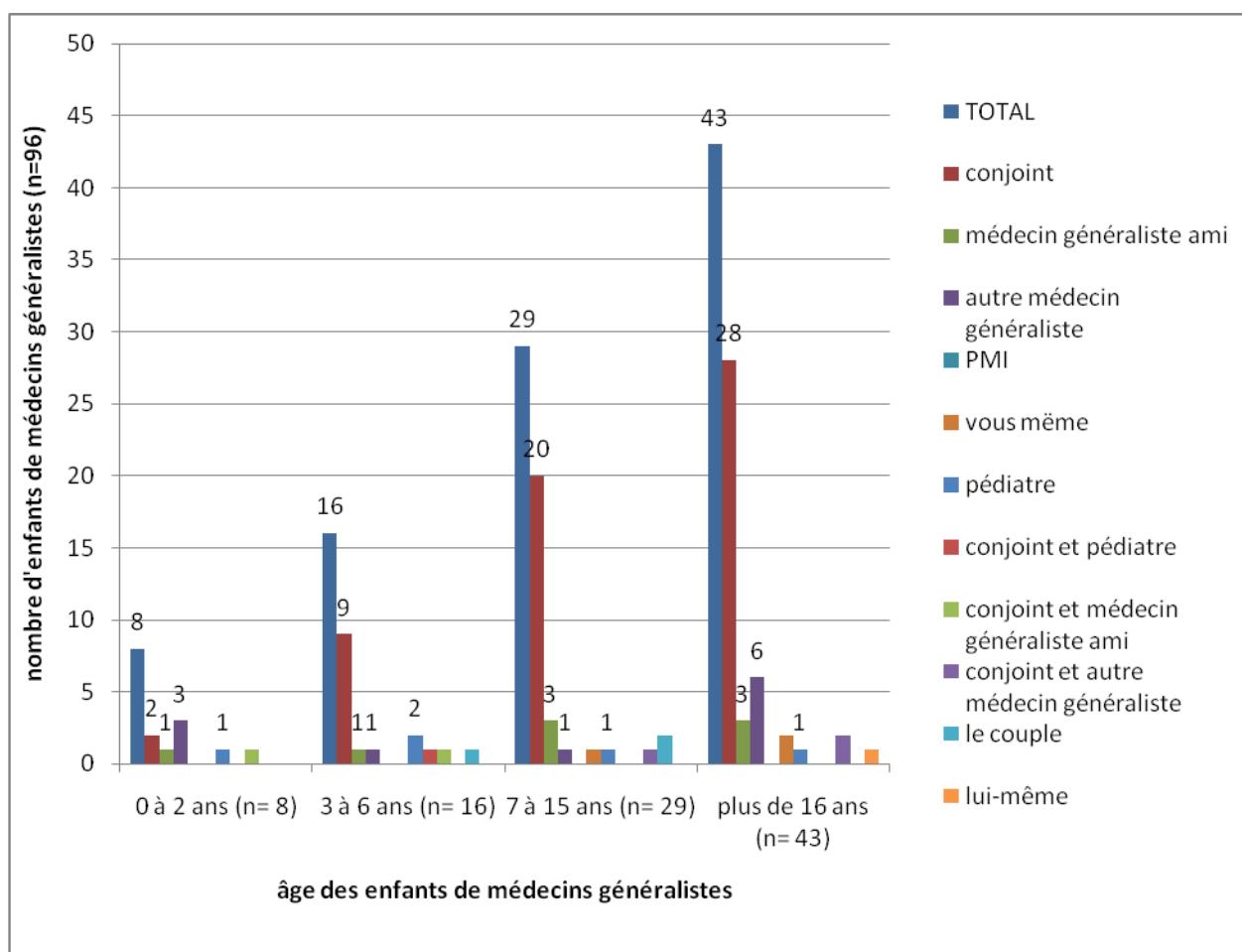


Figure 37: Médecin traitant actuel des enfants selon leur âge

61,5% des enfants sont suivis actuellement par leur propre parent. 20% des enfants ont un médecin généraliste autre, il s'agit plus fréquemment d'un médecin extérieur au cercle amical. Seuls 5% des enfants sont suivis par un pédiatre.

Les médecins masculins (64%) suivent plus souvent leurs enfants que les femmes (58%).

Les médecins ayant une formation complémentaire en pédiatrie suivent leurs enfants dans la moitié des cas seuls. Dans un quart des cas ils délèguent les soins à un autre médecin généraliste, mais pas à un pédiatre.

b) Utilisation du carnet de santé et des courbes staturo-pondérales

✓ Le carnet de santé est-il utilisé ?

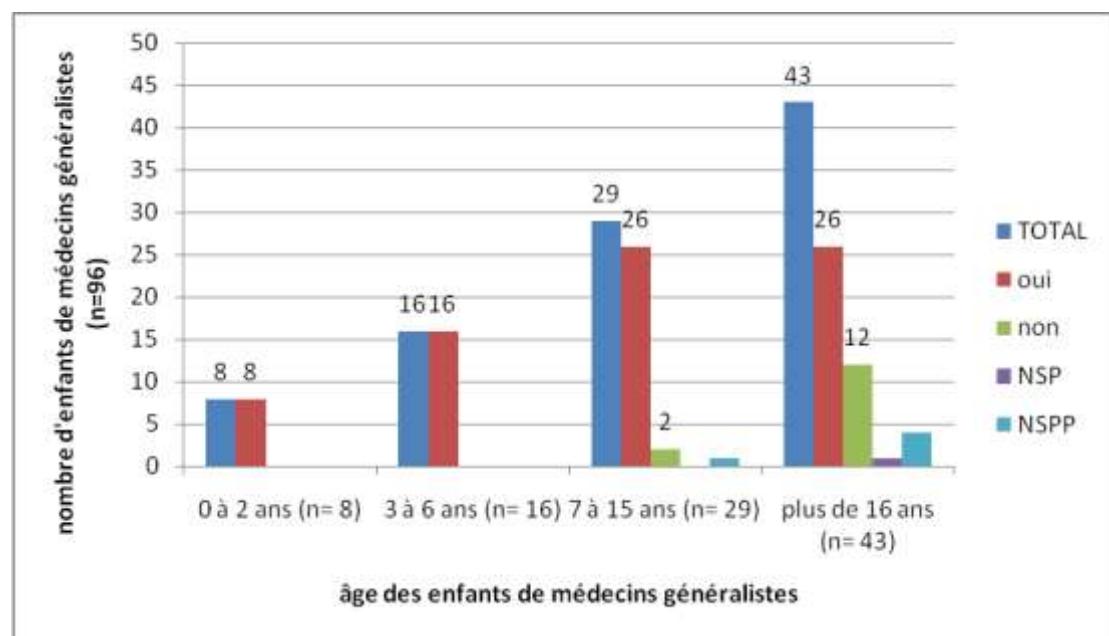


Figure 38: Utilisation du carnet de santé chez les enfants selon leur âge

Chez 79% des enfants de médecins généralistes le carnet de santé serait utilisé, tandis que ce ne serait pas le cas dans 15% des cas.

Nous constatons que 93,5% des femmes remplissent le carnet de santé alors que seuls 74% des hommes le font.

Tous les médecins ayant suivi une formation complémentaire en pédiatrie utilisent ce carnet.

- ✓ Les courbes de poids et de taille sont-elles complétées ?

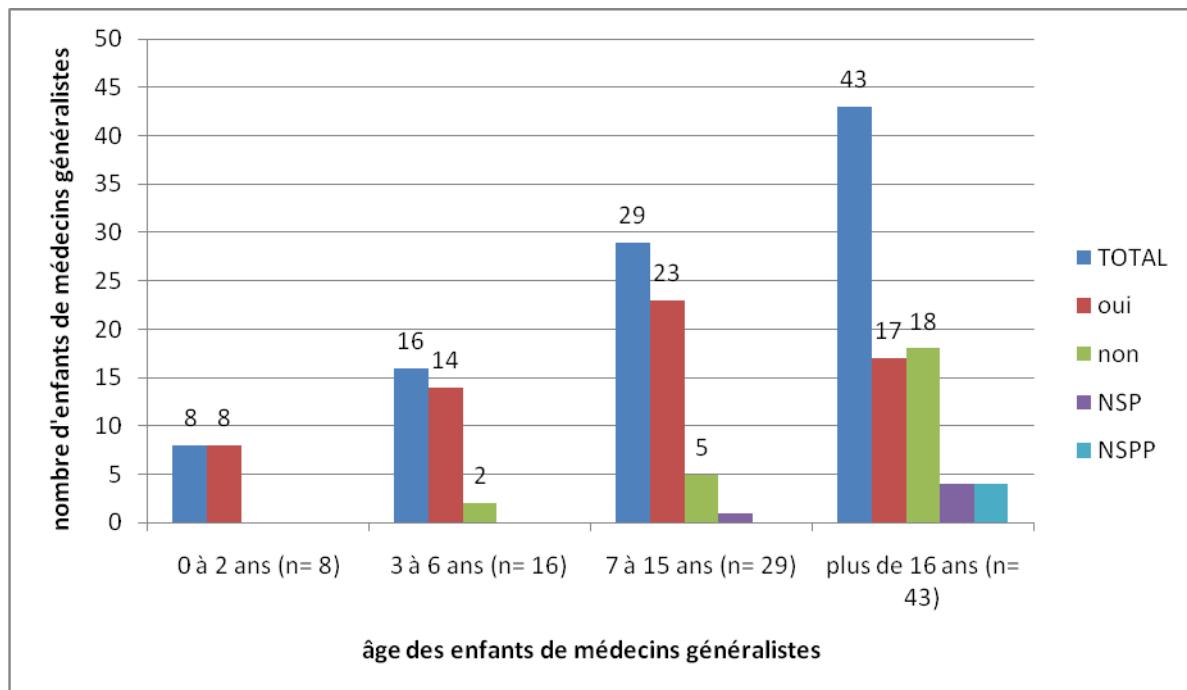


Figure 39: Réalisation de la courbe de poids et de taille chez les enfants selon leur âge

26% des enfants -tous âges confondus- n'auraient pas leur courbe staturo-pondérale à jour dans leur carnet de santé.

On observe une variation suivant l'âge : avant 2 ans elle serait faite systématiquement, mais elle ne serait remplie que dans 39,5% des cas chez les enfants de plus de 16 ans.

84% des femmes médecins font la courbe poids/taille de leur enfant alors que seulement 55% des hommes le font.

Parmi les 12 médecins ayant une formation complémentaire en pédiatrie, sept tiennent à jour les courbes.

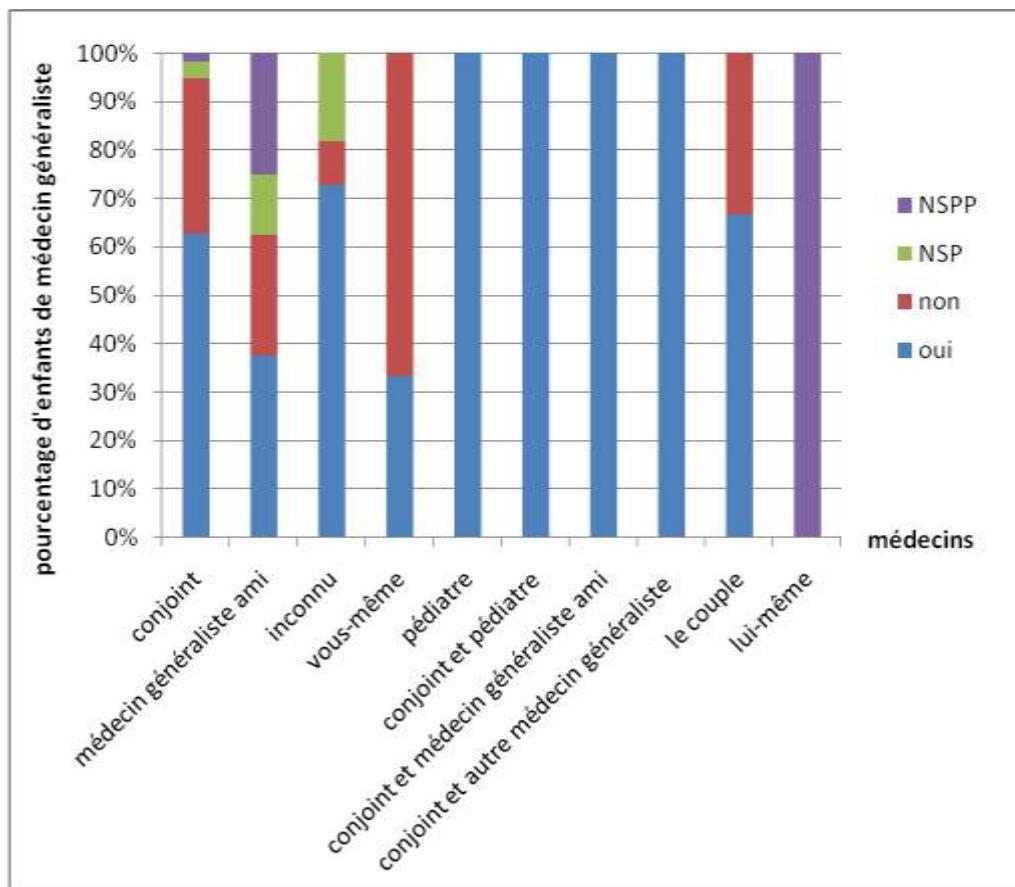


Figure 40: Réalisation des courbes de poids et de taille chez les enfants selon leur médecin traitant

Lorsque l'enfant est suivi par un de ses parents uniquement, les courbes sont mises en jour dans 61,5% des cas, alors que le pédiatre le ferait à chaque fois et un médecin généraliste inconnu dans 73% des cas.

- ✓ La courbe d'Indice de Masse Corporelle est-elle faite ?

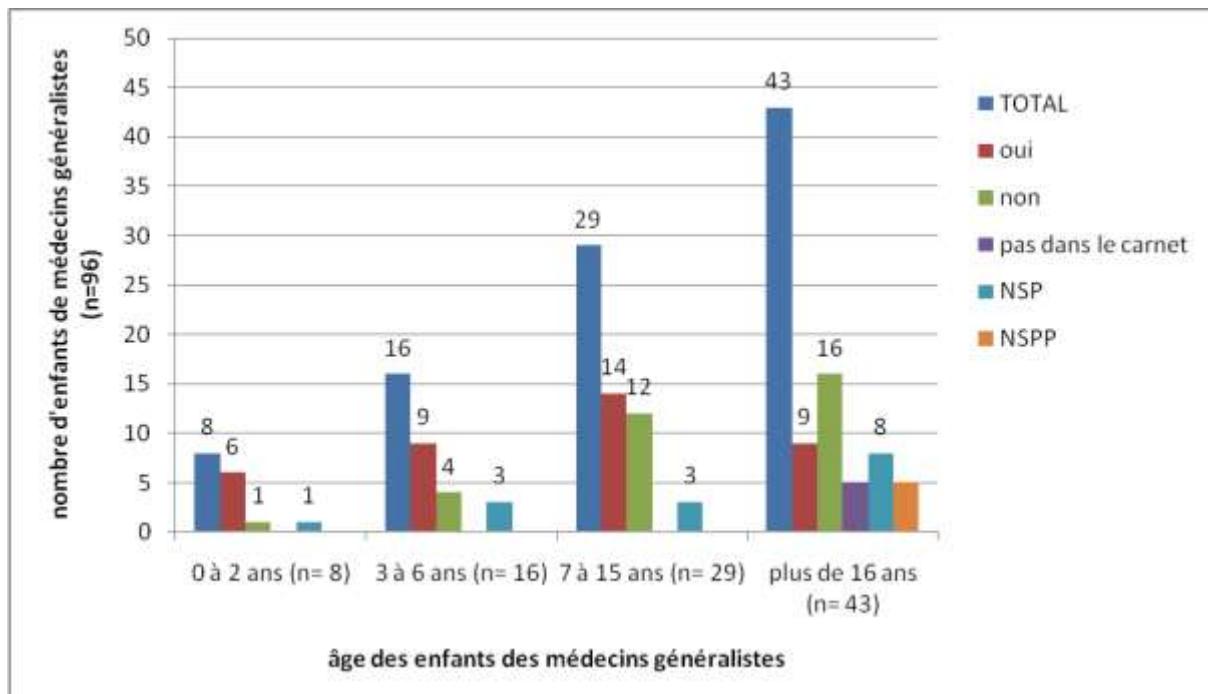


Figure 41: Réalisation de la courbe d'IMC en fonction de l'âge des enfants

La proportion d'enfants n'ayant pas un suivi de leur IMC est de 34%. Seuls 40% en ont.

Le nombre d'enfants n'ayant pas de suivi de leur IMC augmente avec l'âge.

Les femmes sont 61,5% à réaliser cette courbe, les hommes 29%.

Six médecins parmi les douze ayant une formation complémentaire en pédiatrie, font les courbes d'IMC de leur enfant.

c) **Vaccinations**

- ✓ Les vaccinations des enfants de médecins généralistes sont-elles à jour ?

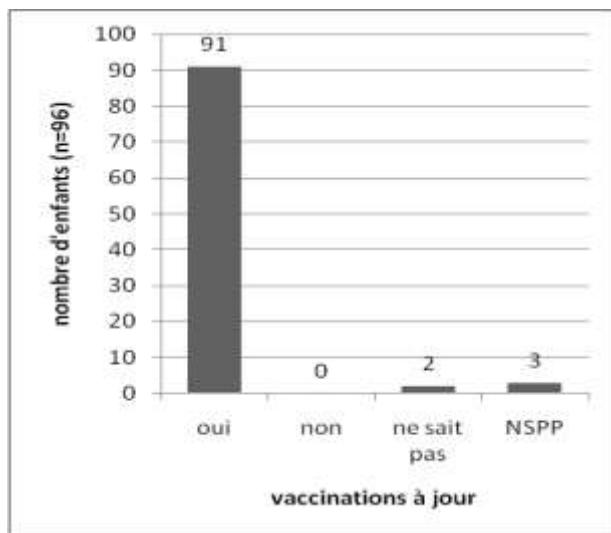


Figure 42: Proportion d'enfants de médecins généralistes ayant leurs vaccinations à jour

Dans notre étude, tous les enfants de médecin généraliste sont à jour du calendrier vaccinal. Seuls 2 conjoints de médecins déclarent ne pas connaître la vaccination de leurs enfants. Cela concerne un enfant de 12 ans suivi par le parent-médecin et un enfant de 5 ans suivi par un pédiatre.

- ✓ Par qui sont faits les vaccins chez les enfants de médecin généraliste ?

62,5% des enfants sont vaccinés par leur parent seulement. Le médecin de PMI n'est jamais sollicité pour les vaccinations, le pédiatre dans 7% des cas.

Les hommes (71%) vaccinent plus leurs enfants que les femmes (45%).

29% des femmes délèguent les vaccinations à un autre médecin généraliste qu'il soit ami ou non et 9,5% à un pédiatre.

7,5% des hommes délèguent à un autre médecin généraliste et 6% à un pédiatre.

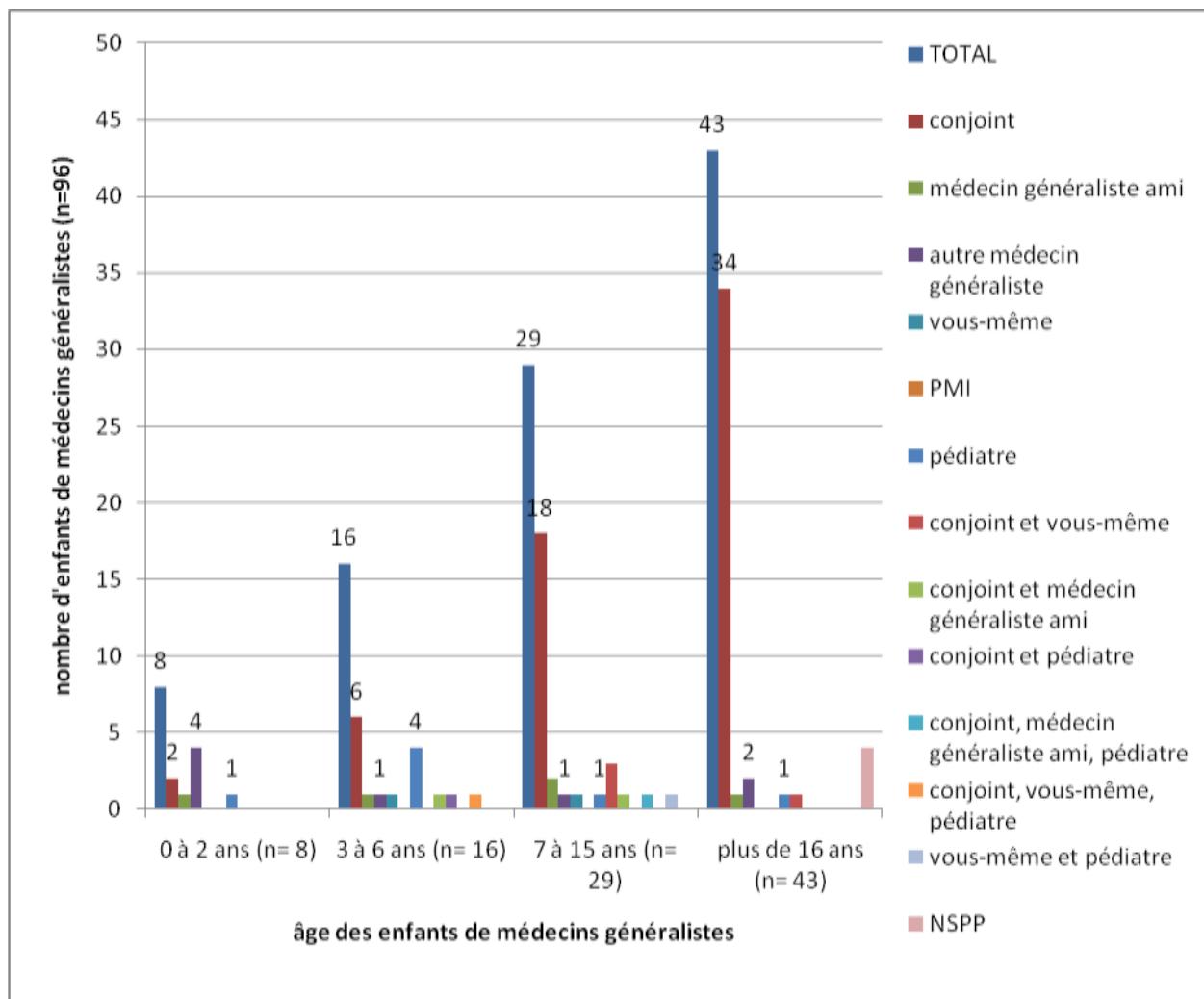


Figure 43: Médecins pratiquant la vaccination des enfants selon leur âge

Nous observons que 25% des enfants de moins de 2 ans sont vaccinés par leur parent-médecin, alors qu'ils sont 72,5% chez les plus de 7 ans. Pour les enfants de moins de 2 ans, les parents-conjoints délèguent leurs vaccinations :

- à un médecin généraliste extérieur à leur relation amicale dans 50% des cas,
- à un médecin généraliste ami dans 12,5% des cas,
- à un pédiatre dans 12,5% des cas.

Dans cette étude nous avons interrogé 23 conjoints eux aussi médecins, de sorte que le couple des parents et un couple de deux médecins. Parmi ces couples, quatre ne pratiquent pas la vaccination de leurs enfants. Ils la délèguent à un médecin généraliste ami (1), ou à un médecin généraliste autre (1), ou à un pédiatre (2).

3. Suivi des enfants de la naissance à 6 ans

a) Examens systématiques de 1 mois à 6 ans

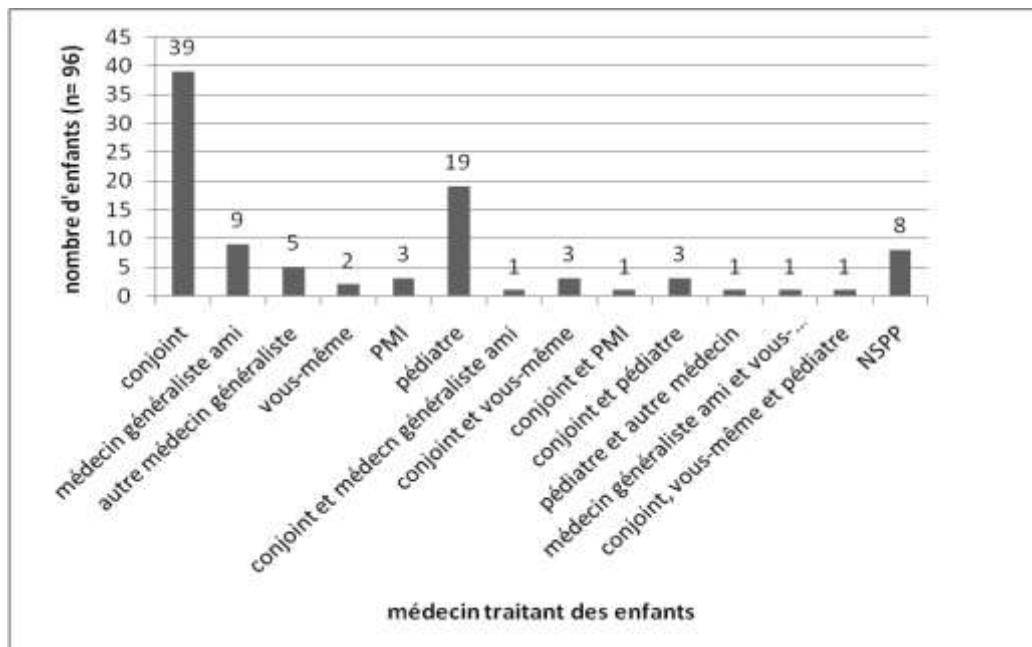


Figure 44: Réalisation des examens systématiques des enfants de médecins généralistes

Nous observons toujours un rôle important des parents-médecins dans la réalisation des examens systématiques du nourrisson. En effet 40,5% des enfants sont suivis par leur parent-médecin, viennent ensuite le pédiatre (20% des cas) puis un médecin généraliste autre (14,5% des cas), et un médecin de PMI (3% des cas).

b) Dépistage des troubles de l'audition et de la vue

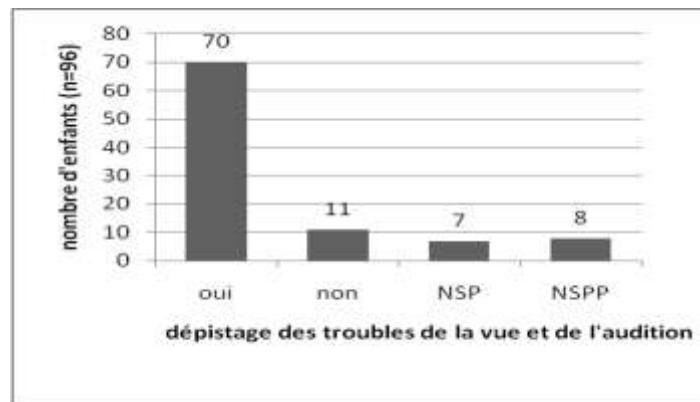


Figure 45: Réalisation du dépistage des troubles de la vue et de l'audition des enfants de médecins généralistes (n= 96)

73% des conjoints de médecin généraliste rapportent que leur enfant avait bénéficié d'un dépistage des troubles de la vue et de l'audition avant l'âge de 6 ans.

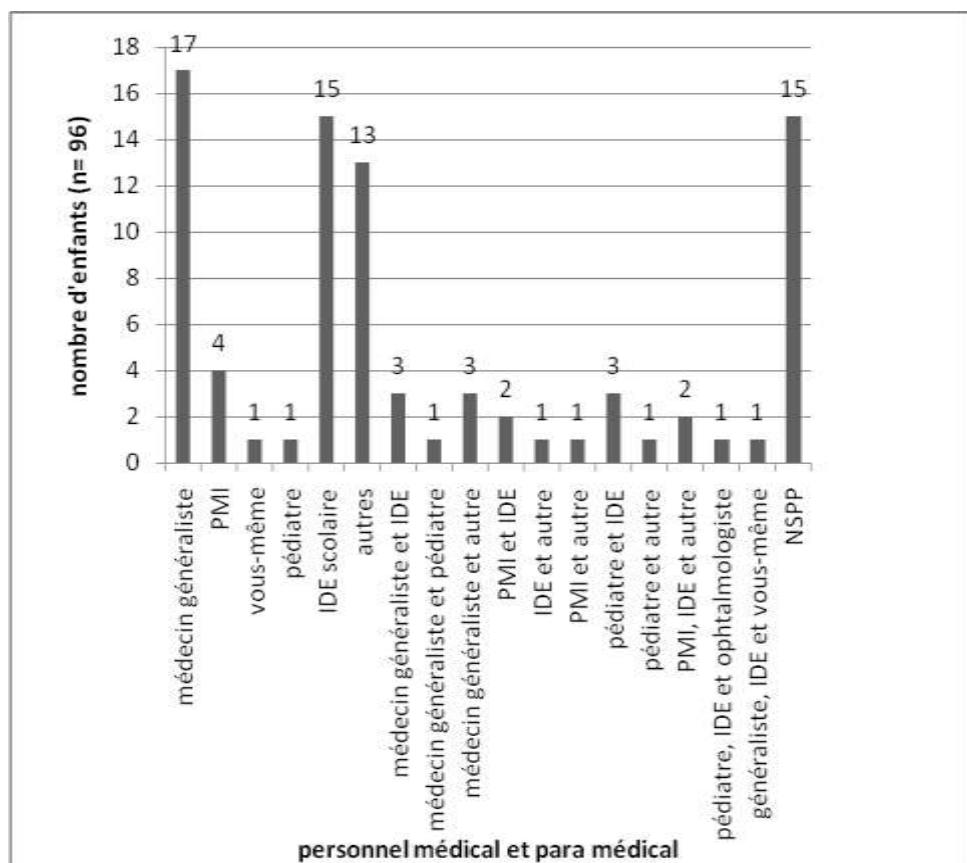


Figure 46: Personnel médical et paramédical dépistant les troubles de la vue et de l'audition chez les enfants des médecins généralistes⁵

Dans 17,5% des cas c'est le médecin généraliste qui dépiste les troubles de l'audition et de la vue, dans 15,5% c'est l'infirmière scolaire. Les autres modalités de dépistage sont représentées sur le schéma.

⁵ autres : ophtalmologue, ORL

4. Suivi des enfants de 6 à 16 ans

a) *Le dépistage de la scoliose*

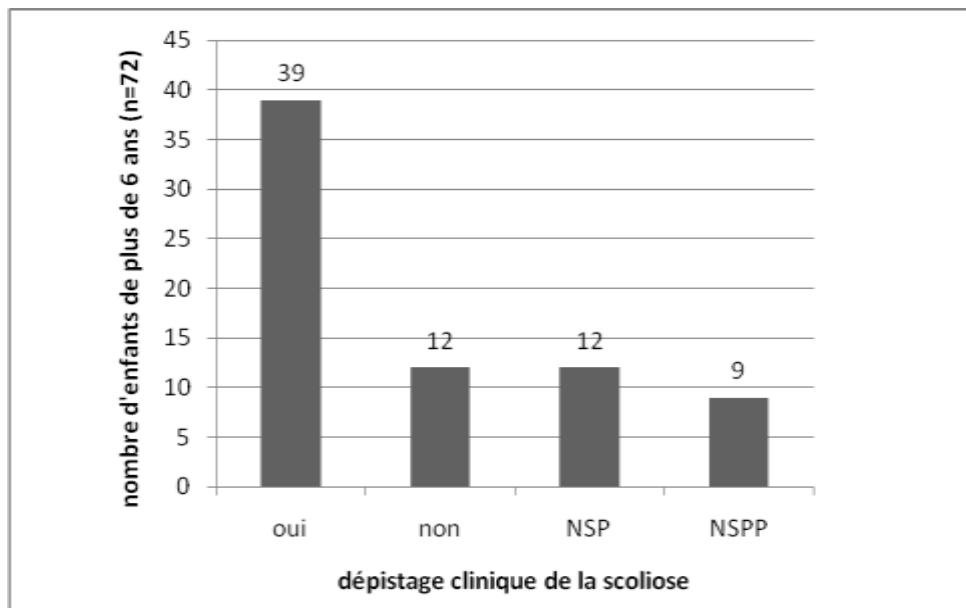


Figure 47: Dépistage clinique de la scoliose chez les enfants des médecins généralistes

La scoliose est recherchée chez les enfants de médecin généraliste dans 54% des cas. Le conjoint déclare qu'elle ne l'est pas dans 16,5% des cas.

b) *Les certificats médicaux de non contre-indication au sport*

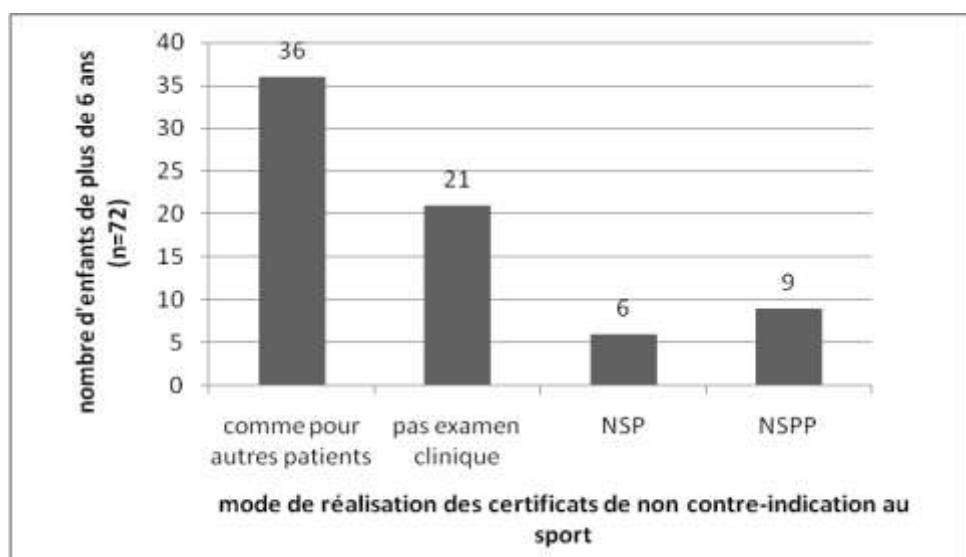


Figure 48: Mode de réalisation des certificats médicaux de non contre indication au sport

Lorsqu'ils ont besoin d'un certificat médical de non contre indication au sport, 50% des enfants de médecin généraliste de plus de 6 ans bénéficieraient du même suivi que les autres patients, le certificat étant réalisé après interrogatoire et examen clinique complet.

29% des conjoints rapportent que le certificat est délivré sans interrogatoire et examen clinique.

8% disent ne pas savoir dans quels conditions est réalisé le certificat médical, 12,5% ne se prononcent pas.

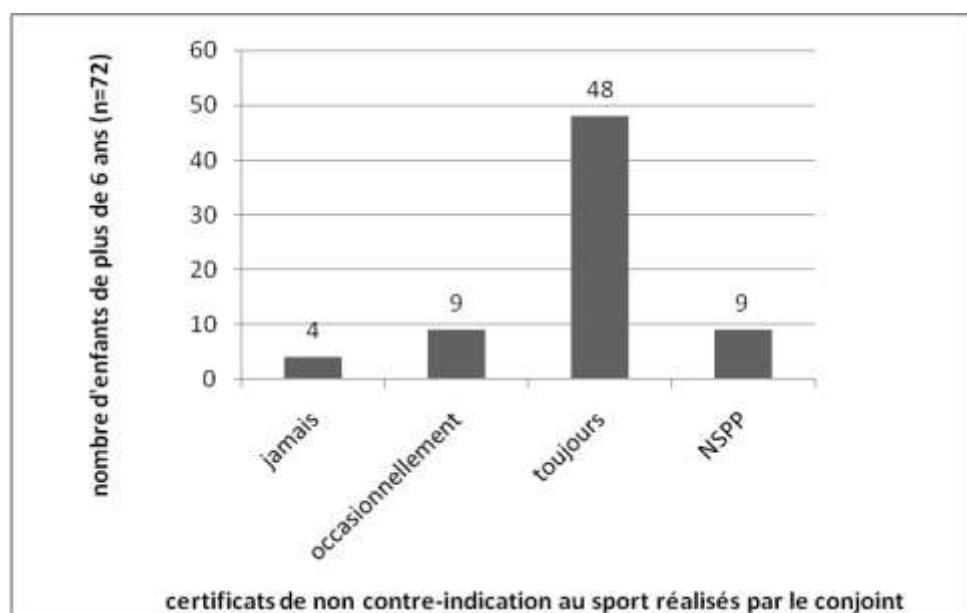


Figure 49: Réalisation des certificats médicaux par le conjoint-médecin

Ces certificats sont effectués toujours par le parent dans 66,5% des cas.

En comparant les résultats, sur les 21 cas de certificats de non contre indication au sport réalisés sans examen clinique préalable, 16 sont toujours signés par le parent, soit 76%.

5. Suivi des enfants après 16 ans

a) *Le dépistage des addictions, IST, sexualité*

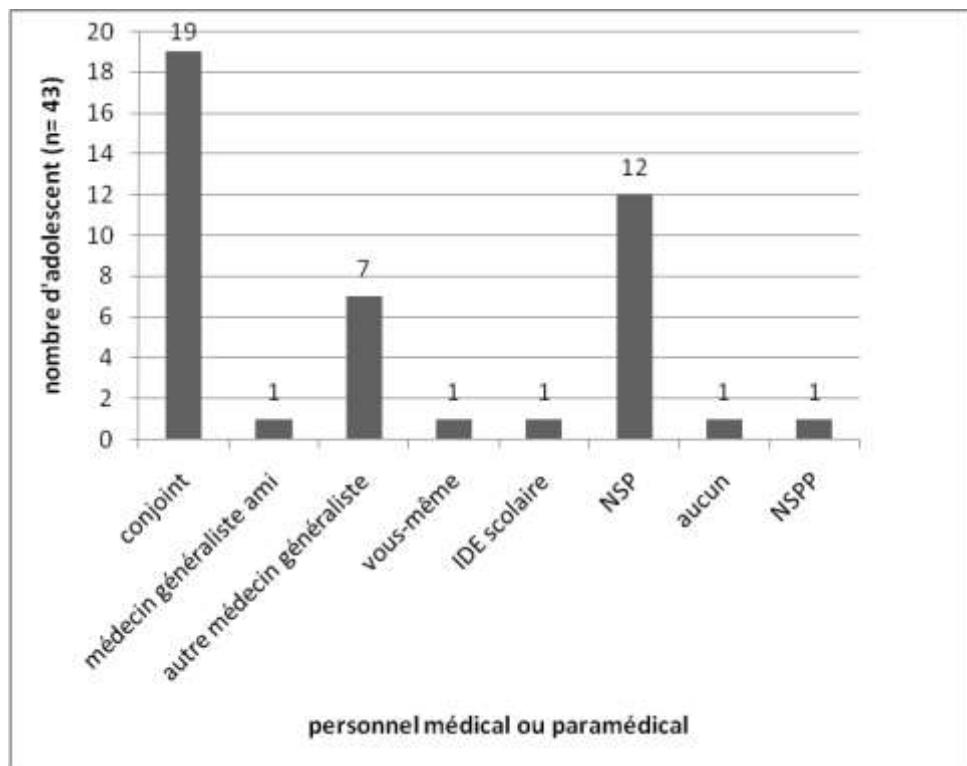


Figure 50: Médecins vers qui se tournent les adolescents pour discuter des addictions, IST ou de la sexualité

Dans notre étude, 43 enfants ont plus de 16 ans. Ceux-ci se tournent préférentiellement vers leur parent-médecin pour discuter des problèmes d'addiction, de sexualité, d'IST. Un conjoint de médecin déclare que ses enfants ne se tournent pas vers un professionnel de santé pour ces problèmes là : « *les thèmes sont abordés en famille, mais pas dans un cadre purement médical* ».

Nous notons également que 16,5% des enfants profitent de consultations chez un médecin généraliste extérieur à l'entourage familial pour en discuter.

b) La prescription de la première contraception chez la jeune fille

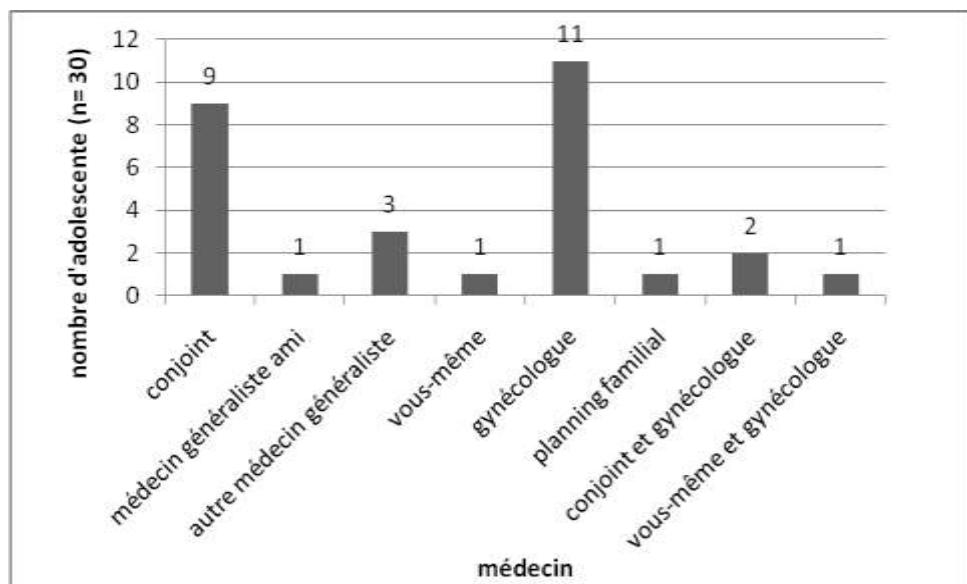


Figure 51: Médecin prescrivant la contraception pour la première fois aux adolescentes des médecins généralistes

La prescription de la première contraception chez la jeune fille est effectuée majoritairement par un gynécologue (37%), puis le conjoint (30%), puis un médecin extérieur à l'entourage familial (10%).

c) Le médecin traitant déclaré⁶

74,5% des enfants de médecin généraliste de plus de 16 ans ont déclaré un de leurs parents comme médecin traitant.

16% ont déclaré un autre médecin.

Un enfant n'aurait pas déclaré de médecin au moment de l'enquête.

⁶ la déclaration de médecin traitant se fait à 16 ans

D. Une prise en charge particulière ?

A la fin du questionnaire nous avons demandé au conjoint s'ils pensaient bénéficier d'une prise en charge médicale particulière sur le plan de la prévention en tant que conjoint de médecin généraliste. 54 personnes ont répondu oui.

Pour certains conjoints interrogés, le suivi est meilleur. Les raisons données sont premièrement une information plus complète :

- (80) *meilleurs informations médicales, réactivité théorique plus rapide. Les cordonniers ne sont pas toujours les plus mal chaussés.*

De plus le conjoint souligne que leurs médecins-conjoints apportent des conseils au quotidien notamment au niveau de l'hygiène de vie à leur famille:

- (76) *sport et nutrition* ;
- (65) *sommeil, addictions*.

Le conjoint est également sensible à l'attention que porte son médecin-conjoint sur lui et ses enfants, cela les rassurent :

- (82) *oui, l'œil bienveillant de mon épouse* ;
- (65) *j'ai toujours trouvé confortable et sécurisant d'avoir un mari médecin*.

Enfin certains conjoints ressentent cette information de prévention par leur médecin-conjoint trop insistante, par rapport à celle que reçoivent les autres patients :

- (59) *oui ! de l'information- un peu lourde parfois.*

Pour d'autres conjoints le suivi en terme de prévention est moins bien réalisé que pour celui des patients du cabinet. Les causes avancées sont multiples, les conjoints parlent d'abord du manque de temps de leur médecin-conjoint :

- (98) *oui car je pense que je me repose trop sur lui et qu'il n'a pas forcément le temps de faire de la prévention* ;
- (17) *le suivi d'un médecin et de sa famille est inférieur au suivi des autres citoyens. Les consultations médicales des membres de la famille sont beaucoup moins nombreuses que pour les citoyens. Donc suivi probablement insuffisant parfois.*

De plus, ils expriment un sentiment de non prise en charge globale de leur santé :

- (28) *non, la prévention même si elle est évoquée régulièrement ne prend pas la place qu'elle devrait avoir dans le cadre d'un suivi de santé classique. D'une façon générale la place du médecin traitant en dehors de la famille me paraît être une meilleure approche de la santé et de l'individu dans sa globalité* ;
- (66) *le médecin ne voit pas son « conjoint-patient » dans la globalité.*

Par ailleurs les conjoints ont parfois des difficultés à exprimer leur ressenti avec leur médecin-conjoint, ce qui entrave la relation de confiance et la prise en charge médicale :

- (41) *pas plus voir plutôt moins, difficultés à s'exprimer auprès des médecins que l'on connaît* ;
- (66) *la relation de soins est faussée par la proximité affective des conjoints.*

Enfin un des conjoints met en avant la négligence qu'elle peut avoir par rapport à un conseil médical donné par son médecin-conjoint :

- (98) *s'il me conseille un dépistage ou un examen, j'ai tendance à attendre, à « laisser traîner » ...ce qui n'est pas une bonne chose !*

Et un des conjoints met en évidence le fait que c'est parfois lui qui donne des conseils de prévention au médecin :

- (66) *il est parfois cocasse de constater que c'est le "conjoint-patient" qui parle de prévention à son "conjoint-médecin" pas toujours à l'écoute de sa propre santé.*

Pour conclure, un des conjoints déclare :

- (55) *dans ma fac, on dit (dixit le doyen: ancien président CNOM national), soigner les autres comme s'ils étaient de la famille, mais ne jamais soigner la famille, mais théorie et pratique...*

IV. DISCUSSION

A. *Discussion de la méthode*

1. Participation et organisation

Le taux de réponse à notre étude est de 51%. Cette participation est plutôt satisfaisante ce qui montre l'intérêt qu'ont porté les conjoints de médecins généralistes à ce sujet. Nous avions souhaité interroger les conjoints pour avoir un meilleur reflet de la prise en charge de leur prévention et pour avoir plus de réponses. En effet ils sont moins sollicités que les médecins généralistes pour les questionnaires de thèse et sont peut être plus disponibles. Mais la difficulté majeure a été de prendre contact avec eux. Nous avions pensé à appeler préalablement les médecins généralistes afin de leur demander leur adresse personnelle. Cela nous aurait permis d'envoyer le questionnaire au domicile pour que le conjoint l'ait directement, sans passer par le cabinet médical. Mais l'intermédiaire du médecin généraliste nous permettait d'être moins intrusif auprès du conjoint.

De plus parmi les quatres médecins que nous n'avons pas pu relancer certains n'avaient peut être pas de conjoint.

2. Population des enquêtés

Concernant le suivi des enfants des médecins généralistes, l'avis direct des enfants, en âge de répondre, aurait permis d'être plus objectif. D'ailleurs deux conjoints suggèrent dans les questions ouvertes de l'étude d'interroger les enfants. Le problème était encore de pouvoir avoir un contact avec eux. Il aurait fallu cibler l'âge des enfants interrogés pour qu'il n'y ait pas de difficultés de compréhension : adolescents ou jeunes adultes. La sélection de cette population semble difficilement réalisable. Nous avons préféré prendre l'avis du conjoint pour obtenir un regard extérieur sur le suivi des enfants, connaître leur prise en charge quelque soit leur âge. Surtout en terme de méthode il semblait difficile d'avoir plusieurs interlocuteurs.

3. Les limites d'un travail de questionnaire

Il s'agit de réponses déclaratives et non un recueil de données objectives comme une mesure de tension artérielle. Les conjoints peuvent sous évaluer certaines réponses.

Cette étude permet d'avoir quelques données quantitatives mais n'explorait pas en tant que tel le ressenti des conjoints sur leur suivi. Seules les deux dernières questions ouvertes laissent libre champ au conjoint pour s'exprimer.

4. Difficulté de rédaction des questions

Certaines questions n'ont reçu que peu de réponse de la part des conjoints. Ils ne se sont pas tous prononcés en ce qui concerne les addictions, les troubles psychologiques ou le changement de gynécologue à une prochaine grossesse. Les problèmes d'addictions ou psychologiques sont difficiles à aborder. Les questions étaient peut être mal posées, ou les conjoints n'avaient simplement pas envie de s'exprimer sur ces sujets. La difficulté était de poser les questions sans être trop intrusif.

Pour le suivi des enfants, l'analyse a été rendue difficile par la possibilité de réponses multiples aux questions. En effet les examens cliniques pouvaient être réalisés par différents médecins selon l'âge de l'enfant.

B. Représentativité de l'échantillon

1. Population des conjoints

Parmi les 100 réponses de la part des conjoints, nous avons 32 hommes et 68 femmes. Cela correspond au sexe ratio des médecins généralistes (cf 2) . L'âge moyen des femmes est de 51 ans et celui des hommes de 46 ans. Ces données sont difficiles à comparer.

Par contre lorsque l'on regarde la répartition des conjoints selon leur catégories socio-professionnelles, on constate qu'elle diffère totalement de celle de la population générale exposée dans le rapport de l'INSEE en 2008: 54% des conjoints sont cadres et professions intellectuels supérieurs (vs 8,7), 17% sont sans activité (vs 13,8%), seuls 1% sont artisans (vs 3,3%) et il n'y a pas d'ouvriers (vs 13,8%).

Les médecins généralistes se mettent donc plus en couple avec d'autres cadres et professions intellectuelles supérieures que la population générale. Nous retrouvons cette donnée dans l'enquête Emploi 1990-2004 [36] où 41,5% des conjoints de médecins généralistes appartiennent à cette catégorie. Plus précisément 17% sont eux-mêmes des médecins (vs 23% dans notre étude). Cette « homogamie professionnelle » est sensiblement supérieure à celle observée dans d'autres professions comme avocats ou journalistes mais aussi pharmaciens ou dentistes.

Enfin, comme pour la population générale on retrouve que les familles comportant 2 à 3 enfants sont majoritaires (76%). Le taux de natalité est de 12,7% avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 199,00 en 2009 en France selon l'INSEE. De plus ces données coincident avec l'étude de B. Joffre Berthome [28] où le nombre moyen d'enfants par couple est de 2,6.

2. Population des médecins généralistes sélectionnés dans l'enquête

En ce qui concerne la population de médecins étudiée dans notre enquête, elle est proche de celle des Pays de la Loire décrite par l'ORS et l'URCAM dans une étude en 2007 [35]. Nous avons seulement plus de femmes médecins qui sont jeunes et plus d'hommes de plus de 60 ans. Leur lieu d'exercice est semblable: 71% travaillent en milieu urbain et 21% vs 28% en milieu rural. Ils exercent en association dans 73% des cas, avec des médecins généralistes de façon majoritaire. En ce qui concerne les formations complémentaires, ils sont autant à en avoir fait une. Dans notre étude, la médecine du sport vient en premier puis la pédiatrie et enfin la gériatrie.

C. Analyse des résultats

Depuis 2006 nous sommes tenus de déclarer un médecin traitant auprès de la CPAM à partir de l'âge de 16 ans [37]. Ce peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

Parmi les conjoints de médecins généralistes **87%** ont déclaré un médecin traitant. Ce taux est identique à celui de la population générale : en France métropolitaine d'après la CNAMTS, le taux d'adhésion au dispositif du médecin traitant déclaré est de **87,99% en 2009**.

Les conjoints de médecins généralistes déclarent de façon majoritaire leur époux (74%), ils sont d'ailleurs plus nombreux que dans les études précédentes où 48% des conjoints choisissent leur partenaire comme médecin traitant [27]. Ce sont plus fréquemment les femmes qui déclarent leur époux comme médecin traitant, résultat concordant avec celui des thèses précédentes (76,5% vs 68%). Les raisons de ce choix sont la confiance dans leur partenaire et la facilité d'accès aux soins comme cités dans les dernières questions ouvertes.

Les enfants eux ne sont pas soumis au parcours de soins, les parents ont libre choix du médecin qui suit leurs enfants. Ce peut être un médecin généraliste ou un pédiatre, exerçant au cabinet ou en PMI.

Dans notre étude, **61,5%** des enfants de médecins généralistes sont suivis exclusivement par leur parent. Nous retrouvons cette donnée dans les différentes thèses à ce sujet. B. Joffre Berthome, qui a réalisé sa thèse sur « *Quel médecin pour les enfants des médecins généralistes ?* » en 2001 [28], montre que parmi les 186 médecins généralistes interrogés 34% d'entre eux déclarent s'occuper totalement de la santé de leurs enfants, 41% principalement et 23% occasionnellement. Dans son étude **70%** des enfants sont pris en charge par leur parent-médecin, **10%** par un autre médecin généraliste, **8%** par un pédiatre et **12%** par différents médecins. V. Vallerend a elle mis en avant dans sa thèse [33] que plus de la moitié des médecins interrogés se considéraient comme médecin traitant de leur enfant, le taux décroît de façon proportionnelle à l'augmentation de l'âge des enfants.

Mais que ce soit pour les enfants ou le conjoint du médecin généraliste cette prise en charge n'est pas neutre et notre travail va le montrer.

1. Un meilleur suivi préventif chez les proches des médecins généralistes

Nous constatons à travers notre étude qu'avoir un médecin généraliste dans sa famille proche permet d'être mieux informé et sensibilisé sur certains points de la prévention tels l'hygiène de vie, les vaccinations, le dépistage des cancers.

a) *Hygiène de vie*

✓ Le surpoids, l'obésité

La corpulence des conjoints des médecins généralistes apparaît nettement inférieure à la population générale.

L'enquête ObEpi [38] est une étude épidémiologique qui depuis 1997 évalue la progression du surpoids et de l'obésité en France. En 2009 on dénombre **14,5%** des français obèses (vs **2%** de conjoints) et **31,9%** en surpoids (vs **18%** de conjoints). La prévalence de l'obésité augmente dans toutes les catégories socioprofessionnelles en 2009 mais à des vitesses inégales: son augmentation relative est importante chez les inactifs (106,6 % depuis 1997), les agriculteurs (94,6 %), les employés (88,5 %) et les ouvriers (82%) ; elle est la plus faible chez les cadres (37,9 %). Or 54% de notre population sont cadres ou professions intellectuelles supérieures, population la moins touchée par l'obésité. Cela peut expliquer notre résultat. Mais on peut aussi émettre l'hypothèse que la présence d'un médecin dans le cercle familial joue un rôle positif. Le médecin est sensé appliquer les conseils nutritionnels qu'il délivre et sa famille en est d'autant plus à l'écoute.

✓ L'activité physique

57% des conjoints des médecins généralistes déclarent pratiquer au moins une activité sportive par semaine, ce qui est mieux que la population française.

En effet, le score IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) est utilisé par l'INPES dans son rapport en avril 2008, « *Les français sont-ils égaux face à la prévention ? résultats approfondis du baromètre santé 2005* » [39] pour évaluer la pratique de l'activité

physique des français. Moins de la moitié des 15-74 ans (**45,7%**) a une activité physique favorable à la santé, les hommes étant plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique. Plus le niveau de diplôme est élevé, moins les personnes interrogées déclarent avoir une activité physique adaptée. De même, en 2010, l'INPES a mis en évidence dans *le baromètre santé nutrition 2008* [40] que lors d'une semaine habituelle, seulement 42,5% des français de 15 à 75 ans atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé.

Malgré leur catégorie socioprofessionnelle les conjoints pratiquent donc plus de sport que la population générale. Peut être utilisent-ils plus leur temps libre à la pratique du sport qu'à la sédentarité, sur conseil de leur parent-médecin.

✓ Le tabac

Dans notre étude, il y a presque deux fois moins de fumeurs chez les conjoints que dans la population générale. Selon le Baromètre santé 2005 [39] **29,9%** des français de 12 à 75 ans déclarent fumer (vs **16%** de conjoints). De même dans les Pays de la Loire 23% des ligériens de 15 à 75 ans déclarent fumer [41]. Le tabagisme reste une pratique plutôt masculine concernant 33,3% des hommes et 26,5% des femmes. Parmi les conjoints par contre il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

De plus il est connu [39] que les plus diplômés sont les moins fumeurs et que la vie en couple protégerait du tabagisme. Les conjoints des médecins généralistes sont majoritairement des cadres et professions intellectuels supérieurs et tous ceux interrogés sont en couple.

Mais ce pourcentage bas de fumeurs peut aussi faire penser que le conjoint-médecin généraliste fait passer des messages de prévention par rapport au tabagisme dans sa famille et incite à ne pas fumer.

Par contre notre résultat peut être biaisé par le fait que la population interrogée a entre 29 et 65 ans, elle ne prend pas en compte les jeunes de 12 à 30 ans qui fument également souvent.

✓ L'alcool

Afin de repérer l'usage à risque de l'alcool il est recommandé d'effectuer en consultation régulièrement une anamnèse portant sur la quantité et la fréquence moyenne

hebdomadaire de la consommation d'alcool : nombre d'occasion par semaine et nombre de verre par occasion [42]. L'OMS défini les usagers à risque à l'aide des seuils suivants :

- Plus de 3 verres par jour chez l'homme
- Plus de 2 verres par jour chez la femme

Sans jamais dépasser 4 verres lors d'une consommation ponctuelle.

Dans notre étude nous observons que **9%** des conjoints ne consomme pas d'alcool, plus des femmes (12%) que des hommes (3%). Ce taux reflète celui de la population générale puisque selon le Baromètre santé 2005 [43], **8,4%** des personnes de 12 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées. Ensuite **51%** consomment au moins une fois par mois (contre 38,4%), et **22%** au moins une fois par semaine (contre 32,4%).

Au niveau de la quantité, les hommes en France consomment en moyenne 2,6 verres par jour et les femmes 1,8 verres [43]. Dans notre étude, 65% en consomment 1 à 2 verres par jour, soit 76,5% des femmes et 43,5% des hommes. Ils sont 37,5% à boire 3 à 4 verres par jour. La majorité des conjoints des médecins généralistes n'a donc pas une consommation à risque en termes de quantité d'alcool par jour ni de fréquence.

b) Les vaccinations

✓ Chez les conjoints

La couverture vaccinale antitétanique des conjoints est meilleure que celle de la population générale (**79% vs 62,3%**). En effet selon l'enquête Santé et Protection Sociale menée par le CREDES/IRDES en 2002 en France métropolitaine 62,3% des personnes interrogées déclarent avoir été vaccinées contre le tétanos depuis moins de 10 ans et 71,2% depuis moins de 15 ans [44]. Les personnes les moins couvertes étaient les femmes, les personnes de plus de 65 ans, ainsi que les personnes dont le niveau d'étude était bas, celles qui n'avaient pas de couverture médicale complémentaire ou qui vivaient dans une famille à faible niveau de revenus et enfin les ouvriers non qualifiés, les agriculteurs, les artisans-commerçants. Dans notre étude ce ne sont également que des femmes qui n'ont pas leur vaccination à jour, deux de moins de 40 ans et sept de plus de 50 ans.

La vaccination est réalisée dans **67%** des cas par le conjoint dans notre enquête, c'est aussi l'acte le plus fréquemment apporté par le médecin à un proche selon la thèse de F.

Castéra [30], probablement car il s'agit d'un acte simple et courant de médecine générale où chez l'adulte l'affectif ne rentre pas en jeu.

✓ Chez les enfants

La couverture vaccinale des enfants de médecins généralistes apparaît meilleure que celle de la population générale : **tous** les enfants sont déclarés à jour par leur parent. De 2001 à 2004 des enquêtes ont été menées dans le milieu de scolaire chez les enfants de maternelle, CM2 et 3^{ème} [45]. Il en ressort que la couverture vaccinale est élevée jusqu'à l'adolescence, en particulier en ce qui concerne le DTPolio (80 à 96%). Pour la coqueluche la couverture avant 6 ans est satisfaisante (87 à 92%), en revanche il existe une pratique erronée lors du 2^{ème} rappel DTPolio et une couverture avec cinq doses à l'adolescence encore insuffisante. Pour la vaccination rougeole oreillons rubéole la couverture à 6 ans pour la première dose est satisfaisante (95%) mais celle de la 2^{ème} dose insuffisante (24 à 61%). Pour le vaccin contre l'hépatite B la pratique était problématique avec des couvertures très basses (33 à 42%).

Nous observons également un meilleur suivi vaccinal que lors des études précédentes sur la santé des enfants des médecins généralistes. Dans la thèse de B. Joffre Berthome [28] seul un médecin sur 186 a un enfant non vacciné. Dans une thèse intitulée « *les médecins généralistes, leur état vaccinal, celui de leurs proches et leur pratique vaccinale* » [46] on constate que chez les enfants de moins de 18 ans des médecins généralistes interrogés :

- 83% avaient leur vaccination anti-tétanique à jour
- 83% avaient leur vaccination anti poliomyélite à jour
- 82% avaient leur vaccination anti diphtérie à jour
- 72% avaient leur vaccination anti coqueluche à jour
- 73% avaient leur vaccination anti rougeole et rubéole à jour
- 71% avaient leur vaccination anti oreillon à jour.

Ces résultats étaient obtenus après vérification dans leur carnet de santé. Les médecins généralistes avaient aussi été interrogés avant vérification dans le carnet de santé et avaient sous estimés la couverture vaccinale de leurs enfants.

Par contre notre résultat correspond aux dires des conjoints des médecins généralistes. Nous ne savons pas s'ils ont vérifié dans le carnet de santé l'état vaccinal de leurs enfants ni s'ils connaissent le calendrier vaccinal. De plus nous n'avons pas interrogé les conjoints des médecins sur chaque vaccin mais nous avons posé une question globale. Il aurait été difficile

d'interpréter les résultats par rapport à l'âge des enfants et nous aurions eu des sous groupes non significatifs.

c) Le dépistage des cancers

✓ Le cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein se fait en partie grâce à la mammographie, examen faisant partie d'un programme national de dépistage organisé [47].

Dans notre étude **85%** des femmes ont déjà bénéficié d'une mammographie quelque soit leur âge.

Si on s'intéresse aux femmes de plus de 50 ans :

Dans notre étude, elles en ont **toutes** eu une dans les 2 ans précédents, elles suivent donc parfaitement bien le dépistage organisé, mieux que la population générale. En Loire Atlantique le taux de participation est de **67%** en 2008-2009, l'un des plus élevés en France [48]. De même selon le Baromètre santé 2005, **70%** des françaises de 50-74 ans ont au moins eu une mammographie qui date de moins de 2 ans [43]. Dans la population générale nous retrouvons une moins bonne adhésion au dépistage par mammographie chez les femmes après 60 ans [7, 49]. Dans notre population nous ne retrouvons pas cette donnée, mais peu de conjoints ont 60 ans révolu.

Si on s'intéresse aux femmes de moins de 50 ans :

- Il n'existe pas de dépistage organisé [50], les études n'ont pas montré d'efficacité en terme de mortalité avant 50 ans. La mammographie est moins significative chez les plus jeunes, car le tissu qui constitue la glande mammaire est encore trop dense et ne permet pas de distinguer clairement les anomalies. Il existe également des risques de faux positifs qui entraînent des interventions telles des biopsies susceptibles de donner des séquelles physiques ou psychiques. Enfin les irradiations liées à la mammographie peuvent être délétères.

- Or notre étude montre que **63%** des moins de 50 ans ont déjà bénéficié d'une mammographie et que l'âge de la première mammographie est majoritairement entre 40 et 49 ans. Nous ne savons pas dans quel cadre elles ont été pratiquées : dépistage individuel, découverte d'une anomalie à l'examen clinique, antécédent personnel ou familial de

pathologie du sein. Nous pouvons nous poser la question de la sur-prescription de la mammographie chez cette population.

- Mais une étude réalisée en 1998 par questionnaire auprès de 6409 femmes consultant les Centres d'Examens de Santé [51] permet d'éclairer cette donnée : **61%** des femmes âgées de 35 à 50 ans ont déjà eu une mammographie au moins une fois : 61,6% dans le cadre d'une dépistage systématique individuel, 14,8% sont secondaires à une anomalie découverte par la patiente, 7,4% à une anomalie découverte par le médecin et 16,2% dans la carte d'un suivi d'une anomalie préexistante. Le gynécologue est le principal prescripteur. Dans le Baromètre santé 2005, **52,3%** des moins de 50 ans ont eu une mammographie datant de moins de 2 ans [43]. Enfin dans le panel 2010 sur l'état de santé des médecins généralistes, 60% des femmes généralistes des Pays de la Loire de 40-49 ans déclarent avoir pratiqué cet examen au cours des deux dernières années [22]. Nous ne pouvons donc pas parler de sur dépistage de cancer du sein chez les conjointes de moins de 50 ans.

✓ Le cancer du col de l'utérus

Nous constatons que les conjointes de médecins généralistes bénéficient d'un meilleur dépistage du cancer du col de l'utérus que la population générale et de Loire Atlantique : **75%** des conjointes ont eu un frottis dans les trois dernières années alors que selon le baromètre 2005 de l'INPES, seules **65,3%** des femmes de 25 à 65 ans en ont fait un. De même en Loire Atlantique le pourcentage de femmes de cet âge ayant eu un frottis entre 2006 et 2008 est de **68%** [48].

✓ Le cancer de la prostate

Il n'existe de dépistage organisé du cancer de la prostate dans aucun pays. Il s'agit d'un dépistage individuel après 50 ans basé sur les signes fonctionnels, le toucher rectal, les PSA et l'information donnée aux patients sur la pertinence et les conséquences de ses examens [8]. Ce cancer atteint surtout les hommes âgés, il est rare avant 50 ans.

Les PSA sont prescrits chez 50% des conjoints de 40 à 49 ans et chez tous les hommes de plus de 60 ans. Les conjoints de médecins généralistes apparaissent donc sur dépistés pour le cancer de la prostate.

L'ensemble de ces données mettent en évidence que les conjoints des médecins généralistes bénéficient d'une meilleure prise en charge préventive que la population générale dans différents domaines. Le médecin généraliste a probablement un rôle incitateur de par ses informations et conseils qu'il délivre au sein de sa famille. Mais notre étude montre que deux versants de la relation médecin-parent vont contre une bonne prévention dans tous les domaines de la santé.

2. Difficultés de prise en charge liées à un mode de consultation informel

a) Pas de consultation au cabinet médical

Dans notre étude **73%** des conjoints ne consultent pas au cabinet médical mais probablement au domicile.

Nous retrouvons sensiblement le même résultat dans l'ensemble des thèses portant sur la prise en charge médicale de la famille du médecin généraliste. Par exemple V. Bonvalot rapporte que **70,43%** des médecins généralistes soignent leur famille en dehors du cabinet médical [52].

Cela peut s'expliquer par les circonstances de survenue des pathologies ou par l'aspect pratique de consulter chez soi. Seulement le médecin est soumis à des contraintes lorsqu'il ne consulte pas au cabinet : il n'a pas tout son matériel à disposition ni les documents professionnels ni même le dossier médical et après une journée de travail l'envie n'y est sûrement plus. Les conditions de consultation sont donc inadaptées, le médecin généraliste ne peut pas réaliser dans cet environnement un examen clinique complet. De plus la consultation est moins « contextualisée », la prise de distance entre le soignant et le soigné est plus difficile à conserver ce qui peut interférer dans le soin.

b) Pas de dossier médical, carnet de santé non toujours utilisé

Peu de conjoints déclarent avoir un dossier médical. Cette proportion est même plus faible que dans les études précédentes : **59%** des conjoints déclarent avoir un dossier médical alors que dans la thèse citée précédemment **81,7%** des médecins généralistes déclarent avoir

créé un dossier médical pour leurs proches et que presque 77% d'entre eux le tiennent à jour [52].

Une des explications réside dans le fait que nous avons interrogés directement les conjoints alors que V. Bonvalot avait questionné les médecins généralistes. Il se peut que les conjoints ne soient pas au courant que leurs conjoint-médecins leur ont créé un dossier au cabinet médical.

Mais peut être que le conjoint-médecin se considère le mieux placé pour connaître les antécédents et les pathologies de son partenaire, c'est pourquoi il ne lui crée pas de dossier. Seulement il peut y avoir des oubli et il est plus prudent de noter dans un dossier les données concernant la santé de ses proches comme pour tout autre patient. D'ailleurs l'article 45 du code de déontologie médicale [53] stipule que le dossier médical et son actualisation sont obligatoires.

Les enfants ont eux un carnet de santé qui contient les éléments d'information médicale nécessaire à leur suivi jusqu'à l'âge de 16 ans. Il fait le lien entre les professionnels de santé et les familles et délivre des repères sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, des conseils aux parents et des messages de prévention.

Dans notre étude, le carnet de santé est utilisé chez **79%** des enfants de médecins généralistes. Une partie non négligeable des enfants n'ont donc pas leur carnet de santé utilisé d'après leur parent. Nous remarquons qu'il est rempli chez tous les enfants de moins de 6 ans, puis son utilisation décroît avec l'âge des enfants. Chez les plus de 16 ans il n'est utilisé que dans 60,5% des cas ce qui est aussi logique puisqu'à l'âge adulte même dans la population générale il n'est pratiquement plus utilisé, excepté pour les vaccinations. Les hommes médecins se servent moins du carnet de santé que les femmes.

c) Surveillance staturo-pondérale et suivi d'IMC non systématique

Le carnet de santé permet de surveiller la croissance staturo-pondérale des enfants par l'intermédiaire de courbes. Le but est de dépister un retard de croissance mais aussi une perte de poids ou un surpoids. L'obésité est un problème prenant de l'ampleur en France. Selon le baromètre santé jeunes 2005 de l'ORS des Pays de la Loire, 11% des garçons de 12-25 ans et 8% des filles présentent un surpoids ou une obésité [54].

Dans notre étude la courbe poids/taille n'est pas réalisée chez **26%** des enfants de médecins généralistes. Là aussi sa réalisation décroît avec l'âge de l'enfant. Avant 2 ans elle est systématiquement faite, après 16 ans elle est suivie chez 39,5% des enfants. Pour les 65 enfants qui ont comme médecin traitant un de leurs parents, 61,5% ont leurs données biométriques à jour, alors qu'ils sont 73% lorsqu'ils sont suivis par un médecin généraliste extérieur et 100% par un pédiatre. Les hommes réalisent moins fréquemment la courbe staturo-pondérale de leur enfant que les femmes.

En ce qui concerne la courbe d'IMC, celle-ci est moins souvent complétée, et de moins en moins avec l'âge des enfants. **40%** des enfants de médecins généralistes ont une courbe d'IMC faite d'après le conjoint du médecin. Parmi les 65 enfants suivis exclusivement par l'un des deux parents, 37% ont une courbe d'IMC. Les médecins généralistes suivent moins fréquemment la courbe d'IMC pour leurs enfants que pour la population générale puisque dans une étude en Loire Atlantique en 2009 [55] la moitié des médecins généralistes déclarent faire la courbe d'IMC. Ce sont le plus souvent les femmes comme dans notre enquête.

d) Examen clinique non systématique lors des délivrances de certificats médicaux de non contre-indication au sport chez l'enfant

Le médecin généraliste intervient pour vérifier si l'état de santé de l'enfant est compatible avec la pratique du sport choisi et délivre à cet effet tous les ans un certificat de sport. Un examen clinique permet en même temps de refaire le point sur la croissance staturo-pondérale, la consultation permet aussi de vérifier les vaccinations, et le bon déroulement de la scolarité. La rédaction de ce certificat est régie par l'article L 231-2 du code du Sport [56], il engage la responsabilité du médecin.

66% des enfants de médecins généralistes sollicitent leur parent médecin pour leurs certificats médicaux de non contre-indication à la pratique du sport. Nous retrouvons ce même résultat dans les thèses précédentes comme celle de F. Castéra, où ils sont 69% [30]. Dans une autre étude, 41% les sollicitaient régulièrement et le parent-médecin y répondait positivement dans 88% des cas [26].

Nous avons essayé de mettre en évidence si ces certificats étaient réalisés après un interrogatoire et examen clinique complet comme pour un autre patient, ou réalisés sans examen clinique. Seul **50%** des enfants bénéficient d'un examen clinique complet. Sur les 21 cas de certificats de sport signés sans examen clinique, 16 sont toujours signés par le parent-médecin. Le parent n'exerce alors pas son rôle de médecin et néglige la prévention auprès de ses enfants, probablement car la consultation n'est pas contextualisée, ne se fait pas au cabinet médical.

e) Dépistage non systématique de la scoliose chez l'enfant

Le dépistage de la scoliose fait partie de l'examen préventif de l'enfant à la période pré-pubertaire et pubertaire. Il est réalisé par l'infirmière scolaire et le médecin généraliste. Le médecin généraliste la recherche d'ailleurs lors des examens pour les certificats médicaux de sport.

Il n'y a pas d'étude retrouvée à ce sujet chez les enfants de médecins généralistes ni dans la population générale. Mais d'après notre enquête, **16%** des enfants n'ont pas bénéficié de ce dépistage d'après leur parent non médecin, 16,5% disent ne pas savoir, 12,5% ne se prononcent pas. Au total seul 54% des enfants des médecins généralistes en ont bénéficié, ce qui est peu. Les examens systématiques de l'enfant en bonne santé ne sont probablement pas aussi bien réalisés que pour la population générale puisqu'ils sont souvent réalisés hors du cabinet médical et que les certificats de sports sont fréquemment faits sans examen clinique préalable.

f) Dépistage non systématique des facteurs de risque cardio-vasculaire

La tension artérielle est dépistée au moins une fois/an chez seulement **72%** des conjoints des médecins. La prise de tension artérielle est un geste fréquent en consultation donc soit le conjoint consulte peu soit la tension artérielle n'est pas prise systématiquement du fait des consultations informelles.

En effet il ressort que parmi les conjoints ne bénéficiant pas de ce suivi 90% d'entre eux ne consultent pas au cabinet médical.

De plus l’Afssaps en 2005 a actualisé les recommandations pour la prise en charge du patient dyslipidémique [57]. Un contrôle du bilan lipidique est nécessaire chez l’adulte avec par la suite des contrôles tous les 5 ans si celui-ci est normal. De même l’ANAES a publié en 2003 des recommandations relatives au dépistage du diabète [58]. La glycémie à jeun permet d’en faire le dépistage.

Chez les conjoints des médecins la surveillance du bilan lipidique et glycémique n’est réalisés tous les 5 ans que dans **75%** des cas. On s’attendrait à avoir 100% de réponse mais 20% des conjoints déclarent ne pas avoir de contrôle. Là encore nous constatons que dans 40% des cas il s’agit des conjoints qui n’ont pas de dossier médical.

g) Dépistage des cancers

✓ Le dépistage du cancer colo-rectal

51% des conjoints ayant reçu l’invitation pour le test Hemoccult® déclarent ne pas l’avoir réalisé. Sont-ils moins sensibilisés par leur conjoint-médecin sur ce test qui a été mis en place récemment ? Est-ce parce qu’il faut aller chercher le test au cabinet médical de son médecin traitant (en l’occurrence son conjoint) et qu’ils n’ont pas l’habitude d’y consulter ? Est-ce par angoisse du résultat ou simplement par négligence ?

Mais nous retrouvons à peu près ces chiffres pour la population générale car selon l’ORS des Pays de la Loire seul 37% des ligériens déclarent avoir réalisé les test Hemoccult® en 2008-2009 [48].

✓ Le dépistage du mélanome

Dans notre étude **67%** des conjoints déclarent ne pas bénéficier de suivi au plan cutané pour le dépistage des mélanomes.

Les recommandations sont pourtant de rechercher les facteurs de risque à l’interrogatoire et les critères de suspicion à l’examen clinique. Cet examen est à réaliser tous les ans chez les patients à risque [59]. La participation du patient est également importante pour un auto-dépistage et pour assurer une bonne protection solaire. Des campagnes de sensibilisation sont régulièrement mises en place mais leur impact n’est pas démontré.

Ce dépistage nécessite un examen cutané minutieux, le médecin généraliste ne prend peut être pas le temps nécessaire pour examiner ses proches.

- ✓ le dépistage des cancers gynécologiques et urologique

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, **5%** des femmes de plus de 50 ans ont fait leur première mammographie après l'âge de 50 ans. Ce taux est faible. Le dépistage par mammographie est parfaitement bien suivi, mais ne met pas en jeu une consultation chez le médecin traitant puisque la patiente reçoit son invitation à domicile et fait sa mammographie au cabinet de radiologie.

En ce qui concerne le frottis cervico-vaginal, les conjointes n'étant pas à jour sont celles de plus de 50 ans. Il est connu que le suivi préventif régulier diminue avec l'âge des patientes : plus de la moitié des femmes de 50-65 ans du département n'a pas eu de frottis remboursé sur 3 ans [60]. Les conjointes négligent donc comme la population générale la réalisation des frottis à partir d'un certain âge. Or plus les conjointes sont âgées, plus l'examinateur est le conjoint. Les consultations par le conjoint étant plus fréquemment réalisées au domicile et le dossier médical non tenu, cela peut expliquer ce résultat.

Pour le dépistage du cancer de la prostate deux conjoints sur treize bénéficient d'un toucher rectal par leurs épouses, alors qu'elles prescrivent fréquemment les PSA. Cet examen est moins bien réalisé.

Mais on peut penser qu'au delà du problème matériel et de la consultation non réalisée au cabinet médical, se pose des difficultés liées à la proximité affective entre le proche et le médecin. Cette intimité peut également entraver les soins et les démarches de prévention.

3. Difficultés de prise en charge liées à l'intimité de la relation parent-médecin

La relation médecin malade est basée sur un équilibre entre proximité et distanciation entre le médecin et le patient, elle met en jeu l'empathie, c'est-à dire la capacité de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. Cela permet au médecin de mieux comprendre le patient, le soutenir et l'aider dans la recherche de solutions face à ses difficultés. Mais la prise

de distance est nécessaire pour que le médecin soit objectif dans la prise de décision, que la relation reste une relation de soin médical.

Or cette relation est biaisée lorsque le malade est un membre de la famille : le médecin peut être mis en difficulté et le patient peut ne pas se sentir écouté. Dans différents domaines de la prévention, cela peut expliquer nos résultats :

a) Le suivi gynéco-obstétrical et urologique

✓ Suivi de grossesse

Si on se penche sur le suivi de grossesse spécifique des conjointes de médecins généralistes il y a peu d'études. V. Vallerend [33] a constaté que 71,4% des médecins généralistes n'ont jamais fait de consultation de suivi de grossesse pour leur proche, seulement **5,4%** déclarent l'avoir fait souvent. Dans notre travail le conjoint-médecin intervient dans le suivi exclusivement dans **3%** des cas et en association avec un gynécologue dans 12,3%. Ce résultat concorde donc avec celui de V. Vallerend. Ce sont les femmes les plus âgées qui se tournent plus vers leur conjoint (comme dans la population générale où il y a 20 ans les femmes se tournaient plus vers un médecin généraliste). Mais la proximité affective entre le médecin et sa femme peut expliquer ce résultat. Le médecin peut avoir peur de ne pas faire correctement le suivi et qu'il y ait des conséquences. La conjointe peut également avoir besoin d'un regard extérieur sur son suivi de grossesse.

✓ Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Dans notre étude chez **22%** des conjointes le frottis cervico-vaginal est fait par leur époux. S. Toumelin qui a réalisé des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes et leur conjoint a reçu des avis différents sur la question [29]. La plupart des femmes préféraient consulter un gynécologue souvent par volonté de dissocier le domaine professionnel de celui de l'intimité. Mais une des conjointes était suivie par son mari car elle avait confiance en lui, se sentait à l'aise et n'avait pas besoin de prendre rendez vous ni d'attendre chez le gynécologue. Les médecins-conjoints eux refusaient dans la plupart des cas ce suivi pour raison d'intimité et de responsabilité professionnelle.

Dans les autres thèses sur le sujet, l'examen gynécologique est un examen qui pose problème à 57% des médecins généralistes [26] lorsqu'il s'agit de leur conjointe. Moins de 18% des médecins généralistes réalisent le toucher vaginal, le frottis, la pose de spéculum chez leur conjointe [30], [52],[27].

La relation d'intimité est donc mise en avant par les conjointes et les médecins dans les différentes études précédentes, ce qui explique que peu de médecin le pratique chez leur proche.

✓ Le dépistage du cancer de la prostate

En ce qui concerne le toucher rectal, ce geste est peu pratiqué par les médecins généralistes chez leur conjoint comme l'atteste l'enquête de Valérie Bonvalot en 2009 [52] où seulement 14,3% des médecins le font. Comme pour l'examen gynécologique cet examen met en jeu l'intime, la pudeur.

Par conséquent sur les douze conjoints de plus de 50 ans de notre étude, deux déclarent n'avoir eu qu'un dosage des PSA sans toucher rectal préalable, ce qui n'est pas un dépistage correct.

b) Les addictions

✓ Le tabac

Le rôle du médecin généraliste est d'inciter à l'arrêt du tabac. Dans notre étude **56%** des conjoints déclarent avoir déjà essayé d'arrêter de fumer. Le nombre de conjoints concernés par la question et ayant répondu est faible. Dans les méthodes d'arrêt du tabac nous retrouvons essentiellement la volonté, sans mention de l'aide d'un médecin. D'ailleurs le rôle du conjoint-médecin n'est pas cité comme accompagnateur de l'arrêt.

D'après le Baromètre santé 2005 [43] un haut niveau d'étude semble favoriser l'arrêt du tabac. Parmi les fumeurs actuels **76,5%** ont déjà essayé d'arrêter pendant au moins une semaine. Outre des raisons économiques, des motifs plus profonds sont souvent à l'origine (lassitude, prise de conscience des conséquences du tabagisme, grossesse). Parmi les fumeurs qui ont le projet d'arrêter de fumer 67,7% envisagent de le faire seul, 28,9% avec l'aide d'un

médecin. L'arrêt volontaire radical sans substitut nicotinique ni aide médicale est la méthode la plus souvent envisagée (49,3%), suivi de l'usage du patch antitabac (24,8%), et de l'arrêt par réduction progressive de la consommation (23,3%).

Alors que dans la population générale les personnes déclarent se tourner en partie vers leur médecin traitant, les conjoints eux, ne mettent pas en avant leur rôle.

✓ L'alcool

▪ *Usagers à risque chez les conjoints*

Il existe deux questionnaires standardisés tel Audit ou Audit-C, et le DETA. Le test Audit-C permet de repérer la consommation excessive d'alcool, il a été développé en 1998 par un auteur américain K.R.Bush [61]. Le test DETA est une adaptation française du questionnaire CAGE qui est plus adapté pour repérer les abus et la dépendance à l'alcool. [62]. Dans notre questionnaires nous avons posé des questions de ces tests mais sans toutes les mettre pour ne pas heurter les conjoints. Seulement l'interprétation des résultats est plus difficile car nous ne pouvons pas calculer les scores mais seulement avoir des ordres de grandeurs.

Il en ressort qu'une partie des conjoints présente une consommation à risque.

En ce qui concerne la consommation quotidienne elle est plus élevée chez les conjoints des médecins généralistes que dans la population générale (17% contre 13,7%). De plus le taux de femmes consommant quotidiennement de l'alcool est proche de celui des hommes (16% et 18,5% respectivement) alors que dans la population générale les hommes sont presque trois fois plus nombreux [43]. Selon notre travail les femmes de médecins généralistes consomment donc plus fréquemment quotidiennement de l'alcool que les françaises. Ceci peut s'expliquer par :

- une proportion élevée de conjointes cadres ou professions intellectuelles supérieures. Dans l'étude sur les populations à risque de problème d'alcool menée à partir de l'Enquête Santé et Protection Sociale de l'IRDES en 2002-2004, les femmes ayant le statut de cadres sont plus concernées par une consommation excessive d'alcool [63]. Ce peut être lié à leur milieu professionnel avec fortes responsabilités, environnement masculin, occasions de convivialité au travail.

- des difficultés à se confier à son conjoint-médecin ou à vivre le quotidien. Les femmes de médecin seraient plus à risque de suicide et d'addiction selon un article de S.A Schneck [34]. La dépendance à une substance serait pour elles un signe de faiblesse un tabou et elles ne se confieraient à leur époux.

Nous observons aussi que 15% des femmes consomment plus de 2 verres et 12,5% des hommes consomment plus de 4 verres (dont 6,5% plus de 10 verres). Les personnes déclarant plus de 10 verres par occasion sont âgées entre 30 et 39 ans. Les plus jeunes conjoints présentent également des usages ponctuels à risque comme c'est décrit dans la population générale [43].

Enfin nous avons posé deux questions du test DETA dans notre questionnaire pour rechercher des usagers à risque élevé de problème passé ou présent avec l'alcool. Dans la population générale 9,4% des personnes de 12 à 75 ans sont dépistés à partir de ce test (13,8% d'hommes et 5% de femmes) [43]. Dans notre étude, 10% des conjoints répondent avoir déjà ressenti le besoin de diminuer leur consommation d'alcool, en majorité les hommes. 12% déclarent avoir des réflexions de leur entourage, en majorité des hommes également, et 6% sont à classer parmi les usagers à risque élevé. Ils sont moins nombreux que dans la population générale mais nous n'avions posé que deux questions sur quatre.

- *Stratégies mises en place pour diminuer leur consommation d'alcool*

Seuls 18 conjoints ont répondu à la question sur leurs démarches pour diminuer leur consommation d'alcool. Un des conjoints a reçu l'aide d'un alcoologue, psychiatre, un autre a bénéficié un traitement anti-dépresseur. Mais une fois de plus aucun des conjoints ne cite le rôle de leur médecin-conjoint dans cette question ouverte.

- *La place du médecin généraliste dans les études précédentes*

C'est un thème peu abordé dans les thèses déjà réalisées sur la santé de l'entourage proche du médecin.

Castéra en 2005 [30] constate que 45% des médecins généralistes interrogés ont déjà apporté au moins une fois un soin vis-à-vis des addictions à un membre de leur famille, 12% chez leur conjoint.

V. Vallerend en 2009 [33] a mis en évidence dans son étude que les médecins conjoints ne prennent en charge les problèmes d'addictions dans leur famille : jamais (82% des cas) ou rarement (13,5% des cas). Les raisons de cette non prise en charge sont essentiellement le déni des deux partis et l'implication émotionnelle du soin. En effet c'est encore un sujet tabou, caché dans notre société. Le membre de la famille peut ressentir une honte, un mal être au début qui fait qu'il n'en parle pas. Cela induit un isolement et finalement une aggravation de la dépendance. Le médecin de son côté peut se rendre compte du problème mais devant la négation du symptôme ne peut apporter son aide. D'un autre côté si le patient est ouvert au soin, la charge émotionnelle est trop importante pour que le médecin proche puisse le prendre en charge : le patient ne pourra pas se confier comme à un soignant neutre, le médecin ne pourra pas faire un travail objectif sans que cela le touche affectivement. La succession de réussites et de rechutes sera aussi difficile à vivre par le médecin. Là encore le médecin conjoint n'est pas la personne la plus adaptée pour prendre en charge les addictions.

c) Les troubles psychologiques

Selon l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2006 [64], la prévalence des troubles psychiques prend une place non négligeable en santé publique: 10,5% des français consultent leur médecin généraliste pour anxiété, 5,5% pour dépression et 1,2% pour autres maladies ou problèmes psychiques. Ces taux augmentent avec l'âge des patients.

36% des conjoints interrogés s'orientent vers un soignant en cas de troubles psychologiques. Ce pourcentage augmente également avec l'âge des conjoints. Ce sont proportionnellement plus les femmes (41%) que les hommes (25%). Selon l'INSEE [65] dans la population générale les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer anxiées, tendues ou stressées souvent ou très souvent dans la vie quotidienne. Elles ont plus de problèmes d'endormissement ou d'insomnie. Ces femmes déclarent en avoir parlé plus souvent à un tiers que les hommes (61% contre 47%). Le tiers en question n'est pas obligatoirement un membre du milieu médical. Mais nous retrouvons donc chez les conjoints, une plus grande partie de femmes qui se confient à un soignant.

21,5% des conjoints déclarent être pris en charge exclusivement par leur médecin-conjoint. Ce taux est concordant avec celui des autres thèses :

- Selon l'enquête de S. Cor nec [27], les médecins prennent en charge les troubles psychiatriques de leur entourage dans 19% des cas. Ce sont préférentiellement les médecins de plus de 50 ans, qui travaillent en milieu rural, qu'ils soient homme ou femme.
- Selon l'enquête de Castéra [30], ¼ des médecins pratiquent souvent un soutien moral à un membre de leur famille, plus facilement les médecins hommes.

Dans cette prise en charge le médecin-conjoint peut rapidement être mis en difficulté par la charge émotionnelle que cela procure, par les répercussions au plan familial, les difficultés à garder le secret médical, les sentiments d'échec. Il faut alors savoir garder une distance dans la relation soignant-soigné, réussir à être dans l'empathie sans passer à la sympathie. De même il peut être difficile au conjoint de se confier à son médecin-conjoint comme le soulève l'un d'entre eux dans les questions ouvertes, mais aussi de se faire entendre par lui. Il n'est donc pas la personne adaptée pour cette prise en charge.

d) Chez l'enfant

✓ Le médecin traitant

D'après notre étude, les femmes médecins suivent moins leurs enfants. Nous observons en effet une prise en charge différente selon le parent-médecin. Alors que dans la population générale les enfants sont plus souvent suivis par les jeunes femmes médecins (61,2% vs 40,7%) [66], ce sont les hommes médecins qui s'occupent plus de la santé de leurs enfants que les femmes. Notre résultat est concordant avec celui de V. Vallerend [33]. Les femmes veulent probablement plus faire la distinction entre leur rôle de mère et de médecin ou ont plus de difficulté à avoir la distance nécessaire pour soigner leurs enfants.

Chez les moins de 3 ans, c'est plus fréquemment un médecin généraliste autre qui suit l'enfant. On peut émettre plusieurs hypothèses à ce résultat : la volonté de différencier le rôle de parent et de soigneur dans la petite enfance, la responsabilité des soins à cet âge et le souhait d'avoir un regard extérieur, le fait que le médecin-parent ne soit pas encore installé ou le désir du conjoint non médecin de faire suivre son enfant par un médecin extérieur à la famille. Mais l'échantillon est faible pour avoir des résultats significatifs.

- ✓ Les vaccinations ne sont pas toujours réalisées par le parent-médecin

Dans la majorité des cas c'est le parent-médecin qui effectue seuls les vaccinations de ses enfants. Ils sont moins nombreux que dans les thèses précédentes où on compte 76% des médecins généralistes [30].

Il existe en fait une certaine réticence. Pour V. Vallerend [33] ils le font toujours dans 19,3% des cas, souvent dans 46,5% et parfois dans 21,9% des cas. 17% des médecins généralistes déclarent dans l'étude de L. Masson [26] que ce geste leur pose problème. Il s'agit en effet d'un geste invasif douloureux pour un enfant, qui peut être ressenti comme une agression. Le médecin parent ne souhaite pas être la personne qui va faire ce geste douloureux.

Ce geste est d'autant plus mal ressenti que l'enfant est jeune. C'est probablement pourquoi la proportion de parents pratiquant la vaccination de leurs enfants diminue lorsque les enfants ont moins de 6 ans et surtout moins de 2 ans dans notre étude. Enfin ce sont les hommes qui pratiquent plus fréquemment la vaccination de leurs enfants que les femmes. Les femmes souhaitent plus dissocier leur rôle de mère de celui de médecin.

- ✓ Les examens systématiques délégués à d'autres médecins

Nous constatons que les parents médecins délèguent les examens systématiques de leurs enfants à un autre médecin : 20% à un médecin généraliste autre et 20% à un pédiatre. De même dans l'étude de B. Joffre Berthome [28], au moins un tiers des médecins généralistes réalisent les examens systématiques de leurs enfants. 62% des médecins ont fait examiner au moins un de leurs enfants par un tiers lors des examens avant 2 ans : 45% par un pédiatre, 15% par un autre médecin généraliste. S. Toumelin [29] qui a fait des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes constate que la plupart des professionnels interrogés assurent le suivi de leurs enfants nourrissons. Ceux qui délèguent à un autre médecin généraliste ou à un pédiatre avancent plusieurs raisons. Un ne se sent pas à l'aise avec ses propres enfants et trouve difficile en plus de gérer l'anxiété maternelle. Il n'arrive pas à prendre du recul en tant que professionnel. L'autre préfère avoir un œil d'expert extérieur et ne veut pas mélanger son rôle de parent et de médecin.

✓ Les adolescents

L'adolescence est une période marquée par des modifications corporelles, mais aussi par une évolution sociale, scolaire, familiale et relationnelle. L'adolescent construit son identité. Quelque soit la source d'informations (enquêtes téléphoniques de baromètre santé ou par auto questionnaire) les jeunes de 12 à 17 ans se disent bien portants. Mais de nouvelles questions se posent à eux : la sexualité, les infections sexuellement transmissibles, les addictions, la contraception. Le mal être de l'adolescent, la violence qu'ils rencontrent n'ont pas été explorés ici.

■ *La sexualité, les IST, les addictions*

D'après le baromètre santé jeune 2005 de Loire Atlantique [67] on constate une consommation très précoce d'alcool pour certains jeunes : dès 12-14 ans une petite proportion d'entre eux déclare des habitudes de consommation. Chez les 18-25 ans un jeune sur quatre consomme régulièrement de l'alcool, les garçons trois fois plus souvent que les filles. Il s'agit plutôt d'une consommation le week-end en grande quantité. A 17 ans 54% des garçons et des filles déclarent avoir déjà été ivres.

En ce qui concerne la consommation de tabac elle est en baisse chez les jeunes. A 14 ans 41% des jeunes ont expérimenté le tabac, que ce soit les filles ou les garçons. Le nombre de cigarettes augmente avec l'âge. Enfin le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France : à 15 ans 37% des jeunes de Loire Atlantique se sont déjà vu proposer du cannabis, 11% dès 12-14 ans.

La fréquence des conduites addictives varie selon des facteurs familiaux et environnementaux : c'est plus fréquent dans les familles monoparentales (pour le tabac et le cannabis), lorsque le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure (pour l'alcool). Lorsqu'aucun des parents ne fume, les jeunes sont moins souvent fumeurs quotidiens. Enfin les comportements de ceux qui habitent en milieu rural ne sont pas statistiquement différents de ceux qui sont en milieu urbain.

Rôle du médecin généraliste

Les adolescents vont peu consulter un médecin. Selon l'étude réalisée en 2000 par l'IRDES, les adolescents de 11 à 20 ans sont principalement suivis par des médecins généralistes, qui réalisent 70 % des actes médicaux les concernant [68]. Ils consultent le plus souvent pour des pathologies bénignes, saisonnières, des actes de préventions ou des motifs administratifs (certificats de sport). Il faut alors que le médecin généraliste tire parti de ces consultations pour aborder les différents sujets qui touchent l'adolescence.

Selon le baromètre santé jeune 2005 de Loire Atlantique [67], 5% des 18-25 ans déclarent que lors de leur dernière visite, la question de l'alcool a été abordée avec le médecin généraliste, dans la grande majorité des cas ce sujet a été abordé à l'initiative du médecin. Ce pourcentage nous apparaît faible, mais c'est un sujet difficile à aborder lorsque l'on voit l'enfant une fois par an pour son certificat médical de sport, le plus souvent accompagné par l'un de ses parents. Pour ce qui est du tabac, la question a été abordée par le médecin généraliste chez un tiers des fumeurs de l'étude lors de leur dernière visite : 26% à l'initiative du médecin et 8% à leur initiative. Dans la majorité des cas les fumeurs envisagent d'arrêter seul, de façon radicale (77%). 23% envisagent d'arrêter avec l'aide du médecin généraliste. Mais 30% des jeunes fumeurs quotidiens qui ont le projet d'arrêter de fumer déclarent qu'au cours de leur dernière visite leur médecin a abordé avec eux la question du tabac, donc l'intervention du médecin généraliste a des répercussions.

Rôle du parent-médecin généraliste

La sexualité, les IST, les addictions peuvent être un sujet difficile à évoquer en famille et sont des questions des adolescents. Lorsque l'un de ses parents est médecin vers qui l'adolescent se tourne-t-il, est-il plus facile d'en parler ? Pour les addictions les parents sont souvent désesparés, le fait d'avoir un parent médecin facilite-t-il la communication sur ce sujet ?

D'après l'étude de F. Castera [30] 26% des médecins interrogés ont effectué de la prévention au sujet des addictions à leurs enfants. Lors de ses entretiens S. Toumelin [29] rapporte qu'un médecin généraliste s'est vu reprocher par ses enfants son manque d'écoute et de considération de leurs problèmes de santé. Certains médecins disaient délivrer des

messages de préventions à leurs adolescents (sur les IST, la contraception, les addictions) mais cela entrat dans le cadre d'une discussion familiale où ils tenaient le rôle de parents. Mais pour certains leur fonction de généraliste leur apportait un poids aux informations délivrés à leurs enfants, les arguments devant être plus pertinents.

Dans notre étude, près de la moitié des enfants des médecins généralistes se tournent vers leur parent. Probablement dans le cadre d'une discussion familiale également. Mais dans 16,5% des cas ils n'hésitent pas à consulter un médecin généraliste autre. Il peut s'agir d'une question de pudeur, de secret médical, de conflit intra familial ou un sentiment de ne pas être écouté.

- *La contraception chez l'adolescente*

Dans notre étude nous avons centré la question sur la première prescription de contraception et non sur le suivi gynécologique. Elle est faite dans **un tiers des cas** par le parent-médecin.

Le parent-médecin intervient donc dans une partie non négligeable des cas, ce qui témoigne d'une relation de confiance enfant-parent et de discussion intra familiale. Le parent-médecin peut se placer en initiateur de la prescription ce qui n'empêche pas un suivi par la suite par un autre médecin généraliste ou un gynécologue. Mais dans deux tiers des cas elles consultent un autre médecin alors que c'est leur parent qui les suit d'habitude. Il existe donc une volonté de la part des adolescentes de distinguer ce suivi.

En ce qui concerne les filles des médecins généralistes, la question a été abordée dans les différentes thèses traitant de la santé de la famille des médecins généralistes. F. Castéra [30] constate que **27%** des médecins généralistes prescrivent la contraception chez leurs filles, 2% font le toucher pelvien donc le suivi gynécologique ne se fait pas comme il est recommandé. On peut supposer sinon que le parent-médecin délivre la pilule en dépannage en dehors des visites chez un autre médecin généraliste ou gynécologue. S. Toumelin [29] a elle reçu deux avis différents : dans un cas les adolescentes ont demandé à leur père de faire leur suivi gynécologique car elles ont entièrement confiance en son rôle de médecin. Mais aucun médecin interrogé ne dit vouloir s'occuper du suivi gynécologique de leurs filles. Ils avancent comme raisons : le désir de séparer leur rôle de père et de médecin traitant ou le fait que leurs filles s'adressent elles-mêmes à un autre médecin généraliste de leur choix sans les avertir. La

proximité affective, la pudeur interviennent donc une fois de plus pour entraver la relation médecin malade.

Par conséquent chez l'enfant le suivi préventif par un médecin autre que le parent est souhaitable. Françoise Dolto s'était exprimée à ce sujet [69]:

J.-L.S.-S : « *Les médecins préfèrent faire soigner leurs enfants par d'autres médecins.* »

F.D. : « *Non seulement ils préfèrent, mais ça devrait toujours être comme ça. Malheureusement pour certains enfants, leurs parents médecins les soignent, et c'est très dommage parce qu'ils mêlent une intersubjectivité inconsciente à ce qui devrait rester, autant que possible, objectif. Un médecin n'est jamais tout à fait objectif vis-à-vis d'un patient, mais quand c'est un parent ce n'est pas possible.* »

Dans le domaine des addictions, le suivi psychologique ou gynéco-obstétrique les médecins généralistes ne sont pas les mieux placés pour assurer la prévention de leur proche. Chez l'enfant une prise de distance est également nécessaire. Une prise en charge par un médecin autre serait donc préférable.

4. Les autres professionnels de santé sollicités par les proches des médecins généralistes

Les résultats de notre étude montrent que les proches de médecins généralistes s'adressent aussi à d'autres médecins. Mais dans certains domaines c'est un spécialiste qui est le plus fréquemment sollicité.

a) sollicitation d'un médecin spécialiste

- ✓ Le suivi des grossesses

Le suivi de la femme enceinte s'articule autour de 7 consultations prénatales avec la déclaration de grossesse. Au cours de ces consultations le médecin réalise un suivi clinique,

biologique et échographique codifié de la grossesse [70]. La patiente choisit le médecin qui fait ce suivi : ce peut être un gynécologue-obstétricien, un médecin généraliste ou une sage femme. Pendant ses études le médecin généraliste a été formé au suivi de la femme enceinte par des cours théoriques, un stage du pôle mère-enfant en tant qu'interne ou chez les praticiens. Et en cas de complication lors de la grossesse le médecin généraliste adresse la patiente à un obstétricien [71].

Nous avons expliqué précédemment que peu de médecins généralistes s'occupent, ce qui est compréhensible, du suivi des grossesses de leurs conjointes.

Les femmes de médecin sont à même de savoir que les médecins généralistes sont formés et compétents dans le suivi de grossesse. On aurait donc pu s'attendre dans notre étude à un nombre élevé de conjointes consultant un médecin généraliste autre.

Or elles se tournent préférentiellement vers un gynécologue (**80%**) plus fréquemment même que dans la population générale. L'Enquête Nationale de Périnatalité en 2003 [72] révèle que les gynécologue-obstétriciens assurent près de trois quarts des déclarations (**74,5%**), ce sont aussi les plus souvent consultés lors du suivi prénatal (65,5% des femmes ont consulté un gynécologue-obstétricien en maternité et 46,6% en ville). Les généralistes assurent un quart des déclarations de grossesses (**24,5%**) et ils n'interviennent dans le suivi que dans **15,5%**, un peu moins que pour les conjointes des médecins généralistes (19%).

En fait le rôle des médecins généralistes dans le suivi de grossesse a nettement diminué car en 1981, date de la dernière enquête nationale, 53% des françaises étaient prise en charge par leur médecin généraliste. Cela peut s'expliquer par l'installation de gynécologues médicaux en ville. Le niveau socio-économique intervient aussi: le recours à un gynécologue ou un obstétricien libéral pour déclarer la grossesse concerne davantage les cadres (64 % des cadres ou des femmes sans profession dont le conjoint est cadre, contre 29 % des ouvrières non qualifiées ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier non qualifié) [73]. Dans notre étude nous avons une majorité de femmes cadres et professions intellectuelles supérieures, ce qui peut expliquer notre résultat. Mais les conjointes des médecins généralistes connaissent pourtant la formation médicale de leur époux. Elles devraient être dans une relation de confiance avec un autre médecin généraliste. Se tournent-elles donc vers un gynécologue pour être suivi par une personne encore plus compétente ?

Il est étonnant aussi que les conjointes consultent peu les sages femmes (1,5%) qui sont pourtant sollicitées par 24,5% des femmes de la population générale.

✓ Le suivi gynécologique

L'examen gynécologique annuel est basé entre autre, sur la palpation des seins et l'examen vaginal avec frottis cervico-vaginal si besoin.

Le médecin qui réalise le plus souvent l'examen des seins chez les conjointes de médecins généralistes est le gynécologue-obstétricien : **54,5%** des femmes interrogées décrivent consulter un gynécologue à cet effet (ce qui est légèrement inférieur à ce que nous avons trouvé dans la littérature [52]). Un médecin généraliste autre est sollicité dans seulement 6% des cas.

En ce qui concerne le frottis cervico-vaginal, le gynécologue le réalise également dans la majorité des cas chez les conjointes (**65%**). Seules 7% se tournent vers un médecin généraliste autre. Dans la population générale **huit dépistages sur dix** ont été prescrits par un gynécologue ou un obstétricien [74]. Les conjointes auraient donc plus tendance à s'adresser à un médecin généraliste que la population générale.

En comparant l'examinateur avec le médecin traitant déclaré par les conjointes :

- lorsqu'elles ont déclaré leur époux, elles vont essentiellement chez un gynécologue et peu chez un médecin généraliste autre,
- lorsqu'elles ont déclaré un médecin généraliste autre, elles vont également plus chez un gynécologue.

Comme pour le suivi de grossesse les conjointes sont donc suivies par un gynécologue même si elles savent les médecins généralistes compétents.

Pour les adolescentes, elles consultent également dans **un tiers des cas** un gynécologue pour la prescription de la première contraception, peu d'entre elles vont au planning familial où chez un autre médecin généraliste. Le fait de ne pas consulter leur parent peut montrer une volonté de prendre de la distance avec lui.

✓ Le suivi urologique

De la même façon, il est compréhensible que les conjoints de médecins généralistes ne soient pas suivis par leurs épouses pour le dépistage du cancer de la prostate. Seulement c'est à un urologue qu'ils s'adressent le plus souvent (**54%**).

✓ Le suivi psychologique et addictions

Pour le suivi de troubles psychologiques les conjoints consultent le plus souvent un médecin extérieur au couple ce qui est préférable: **35%** ont consulté un spécialiste et **8%** un médecin généraliste autre. Suivant la pathologie, il est normal de s'adresser à un médecin spécialiste, plutôt qu'à un médecin généraliste.

Selon l'enquête de V. Bonvalot [52], en cas de trouble psychiatrique les membres de la famille sont pris en charge dans 78% des cas par un médecin spécialiste, dans 4% par le médecin-conjoint et dans 25% par un autre médecin généraliste.

Pour les addictions un conjoint a mentionné le rôle du psychiatre dans l'arrêt de l'alcool. Là aussi un médecin extérieur à la famille est plus à même d'aider le conjoint. Selon l'enquête citée précédemment [52], 74% des médecins généralistes s'occupent conjointement avec un spécialiste de la prise en charge des addictions de leur proche, 3% s'en occupent seul. Dans 29% des cas ils sont pris en charge par un autre médecin généraliste.

✓ Le suivi des enfants

Chez les enfants la prise en charge est différente. Dans notre étude le pédiatre est peu cité par les conjoints : seuls **5%** des enfants sont suivis exclusivement par un pédiatre, résultat proche de la population générale. Dans une étude de la CNAMTS en 2002 [75], 5% des enfants de moins de 3 ans ont vu seulement un pédiatre, 40% seulement un médecin généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre.

Pour ce qui est des vaccinations, seuls **7%** des enfants des médecins généralistes sont vaccinés exclusivement par le pédiatre. Il s'agit de la même proportion que dans une thèse sur les vaccinations de l'adolescent en 2005 où 90% des adolescents déclarent être vaccinés par leur médecin généraliste, deux seulement par un pédiatre [76].

Pour les examens systématiques de l'enfant de la naissance à 6 ans, **20%** sont réalisés par le pédiatre dans notre étude. Lors d'une enquête réalisée en 1994 en région parisienne sur la première consultation du nourrisson en médecine de ville [77], sur 23 mères, 17 ont choisi de consulter un pédiatre en citant leur compétence, 3 vont en PMI après conseil auprès de la mairie et 3 se rendent chez un généraliste car c'est leur médecin et qu'il est disponible. Les conjoints sollicitent donc moins le pédiatre que la population générale.

Le médecin spécialiste a une place plus importante dans la prévention chez le conjoint que chez les enfants des médecins généralistes.

b) sollicitation d'un autre médecin généraliste

✓ Chez les conjoints

Les conjoints des médecins généralistes seraient donc mieux pris en charge, de façon globale, au niveau de la prévention, par un autre médecin généraliste.

Dans notre étude **21%** des conjoints ont déclaré un médecin généraliste autre que leur partenaire, 13% un médecin généraliste inconnu. Ce sont essentiellement les plus jeunes, puisqu'on observe que 50% des moins de 40 ans ont fait ce choix. Dans plusieurs thèses dont celle de S.Toumelin, nous observons ce résultat : plus les médecins sont âgés, plus ils se positionnent comme médecin traitant de leur famille [29]. On peut émettre l'hypothèse que dans les années à venir les jeunes conjoints continueront à être pris en charge par un médecin généraliste autre et donc qu'ils seront ainsi plus nombreux à être mieux suivis.

✓ Chez les enfants

20% des enfants des médecins généralistes sont suivis par un autre médecin généraliste, il s'agit plus fréquemment des enfants de moins de 3 ans et ce sont les femmes médecins qui adressent plus leurs enfants à un autre médecin généraliste que les hommes.

Pour les vaccinations les enfants de moins de 2 ans sont même préférentiellement adressés à un autre médecin généraliste (**62,5%**) ou à un pédiatre (12,5%) dans notre étude. B Joffre-Berthome fait la même constatation dans sa thèse [28].

Certains médecins ont donc déjà recours à un autre médecin généraliste pour leurs enfants. Cela semble le plus adapté pour avoir un regard extérieur lors des examens préventifs, puis pour que l'adolescent ait un lieu neutre d'échange et d'écoute.

V. CONCLUSION

La majorité des conjoints et enfants des médecins généralistes ont comme médecin traitant leur parent. La prévention implique une prise en charge globale et un suivi même lorsque le patient est en bonne santé.

Notre étude met en évidence que la prévention est mieux appliquée chez les conjoints et enfants de médecins généralistes pour les vaccinations, les règles d'hygiène de vie, le dépistage des cancers gynécologiques. Il existe une relation de confiance entre le médecin et sa famille qui permet aux messages et conseils d'être pris en compte.

Par contre, nous observons des limites à cette prise en charge. Elles sont d'une part d'ordre matériel avec des consultations informelles. En effet trois quart des conjoints ne consultent pas au cabinet et un tiers n'ont pas de dossier médical. Cette négligence entraîne un dépistage moins performant des facteurs de risque cardiovasculaires, du cancer colo-rectal et du mélanome, de l'obésité et de la scoliose chez l'enfant. Les certificats médicaux de non contre-indication au sport peuvent également être délivrés sans examen clinique complet par le parent médecin. Il ne remplit donc pas son rôle dans diverses situations.

D'autre part la relation médecin-malade est entravée par la proximité affective et nuit au bon déroulement de la prévention. Cette notion est ressentie pour la prise en charge des addictions, des troubles psychologiques, des dépistages des cancers gynécologiques et de la prostate, des vaccinations chez l'enfant surtout de moins de 2 ans ou lors des problèmes liés à l'adolescence.

Pour ses diverses raisons, une prise en charge par un médecin extérieur serait donc souhaitable. Lorsque c'est le cas, on constate que les conjoints se tournent préférentiellement vers un spécialiste. Cela nous paraît paradoxal puisqu'ils sont à même de savoir que bon nombre d'actes relèvent des compétences du médecin généraliste. Par contre en ce qui concerne les enfants, le pédiatre est peu sollicité, la place du médecin généraliste est mieux ancrée. Pourquoi les proches des médecins généralistes préfèrent-ils donc s'adresser à un spécialiste pour des problèmes de santé de soin primaire ? Il serait intéressant que de futurs travaux essaient de répondre à cette question.

Pour finir, nous avons été amenés au cours de notre travail à discuter les différentes préventions exercées par le médecin généraliste. L'étendue du domaine est telle que nous n'avons pu rentrer dans les détails comme c'est le cas par exemple pour la prise en charge des enfants. Il pourrait être aussi intéressant qu'un travail se penche sur la prévention des adolescents des médecins généralistes en menant une enquête auprès d'eux.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Pomey, M., J. Poullier, et B. Lejeune, *Santé publique: état des lieux, enjeux et perspectives*. 2000: Ellipses.
2. InVs, *Le calendrier des vaccins et les recommandations vaccinales 2009 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 20 avril 2009. 16-17.
3. ANAES, *Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global*. 2004. p. 1-8, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
4. *Calendrier du dépistage des cancers*. 2008, Institut National contre le Cancer, Assurance Maladie, Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative. p. 2.
5. ANAES, *Dépistage du cancer du sein en médecine générale*. 2004. p. 1-9, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
6. HAS, *Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France*. 2008. p. 15, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
7. Duport, N., *Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus: état des connaissances, actualisation 2008*. 2008, InVS. p. 31.
8. ANAES, *Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate*. 2004, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
9. Urcam des Pays de la Loire, *Rapport d'activité*. 2007.
10. WONCA EUROPE, *Définition européenne de la médecine générale-médecine de famille*. 2002, accessible sur: <http://www.woncaeurope.org/>
11. Oberle, D. et Borg, F., *Etat des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires*. 2004, Société Française de Santé Publique, accessible sur: <http://www.sfsp.fr/activites/file/rapportdepistage.pdf>
12. INPES, *Outils d'information pour le praticien*, accessible sur: <http://www.inpes.sante.fr/>

13. MSA, *Instants Santé: un bilan de prévention santé gratuit réalisé en trois étapes*, accessible sur:
http://www.msa.fr/front/id/msafr/S1096461900197/S1098192456447/S1098192462494/publi_Instants-Sante.html
14. RSI, *Bilan de prévention*, accessible sur:
<https://mapreventionsante.ersi.fr/AccueilPre.do?Action=ConsulterArticle&idCategorie=1&idType=140>
15. Giusti, M., *La consultation spécifique de prévention en médecine générale*. Le Concours, 2005. 127-35: p. 1974-1977.
16. *Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. JORF Volume,14277DOI: accessible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CB04DB50F6AF8A84C8389CA2128A1E3F.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id
17. Société Française de Santé Publique, *La consultation de prévention en médecine générale*. 2006,
18. Toussaint, J.-F., *Stratégies Nouvelles de Prévention* 2006, Ministère de la Santé et de la Solidarité, accessible sur: <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=86>
19. Agence de la santé publique du Canada, *Les lignes directrices pour la médecine préventive: leur rôle dans la prévention clinique et la promotion de la santé*, Guide Canadien de médecine clinique préventive, accessible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/guidf.pdf>
20. Gottlieb, N., P. Huang, et S. Blozis, *The impact of Put Prevention into Practice on selected clinical preventive services in five Texas sites*. AM J Prev Med, 2001. 1: p. 35-40.
21. Baudier, F., *Consultations de prévention: constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement*. 2009, Haut Conseil de la Santé Publique, accessible sur:
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20090325_ConsultPrev.pdf
22. Bournot, M.C., et al., *Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, vague d'enquête 4- 2008*. 2010, ORS- URML. p. 92, accessible sur: http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2010panel1_V4_rapport.pdf

23. Coquel, G., *Comportements personnels de santé et de prévention des médecins: une enquête descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes et spécialistes de Seine Maritime*. 2007, Université de Rouen.
24. *Comment les docteurs se soignent?* Impact, 2003. 29: p. 26-33.
25. Jaisson, L., *Relation des médecins généralistes face à la prévention de leur propre santé: étude descriptive auprès des médecins généralistes libéraux de Haute Marne (170)*. 2006, Université de Reims.
26. Masson, L., *Le médecin généraliste face à la demande de soin de ses proches: Quelle est la demande? Comment le médecin y répond-il? Quels problèmes cela lui pose-t-il? L'expérience de 47 médecins généralistes installés en ville nouvelle 1996*, Paris 5,Necker: Paris. p. 114.
27. Cornec-Lasserre, S., *Soigner ses proches en tant que médecin généraliste*. 2005, Université du droit et de la santé (Lille 2): Lille. p. 68.
28. Joffre-Berthomme, B., *Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône* 2001, MEDECINE : Lyon 1 Lyon.
29. Toumelin, S., *La prise en charge médicale de la famille du généraliste: conjoint et enfants* 2009, université de Rennes 1: Rennes. p. 59.
30. Castéra, F., *Le médecin généraliste, médecin de sa famille? : enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches* 2005, Toulouse. p. 94.
31. La Puma, J., et al., *When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital*. N Engl J Med, 1991. 325(18): p. 1290-4.
32. Mailhot, M., *Caring for our own families*. Can Fam Physician, 2002. 48: p. 546-7, 550-2.
33. Vallerend, V., *Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse-Normandie* 2009, Université de Caen. UFR de médecine: Caen. p. 157.
34. Schnell, S.A., *"Doctoring" doctors and their families*. Jama, 1998. 280(23): p. 2039-42.
35. ORS et URML, *Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007*. 2008, accessible sur: http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2008panel_vague1.pdf
36. Breuil Genier, P. et Sicart, D., *La situation professionnelle des conjoints de médecins*. Etudes et Résultats, 2005. 430(DREES): p. 12.

37. *article 7 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.* 2004, accessible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
38. Eschwège, E., M. Charles, et A. Basdevant, *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.* 2009, INSERM/TNS Healthcare (Kantarhealth)/ Roche. p. 52, accessible sur:
http://www.roche.fr/portal/eipf/france/rochefr/institutionnel/obepi_roche_2009
39. INPES, *Les Français sont-ils égaux face à la prévention? Résultats approfondis du baromètre santé 2005.* 2008. p. 19, accessible sur: <http://www.inpes.sante.fr/>
40. Escalon, H., C. Bossard, et F. Beck, *Baromètre santé nutrition 2008: activité physique et sédentarité.* 2010, INPES. p. 34, accessible sur:
<http://www.inpes.sante.fr/barometre-sante-nutrition-2008/pdf/activite-physique.pdf>
41. Blais, S., et al., *La santé observée dans les Pays de la Loire.* 2007, ORS des Pays de la Loire.
42. Société française d'alcoologie, *Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance: usage à risque, usage nocif.* Alcoologie et addictologie, 2003. 25: p. 3S-5S.
43. Beck, F., P. Guilbert, et A. Gautier, *Baromètre santé 2005: Attitudes et comportement de santé,* ed. INPES. 2005.
44. Guthmann, J., et al., *La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France: résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002.* Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2007. 51-52(Inv): p. 441-445.
45. Antona, D., et al., *Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France: résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004.* BHE, 2007. 6: p. 45-49.
46. Welker Mauget, I., *Les médecins généralistes, leur état vaccinal, celui de leurs proches et leur pratique vaccinale. A propos d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes du Rhône.* 2000: Lyon. p. 86.
47. ANAES, *Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale.* 1999. p. 34, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
48. Bournot, M.C., et al., *Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire: tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du colon-rectum et du col de l'utérus.* 2010, ORS des Pays de la Loire, accessible sur: <http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/DepistageK/2010majjuinTBdep cancer.pdf>

49. Gorza, M., R. Ancelle-Park, et J. Bloch, *Programme national de dépistage du cancer du sein en France: résultats 2005*. 2008, InVS.
50. ANAES, *Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans*. 2004, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
51. Spyckerelle, Y., C. Kuntz, et F. Guillemin, *Pratiques de la mammographie chez les femmes de 35-50 ans: Etude descriptive dans la population consultant les centres d'examens de santé*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998. 27: p. 765-771.
52. Bonvalot, V., *Médecin traitant de sa propre famille : différences de pratique dans la relation thérapeutique intra-familiale : enquête auprès de médecins généralistes du Var 2009*, Université d'Aix-Marseille II: Marseille. p. 121.
53. Code de santé publique, *Code de déontologie médicale*. 2006, accessible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf>
54. Blais, S., M.C. Bournot, et A. Tallec, *Activités physiques et sportives, activités sédentaires, poids et images du corps chez les jeunes de 12-25 ans*, in *Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire 2005*. 2006, ORS des Pays de la Loire. p. 16, accessible sur: http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Activite_physique_2005.341.0.html
55. Duplomb, I., *Prévention et dépistage de l'obésité de l'enfant: enquête de pratiques auprès de 50 médecins généralistes*. 2009, Nantes. p. 70.
56. Code du Sport, *article L231-2*, accessible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
57. Afssaps, *Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique: recommandations*. 2005, accessible sur: <http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Recommandations>
58. ANAES, *Principes de dépistage du diabète de type 2*. 2003, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
59. HAS, *Stratégie de diagnostic précoce du mélanome, recommandation en santé publique*. 2006. p. 5, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
60. Bournot, M., F. Lelièvre, et A. Tallec, *Le Dépistage des cancers en Loire Atlantique*. 2007, Plan cancer en région Pays de la Loire. p. 4.
61. INPES, *Le test Audit-C, pour le repérage de la consommation excessive d'alcool*. actualités alcool, 2005. 28: p. 10, accessible sur: <http://www.inpes.sante.fr/>
62. INPES, *Consommation d'alcool, seuils à risque et outils de repérage des usagers à risque*. actualités alcool, 2005. 27: p. 9-10, accessible sur: <http://www.inpes.sante.fr/>
63. Com-Ruelle, L., et al., *Les problèmes d'alcool en France: quelles sont les populations à risque?* Questions d'économie de la santé, 2008. 129(IRDES): p. 1-6.

64. Allonier, C., P. Dourgnon, et T. Rochereau, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2006*. 2008, IRDES. p. 240, accessible sur:
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>
65. Aliaga, C., *Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes*. INSEE première, 2002. 869: p. 4.
66. Franc, C., et al., *La prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et visites*. Etudes et Résultats, 2007. 588(DREES): p. 8.
67. Blais, S., et al., *Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12- 25 ans*, in *Baromètre santé jeunes Loire-Atlantique 2005*. 2006, ORS des Pays de la Loire.p.24, accessible sur: http://www.sante-pays-de-laloire.com/Conduites_addictives_2005.114.0.html
68. DREES, *La santé des adolescents*. Etudes et Résultats, 2004. 322: p. 12.
69. Dolto, F., *Les chemins de l'éducation*, ed. f. essais. 1994.
70. HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes?* 2005. p. 56, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
71. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. 2007. p. 9, accessible sur: <http://www.has-sante.fr/>
72. Vilain, A., et al., *La situation périnatale en France en 2003: Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatalité*. Etudes et Résultats, 2005. 383(DREES): p. 8.
73. Scheidegger, S. et A. Vilain, *Disparités sociales et surveillance de grossesse* Etudes et Résultats 2007. 552(DREES): p. 8.
74. Guignon, N., N. Lydié, et Y. Makdassi Raynaud, *La prévention, comportements du quotidien et dépistages*. La société française, 2006: p. 567-575.
75. *La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France*, in *Point de conjoncture*. 2002.
76. Vandendriessche, S., *La vaccination des adolescents: enquête chez les 11-19 ans admis au service des urgences du CHU de Nantes pendant juillet et août 2004*. 2005, université de Nantes.
77. Frantzen Genetet, A., *La consultation du nourrisson en médecine de ville*. 1994, Paris ouest: Paris.

VII. ANNEXES

A. *Abréviations*

ADELI : automatisation des listes

AFU : association française d'urologie

ANAES : agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé

Audit : alcohol use disorders identification test

CAGE: cut-down annoyed guilty eye-opener

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CREDES : centre de recherche et d'études et de documentation en économie de santé

DETA : diminuer, entourage, trop, alcool

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

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

DTPolio : diphtérie tétanos poliomyélite

HAS : haute autorité de santé

HPST : loi hôpital, patients, santé et territoires

INPES : institut national de prévention et d'éducation en santé

INSEE : institut national des statistiques et des études économiques

IPAQ : international physical activity questionnaire

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

IRDQ: institut de recherche et de développement de qualité

IST : infections sexuellement transmissibles

MSA: mutualité sociale agricole

OMS : organisation mondiale de la santé

ORS : observatoire régional de la santé

PMI: protection maternelle et infantile

PSA : antigène prostatique spécifique

RSI : régime social des indépendants :

SFPS: société française de santé publique

URCAM: unions régionales des caisses d'assurance maladie

VIH: virus de l'immunodéficiency humaine

WONCA : world organization of family doctors (world organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians)

B. Table des illustrations

Figure 1: Age et sexe des médecins ayant participé à l'enquête, comparaison avec les données de l'enquête Panel 2007 Pays de la Loire [35].....	19
Figure 2: Répartition des médecins généralistes selon le type de commune d'exercice: mise en parallèle	19
Figure 3: Nature des formations complémentaires des médecins généralistes	20
Figure 4: Choix du médecin traitant (n= 87).....	23
Figure 5: Choix du médecin déclaré en fonction du sexe du conjoint	24
Figure 6: Déclaration de médecin traitant selon l'âge des conjoints	24
Figure 7: Médecin traitant déclaré en fonction de l'âge du conjoint	25
Figure 8: Nombre de conjoints ayant un dossier médical	26
Figure 9: Nombre de conjoints ayant leur vaccination anti-tétanique à jour (n= 100)	26
Figure 10: Médecins pratiquant la vaccination des conjoints des médecins généralistes (n=100)	27
Figure 11: Contrôle tensionnel des conjoints et suivi au cabinet médical	28
Figure 12: Bilan lipidique, glycémique et dossier médical	28
Figure 13: Indice de masse corporel des conjoints.....	29
Figure 14: Répartition des femmes conjointes selon leur âge (n=68)	30
Figure 15 : Médecins pratiquant le suivi des grossesses des conjointes de médecins généralistes	30
Figure 16: Médecin pratiquant le suivi des grossesses des conjointes en fonction de leur âge ..	31
Figure 17: Médecin pratiquant l'examen clinique des seins des conjointes en fonction de leur âge	32
Figure 18: Age des conjointes à leur première mammographie.....	32
Figure 19: Date du dernier frottis des conjointes	33
Figure 20: Médecin pratiquant le frottis cervico-vaginal des conjointes (n= 68)	34
Figure 21: Médecin pratiquant le frottis cervico-vaginal en fonction de l'âge des conjointes ..	34
Figure 22: Médecin effectuant le frottis selon le médecin traitant déclaré	35
Figure 23: Répartition des hommes selon leur âge (n=32)	36
Figure 24: Pourcentage d'hommes ayant bénéficié d'un toucher rectal en fonction de leur âge ..	36
Figure 25: Médecin pratiquant le toucher rectal chez les conjoints de médecins généralistes ..	37
Figure 26: Pourcentage de conjoints ayant eu un contrôle des PSA en fonction de leur âge ..	37

Figure 27: Prescripteur des PSA chez les conjoints	38
Figure 28: Médecin ayant remis l'Hemoccult® aux conjoints des médecins généralistes.....	39
Figure 29: Mode de surveillance des naevi chez les conjoints de médecins généralistes.....	40
Figure 30: Pourcentage de fumeur suivant l'âge des conjoints	41
Figure 31: Fréquence de la consommation d'alcool des conjoints selon leur sexe	42
Figure 32: Nombre de verres d'alcool consommés au cours d'une journée par les conjoints selon leur sexe	43
Figure 33: Ressenti par les conjoints de leur besoin de diminuer leur consommation d'alcool, selon leur sexe	43
Figure 34: Pourcentage de conjoints ayant des réflexions de leur entourage sur leur consommation d'alcool, en fonction de leur sexe.....	44
Figure 35: Médecin réalisant le suivi psychologique chez les conjoints des médecins généralistes	45
Figure 36: Nombre d'enfants par couple	46
Figure 37: Médecin traitant actuel des enfants selon leur âge	47
Figure 38: Utilisation du carnet de santé chez les enfants selon leur âge	48
Figure 39: Réalisation de la courbe de poids et de taille chez les enfants selon leur âge	49
Figure 40: Réalisation des courbes de poids et de taille chez les enfants selon leur médecin traitant.....	50
Figure 41: Réalisation de la courbe d'IMC en fonction de l'âge des enfants	51
Figure 42: Proportion d'enfants de médecins généralistes ayant leurs vaccinations à jour.....	52
Figure 43: Médecins pratiquant la vaccination des enfants selon leur âge	53
Figure 44: Réalisation des examens systématiques des enfants de médecins généralistes	54
Figure 45: Réalisation du dépistage des troubles de la vue et de l'audition des enfants de médecins généralistes (n= 96)	54
Figure 46: Personnel médical et paramédical dépistant les troubles de la vue et de l'audition chez les enfants des médecins généralistes	55
Figure 47: Dépistage clinique de la scoliose chez les enfants des médecins généralistes	56
Figure 48: Mode de réalisation des certificats médicaux de non contre indication au sport ...	56
Figure 49: Réalisation des certificats médicaux par le conjoint-médecin.....	57
Figure 50: Médecins vers qui se tournent les adolescents pour discuter des addictions, IST ou de la sexualité	58
Figure 51: Médecin prescrivant la contraception pour la première fois aux adolescentes des médecins généralistes	59

C. Réponses aux questions ouvertes

La prévention consiste à éviter l'apparition de maladie ou de complications de ses maladies. Avez-vous l'impression, en étant conjoint de médecin généraliste, de bénéficier d'une prise en charge particulière de la prévention de votre santé?

(1) *non au contraire! Mon conjoint a une médecine expéditive pour sa famille (examens rapides- peu d'explications- pas le temps) alors qu'il est apprécié de ses patients pour ses compétences.*

(2) *non, mais des critiques oui*

(3) *jusqu'en 2003, enfants et conjoint suivis par médecin (parent ou conjoint)- c'est-à-dire pour les maladies virales ou microbiennes -peu- mais pas maladifs ni les uns ni les autres. La mère alerte le médecin-papa pour tout ce qui est nécessaire de voir.*

Maman du médecin décédée en 2003, suivi par son fils: profonde douleur et angoisses de ne pas faire ou n'avoir pas fait tout ce qu'il fallait: décision de ma part de séparer le suivi médical et la relation familiale. Pour les garçons cela c'est fait en douceur car ils n'habitent plus avec nous et donc vont être amenés à choisir un autre médecin traitant. Pour moi le choix d'un collègue pour mon suivi (au début difficultés car confiance absolue en mon conjoint...) pour le reste de la famille insiste ferme à choisir un confrère. Quand les enfants étaient jeunes je n'hésitais pas à les descendre dans la salle d'attente après les autres patients pour les faire examiner, car tout de même la famille passe après les patients sauf cas d'urgence tels sutures... (cabinet alors dans l'habitation du médecin). Par contre examen toujours approfondi lorsqu'ils étaient là et pas de retard dans les vaccinations.

(4) *insuffisant*

(5) *prévention particulière effectivement. Il soigne ses petits enfants.*

(6) *excellente prévention (conjoint+revues médicales)*

(7) *non*

Quand les enfants sont malades c'est ma femme qui les examine. Sinon ils vont voir le médecin généraliste

(9) *non, pas le temps de s'occuper de soi même à part prévention classique (cancer du colon,sein, col utérin...)*

(14) non

On dépend complètement de notre conjoint

(17) le suivi d'un médecin et de sa famille est inférieur au suivi des autres citoyens. Les consultations médicales des membres de la famille sont beaucoup moins nombreuses que pour les citoyens. Donc suivi probablement insuffisant parfois

(21) non, pas particulièrement. je m'en occupe bien moi-même

(22) oui, prise en charge moins complète

(25) la surveillance préventive non ; ce qui est effectué est surtout le fait de mon éducation et de mes antécédents (myopie, cancer du sein)

Au vu de la réaction du monde médical (généraliste, ostéopathe) qui nous suit, je suppose que si un problème digne d'être remarqué se présentait mon conjoint serait en alerte

(26) non

Mes enfants sont grands mais consultent toujours leur père comme médecin généraliste (du moins par téléphone pour raison géographique)

(28) non, votre enquête soulève des questions importantes. La prévention même si elle est évoquée régulièrement ne prend pas la place qu'elle devrait avoir dans le cadre d'un suivi de santé classique. D'une façon générale la place du médecin traitant en dehors de la famille me paraît être une meilleure approche de la santé et de l'individu dans sa globalité

(30) oui plutôt mais je suis moi-même dans le domaine de la santé (pharmacien) donc sensibilisée

(31) oui mais sans doute cas particulier car mon conjoint et moi-même faisons beaucoup de prévention dans notre exercice

*(32) aucune prise en charge tant au niveau professionnel que personnel
total abandon CPAM au niveau prévention travail*

(33) prise en charge comme tout le monde

(34) biais pour ma part car moi-même généraliste mais à priori plutôt moins bien suivie en prévention que mes patients

(39) non identique à celle des patients

Il est difficile de savoir exactement où se situe le couple médecin face à l'autre (conjoint) face aux enfants : dans l'ensemble les enfants sont à peu près bien soignés (ma fille a dit à un médecin scolaire qu'on la soignait avec des fonds de tube pour son eczéma...) les petits enfants sont mieux suivis (il y a un ORL dans la famille, un radiologue etc...)

(41) pas plus voir plutôt moins, difficultés à s'exprimer auprès des médecins que l'on connaît

(44) en tant qu'épouse de médecin, j'observe qu'au bout de quelques 28 ans de carrière de mon mari, la médecine a « bouffé » les 3/4 de notre famille et les 3/4 de sa personnalité à lui

(45) comme les autres (mammographie, hemoccult®...)

(48) oui et non

J'essaie de ne pas trop le solliciter car ses journées de travail sont bien remplies

(49) non

Le fait d'avoir un conjoint médecin n'est pas toujours évident du fait qu'il sait qu'en penser (connait les pathologies). Présente pour les enfants, malgré qu'ils soient suivis par un autre médecin c'est elle qui les emmène et s'en occupe. Et donc, elle les soigne pour les maladies bénignes (ce que j'avais du mal à appréhender au début)

(55) dans ma fac, on dit (dixit le doyen: ancien président CDOM national), soigner les autres comme s'ils étaient de la famille, mais ne jamais soigner la famille, mais théorie et pratique...

(59) oui ! de l'information- un peu lourde parfois. Je note qu'il est important d'avoir son propre médecin traitant même si ma conjointe me dépanne régulièrement pour les petits tracas

(61) non

J'estime ne pas être mal suivi mais ce n'est pas l'idéal- mais choisir un confrère dans l'entourage n'est pas plus simple...tout le monde se connaît

(62) oui, plus d'attention par rapport aux patients, sensibilisation à certaines pathologies

(65) j'ai toujours trouvé confortable et sécurisant d'avoir un mari médecin (surtout quand les enfants étaient petits), qui peut juger au jour le jour quand il faut attendre et quand il faut agir. Il donne volontiers aux enfants des conseils diététiques et d'hygiène de vie (sommeil, addictions...)

(66) la relation de soin est faussée par la proximité affective des conjoints. Le médecin ne voit pas son conjoint-patient dans la globalité

Il est parfois cocasse de constater que c'est le "conjoint-patient" qui parle de prévention à son "conjoint-médecin" pas toujours à l'écoute de sa propre santé

(67) mon mari a bien suivi les enfants sur le plan organique ce qui manquait c'était une tierce personne qui aurait donné un avis avec du recul sur le plan psychologique. Si je l'avais fait mon mari m'en aurait voulu. Il le prenait comme un manque de confiance dans ses compétences médicales

(68) oui, plus en étant moi-même médecin. Mais contrairement à mon conjoint j'ai un médecin traitant, un suivi... mais existant. Cependant pour les pathologies courantes ou dans un contexte de semi urgence, nous nous prenons en charge nous même, comme les enfants

(70) non, car étant moi-même pharmacien on est dans la prévention

(71) en théorie, mais en pratique non !

(73) oui

Suite à des problèmes de santé en 2005 mon conjoint a permis d'accélérer la prise en charge par des spécialistes et de donner un diagnostic très rapide pr rapport à d'autres patients

(76) oui, sport et nutrition

(80) meilleures informations médicales, réactivité théorique plus rapide. Les cordonniers ne sont pas toujours les plus mal chaussés

(82) oui, l'œil bienveillant de mon épouse

(84) non mais je vais bien

Non mais envisagez-vous un questionnaire adressé aux enfants des médecins généralistes ?

(85) non, la même que les autres patients

(88) oui

Etant médecins tous les deux nous gérons toutes les « petites maladies » de chacun, mais chacun sait consulter un confrère spécialiste lorsqu'il est nécessaire- promis on fera du sport quand tous les enfantss seront à l'école toute la journée !!

(89) non

Manque parfois d'objectivité, ou de recul par le fait d'être suivi par (son médecin) mon conjoint

(90) la seule prise en charge est en cas de maladie ou de souffrance particulière : elle est rapide car immédiate et facilitée. Mais concernant la prévention je pense qu'elle est défaillante

Il est vrai qu'il est préférable d'avoir un médecin traitant extérieur mais pour des raisons de facilité...

(95) oui (plus insistante)

Automédication pour les choses simples mais prise en charge rigoureuse pour le reste

(98) oui car je pense que je me repose trop sur lui et qu'il n'a pas forcément le temps de faire de la prévention. S'il me conseille un dépistage ou un examen, j'ai tendance à attendre, à « laisser traîner » ...ce qui n'est pas une bonne chose !

(100) oui, nous en parlons beaucoup à la maison avec les enfants

D. *Courrier adressé aux médecins généralistes*

Cher confrère,

Je réalise une thèse sur **la prévention de la santé au sein de la famille du médecin généraliste** et plus particulièrement son conjoint et ses enfants. Pour cela je vous adresse ce questionnaire anonyme que je vous demande de bien vouloir faire parvenir à votre conjoint(e) (même s'il est médecin) afin qu'il (elle) y réponde.

Cordialement

Nolwenn Madec

E. Courier adressé aux conjoints

Madame, Monsieur,

Votre conjoint est médecin généraliste.

Je vous adresse ci-joint un questionnaire par courrier alors que je suis moi même jeune médecin généraliste, et que je réalise mon travail de thèse. Ce document fait 3 pages, il faut environ 7 minutes pour le remplir.

Dans ce travail, j'ai souhaité m'intéresser à **la prévention en santé dans la famille du médecin généraliste**, à travers un questionnaire centré sur le conjoint et les enfants.

C'est pourquoi je m'adresse aujourd'hui à vous, de façon à mieux comprendre comment l'on est soit même suivi lorsqu'on vit avec un médecin généraliste : qui s'occupe de votre santé ? qui suit vos enfants ? comment se fait ce suivi ? La réalité est certainement complexe. Plusieurs réponses peuvent être possibles lorsque vous remplirez le questionnaire. Mentionnez-le si besoin.

Bien sûr les éléments que vous communiquez sont totalement anonymes.

Je vous remercie du temps que vous prendrez pour me répondre, et me tiens à votre disposition pour toute demande de renseignements si nécessaire.

Nolwenn Madec

F. Le questionnaire



Département de Médecine générale
www.sante.univ-nantes.fr/med/medgen

FACULTE DE MEDECINE DE NANTES
 1, rue Gaston Veil - 44035 NANTES cedex

LA PREVENTION EN SANTE DANS LA FAMILLE PROCHE DU MEDECIN GENERALISTE : SON CONJOINT (E) ET SES ENFANTS

Questionnaire anonyme adressé par le biais des médecins généralistes à leur conjoint(e)

I^o partie : Informations générales

1- Quelques informations sur vous et vos enfants :

- Etes-vous ? un homme une femme
- Quel âge avez-vous ? _____
- Combien avez-vous d'enfant(s) ? _____
- Quel âge ont-ils ? _____
- Quelle est votre profession ? _____

2- Quelques informations sur les modalités d'exercice de votre conjoint médecin :

- Quel âge a-t-il (elle) ? _____
- Dans quelle commune exerce-t-il (elle) ? _____
- Est-il (elle) en association ?
 - avec des médecins généralistes avec des médecins spécialistes autres : _____
- A-t-il (elle) une orientation d'exercice ?
 - DU de pédiatrie DU de gynécologie DU de gériatrie
 - autre : _____

II^o partie : La prévention de votre santé

1- Suivi général :

- Avez-vous choisi un médecin traitant ?
 - non
 - oui : il s'agit de votre conjoint
 - d'un médecin généraliste associé avec mon conjoint
 - d'un médecin généraliste appartenant à votre cercle de relation
 - d'un médecin généraliste extérieur à vos relations
 - d'un médecin spécialiste

- Avez-vous consulté votre médecin traitant au cabinet médical une fois dans l'année ?

oui non

- Avez-vous un dossier médical ?

oui non ne sait pas

- Etes-vous à jour de votre vaccin contre le tétanos ?

oui non ne sait pas

Qui vous le fait ? _____

- Est-ce que votre tension a été contrôlée dans les 12 derniers mois ?

oui non

- Avez-vous eu un bilan lipidique, glycémique il y a moins de 5 ans ?

oui non

- Faites-vous du sport au moins une fois/ semaine ?

oui non

- Quel est votre poids ? _____ Votre taille ? _____

2- Suivi des grossesses :

- Avez-vous eu des grossesses ?

oui non

- Si oui, à quel praticien vous êtes-vous adressée pour le suivi de vos grossesses ?

un gynécologue un médecin généraliste une sage-femme votre conjoint

Pour vos grossesses à venir, changerez-vous de praticien ?

oui non ne sait pas

Si oui, par qui préférez-vous faire suivre ? _____

3- Dépistage des pathologies cancéreuses :

- Si vous êtes une femme, il est habituel d'avoir un suivi gynécologique. Comment ce suivi peut-il être réalisé quand on est soi-même le conjoint d'un médecin généraliste ?

- Le suivi d'examen des seins est-il réalisé dans votre cas par un médecin ?

oui non
 Si oui, il s'agit : d'un gynécologue un médecin généraliste votre conjoint
 autre : _____

- Réalisez-vous vous-même une auto-palpation des seins ?

oui non

- Avez-vous déjà fait une mammographie ?

oui non

- De quand date votre dernière mammographie ? _____

- Depuis quand faites-vous des mammographies ? _____

III^e partie : Prévention de la santé de vos enfants

Il est également intéressant de voir comment se fait le suivi médical de vos enfants. Pour cela nous nous intéressons au dernier de vos enfants.

Quel est son âge ? _____

1- Suivi général

- Quel médecin le suit actuellement ?

- votre conjoint (e) un médecin généraliste appartenant à votre cercle de relations
 un médecin généraliste extérieur à vos relations un médecin de PMI un pédiatre
 vous-même

- Est-ce que son carnet de santé est utilisé?

- oui non ne sait pas

- Les courbes de poids et de taille sont elles complétées?

- oui non ne sait pas

- La courbe d'IMC (indice de masse corporelle) est-elle faite ?

- oui non ne sait pas
 n'existe pas dans carnet de santé

2- Les vaccinations

Les vaccins permettent de protéger l'enfant contre certaines maladies et d'éviter le retour d'autres. Ils sont réalisés dès l'âge de 2 mois.

- Par qui sont faits les vaccinations de vos enfants ?

- votre conjoint (e) un médecin généraliste appartenant à votre cercle de relations
 un médecin généraliste extérieur à vos relations un médecin de PMI un pédiatre
 vous-même

- Sont-elles à jour ?

- oui non ne sait pas

3- Suivi de votre enfant de la naissance à 6 ans

- Par qui sont faits les examens systématiques de votre enfant de 1 mois à 6 ans ?

- votre conjoint (e) un médecin généraliste appartenant à votre cercle de relation
 un médecin généraliste extérieur à vos relations un médecin de PMI un pédiatre
 vous-même

- A-t- il eu un dépistage des troubles de l'audition et de la vue ?

- oui non ne sait pas

- Par qui ?

- le médecin généraliste le médecin de PMI (protection maternelle et infantile)
 vous-même le pédiatre l'infirmière scolaire autre

4- Suivi de votre enfant de 6 à 16 ans

- A-t-il eu un dépistage de la scoliose ?

- oui non ne sait pas

- Son dernier certificat médical d'aptitude au sport a-t-il été rédigé après un examen clinique et interrogatoire comme pour les autres patients?

- oui non ne sait pas

- Votre conjoint réalise-t-il les certificats médicaux pour la pratique du sport de votre enfant ?

- jamais occasionnellement toujours

5- Suivi médical après 16 ans

- Vers quel praticien se tourne votre enfant pour discuter de sexualité, MST, tabac, alcool ?

- votre conjoint (e) un médecin généraliste appartenant à votre cercle de relation
 un médecin généraliste extérieur à vos relations un pédiatre
 l'infirmière scolaire ne sait pas

- Quel médecin a prescrit à votre fille sa première contraception ?

- votre conjoint (e) un médecin généraliste appartenant à votre cercle de relation
 un médecin généraliste extérieur à vos relations un pédiatre
 un médecin du planning familial un gynécologue ne sait pas

- A l'âge de 16 ans, qui ont-t-ils finalement déclarés comme médecin traitant ?

- votre conjoint (e) le médecin généraliste qui le suivait jusqu'à 16 ans
 un médecin généraliste extérieur à vos relations pas de médecin déclaré
 vous, car vous êtes aussi médecin

La prévention consiste à éviter l'apparition de maladie ou de complications de ses maladies. Avez vous l'impression, en étant conjoint de médecin généraliste, de bénéficier d'une prise en charge particulière de la prévention de votre santé ?

Souhaitez vous rajouter des commentaires ?

Je vous remercie d'avoir consacré du temps à ce questionnaire et d'avoir ainsi participé à cette étude.

Titre : La prévention au sein de la famille du médecin généraliste : description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints.

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste a un rôle central dans la prévention. Pour ce qui est de la santé de ses proches, des travaux ont montré des difficultés de prise en charge. Qu'en est-il sur le plan préventif ? **Objectifs :** Décrire comment et par qui est assuré le suivi préventif des proches du médecin généraliste. **Méthode :** Enquête par questionnaires auprès de 100 conjoints de médecins généralistes de Loire Atlantique. **Résultats :** 74% des conjoints déclarent leur conjoint-médecin comme médecin traitant et 61,5% des enfants sont suivis par leur parent. Les recommandations seraient mieux respectées que dans la population générale en ce qui concerne l'hygiène de vie, les vaccinations, le dépistage des cancers gynécologiques. Par contre 73% des proches disent ne pas consulter au cabinet et 28% n'auraient pas de dossier médical. Le dépistage de l'obésité, de l'hypertension artérielle, de la scoliose sont alors moins bien réalisés, ainsi que les certificats médicaux de non contre-indication au sport, souvent signés par le parent sans examen clinique préalable. Il est également plus difficile aux proches d'aborder des thèmes comme l'alcool, le tabac, la sexualité ou les troubles psychologiques avec leur médecin traitant. Ils s'adressent alors à d'autres professionnels de santé, spécialiste plutôt que généraliste **Conclusion :** Les médecins généralistes suivent majoritairement leur proche mais leur proximité affective et le cadre informel des consultations nuisent parfois à la prévention. Des travaux ultérieurs auraient vocation à éclaircir ce qui peut apparaître comme un paradoxe : lorsqu'ils s'adressent à un professionnel de santé pour des motifs habituellement considérés comme relevant de la compétence « généraliste », les proches du médecin généraliste privilégièrent l'orientation vers un spécialiste, plutôt que de s'adresser à un généraliste extérieur au cercle familial.

MOTS-CLES

Famille du médecin généraliste, médecine générale, suivi, prévention, dépistage