



HAL
open science

Déterminants et motivations des personnels des armées dans leur choix de consulter un médecin généraliste civil ou militaire et vision du rôle du médecin militaire - étude auprès de 745 militaires exerçant en Île-de-France

Jérôme Siquin

► To cite this version:

Jérôme Siquin. Déterminants et motivations des personnels des armées dans leur choix de consulter un médecin généraliste civil ou militaire et vision du rôle du médecin militaire - étude auprès de 745 militaires exerçant en Île-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01472813

HAL Id: dumas-01472813

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01472813v1>

Submitted on 21 Feb 2017

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012

N° 130

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Déterminants et motivations des personnels des armées dans
leur choix de consulter un médecin généraliste civil ou militaire
et vision du rôle du médecin militaire – étude auprès de 745
militaires exerçant en Ile-de-France

Présentée et soutenue publiquement
le 2 octobre 2012

Par

Jérôme SINQUIN

Né le 10 mars 1984 à Quimper (29)

Dirigée par Mme Le Docteur Marie-Raphaëlle Perret

Jury :

M. Le Professeur Jean-Pierre Algayres Président
M. Le Professeur Thierry Carmoi
M. Le Professeur Jean Brami
Mme Le Docteur Nathalie Gautier



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

○ ...ALLEZ OU LA PATRIE ET L'HUMANITE ○
VOUS APPELLENT SOYEZ Y TOUJOURS
PRETS A SERVIR L'UNE ET L'AUTRE ET S'IL
LE FAUT SACHEZ IMITER CEUX DE VOS
GENEREUX COMPAGNONS QUI AU MEME POSTE
SONT MORTS MARTYRS DE CE DEVOUEMENT
INTREPIDE ET MAGNANIME
QUI EST LE VERITABLE ACTE DE FOI
DES HOMMES DE NOTRE ETAT.

BARON PERCY

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA GRANDE ARMÉE
○ AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811 ○

ECOLE DU VAL-DE-GRACE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS

Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon vermeil

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO

Directeur adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES DU VAL-DE-GRACE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Jean-Marc DEBONNE

Médecin-Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Officier des Palmes Académiques

A Monsieur le Médecin Chef des Services Hors Classe

Jean-Pierre ALGAYRES

Coordinateur du DES de Médecine Générale à l'HIA du Val-de-Grâce

Consultant à la Clinique Médicale de l'HIA du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Madame le Médecin en Chef Marie-Raphaëlle PERRET

Médecin-Chef de l'antenne médicale Ecole Militaire du CMA de Paris

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Nous vous remercions pour votre grande disponibilité et votre confiance dans la supervision de notre thèse. Rien n'eût été possible sans votre aide et vous resterez pour nous un exemple d'abnégation et de dévouement, tant pour ce travail qu'en tant que modèle pour notre pratique médicale. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Médecin Chef des Services Hors Classe

Jean-Pierre ALGAYRES

Coordinateur du DES de Médecine Générale à l'HIA du Val-de-Grâce

Consultant à la Clinique Médicale de l'HIA du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Vous nous faites le très grand honneur de présider notre jury et nous y sommes très sensibles. Vos enseignements et votre dévouement sont une chance, et nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu nous accorder au cours de ces trois dernières années.

Recevez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Thierry CARMOI

Chef de service de la Clinique Médicale de l'HIA du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vous nous faites l'honneur d'être membre de notre jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

Monsieur le Professeur Jean BRAMI

Professeur Associé de Médecine Générale

Département de Médecine Générale – Faculté de Médecine Paris Descartes

Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – HAS

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury. Nous vous exprimons nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Madame le Docteur Nathalie GAUTIER

Médecin Adjoint de l'antenne BA 117 du CMA de Paris

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Exercer à vos côtés fut un réel plaisir.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre gratitude la plus sincère.

**Ce travail n'aurait pas pu être effectué sans le soutien et l'aide
de plusieurs personnes que nous tenions à remercier :**

Le Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées de Saint-Mandé et plus particulièrement le Médecin en Chef C. Verret et M^{me} S. Laporal sans qui la réalisation et l'interprétation méthodologique auraient été impossibles.

Les médecins-chefs de CMA et médecins-chefs d'antenne médicale des différents établissements sollicités pour leur participation et l'intérêt qu'ils ont manifesté pour cette enquête.

Les personnels paramédicaux des antennes médicales sollicités pour leur implication dans ce projet.

Les chefs de service et adjoints, militaires et civils, qui m'ont accompagné et formé au cours de toutes ces années.

Ma famille pour son investissement, de l'agrafage des questionnaires jusqu'à la correction et l'impression des manuscrits.

Les copains qui ont fait la navette pour récupérer les questionnaires.

Aurore pour son aide inestimable.

A Aurore, pour sa patience et sa tendresse.

A mes parents, aussi bien modèles inébranlables que soutien de tous les instants.

A J.-B., Jeanne et Pierre, pour leur dynamisme et la rigolade ; jamais le temps de s'ennuyer.

A ma famille, pour sa gentillesse et sa disponibilité.

A mes amis, de la Boîte, navalais ou d'ailleurs, dont les encouragements et remarques m'ont aidé plus qu'ils ne pensent.

A mes co-internes, civils ou militaires.

A ma promo.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Table des matières

Liste des figures	13
Abréviations	16
Introduction.....	17
Première partie : généralités.....	19
I. Le médecin d'unité, à la fois expert et soignant	19
A. Expertise	19
1. Introduction.....	19
2. Nécessité de la sélection et de déterminer l'aptitude à servir dans les Armées.....	20
3. Profil médical	22
4. Visites médicales obligatoires en vue de déterminer l'aptitude.....	23
5. Contenu et déroulement d'une VSA	24
6. Information au commandement.....	26
7. Réflexion sur les visites obligatoires : l'aptitude, mais pas que	27
B. Médecine de soins.....	27
1. Introduction.....	27
2. Population concernée.....	29
3. Description des moyens d'une antenne médicale.....	30
4. Déontologie : le secret médical dans les Armées.....	31
II. Choix d'un médecin traitant.....	33
A. Réforme du médecin traitant.....	33
1. Introduction.....	33
2. Modalités de choix d'un médecin traitant	33
3. Parcours de soins coordonnés.....	34
4. Missions du médecin traitant.....	35
5. Législation spécifique des militaires et ayants droit	35
B. Adhésion de la population générale française à la réforme du médecin traitant	36
1. Réforme du médecin traitant en chiffres	36
2. Définition de la population ayant désigné un médecin traitant	36
3. Définition de la population n'ayant pas choisi de médecin traitant.....	37
4. Motivation dans la démarche de choix d'un médecin traitant	38
a. Motifs et motivations dans le choix de déclarer un médecin traitant	38
b. Motifs et motivations dans le choix de ne pas déclarer un médecin traitant.....	40
5. Définition de la population militaire ayant déclaré un médecin traitant.....	40
III. Etat des connaissances	41
A. Thèse de A. Bercher	41
B. Thèse de J. Comblet	42
Deuxième partie : matériel et méthodes	44
I. Type d'étude	44
II. Description et élaboration du questionnaire.....	44
A. Description.....	44
B. Elaboration	47
III. Population d'étude.....	49
IV. Modalités de diffusion et de recueil des questionnaires	50
V. Traitement statistique des données	51
Troisième partie : résultats.....	53
I. Participation et réponses.....	53
II. Renseignements biographiques.....	54
A. Répartition selon le sexe.....	54
B. Répartition selon l'âge	55
C. Répartition selon le grade	55

D.	Répartition selon l'armée d'appartenance.....	56
E.	Répartition selon le statut d'engagement.....	57
F.	Répartition selon l'ancienneté de service	58
G.	Répartition selon la situation familiale	59
H.	Répartition de la population selon l'existence d'une pathologie chronique	59
I.	Répartition de la population selon l'existence d'une pathologie liée au service ou requérant un suivi médical pour aptitude.....	60
J.	Répartition de la population selon la déclaration d'un médecin traitant civil.....	61
K.	Répartition de la population selon l'existence d'un suivi hospitalier régulier.....	62
III.	Motifs de consultation du médecin généraliste	63
IV.	Motivations pour consulter un médecin militaire	73
V.	Motivations pour consulter un médecin civil.....	75
VI.	Perception et vision du rôle du médecin d'unité.....	83
A.	Vision du rôle du médecin militaire.....	83
1.	Concernant la médecine d'expertise.....	84
2.	Concernant la capacité de consulter en urgence si besoin.....	85
3.	Concernant le rôle de médecin traitant.....	86
B.	Ressenti concernant les prestations du service médical d'unité.....	88
1.	Concernant la satisfaction par rapport à la qualité des soins.....	89
2.	Concernant l'importance accordée à la participation du médecin militaire aux OPEX.....	90
3.	Concernant l'importance accordée à la formation à l'urgence du médecin militaire.....	90
4.	Concernant les connaissances des capacités de prise en charge de l'antenne médicale	91
5.	Concernant le fait que le médecin militaire soit le médecin traitant par défaut.....	92
6.	Concernant l'absence de culture militaire du médecin civil.....	93
C.	Concernant l'expertise	94
1.	Concernant l'utilité de la VSA.....	95
2.	Concernant l'utilité des conseils dispensés au cours de la VSA	96
3.	Concernant la justesse des décisions prises en VSA	97
4.	Concernant la connaissance des voies de recours.....	98
5.	Concernant la croyance que la VSA est une consultation ne permettant que de déterminer une aptitude.....	99
6.	Concernant le fait que la VSA est une consultation permettant de faire le point sur l'état de santé.....	100
7.	Concernant la possibilité de cumul des missions de soins et d'expertise	101
8.	Concernant l'omission volontaire d'information au cours de la VSA de crainte d'un retentissement sur l'expertise.....	102
9.	Nombre de consultations de médecine générale au cours de l'année écoulée	103
D.	Concernant le secret médical.....	105
1.	Concernant l'hésitation à se confier.....	108
2.	Concernant le sentiment que le secret médical est respecté	110
3.	Concernant la connaissance de l'existence d'une possible rupture du secret médical	111
E.	Concernant la relation médecin-malade.....	112
1.	Concernant la vision du médecin militaire comme médecin	113
2.	Concernant la vision du médecin militaire comme officier	114
3.	Concernant la gêne induite par le rapport hiérarchique dans la relation médecin-malade	115
4.	Concernant la gêne induite par le rôle de conseiller du commandement dans la relation médecin-malade	117
F.	Attentes des patients vis-à-vis du médecin militaire	118
G.	Réactions des patients face aux orientations du SSA	121
1.	Concernant l'introduction de consultations payantes	122
2.	Concernant la délocalisation du service médical	124
Quatrième partie : discussion		126
I.	Pertinence de la méthodologie employée.....	126
A.	Nature de l'étude.....	126
B.	Analyse critique du questionnaire.....	126
C.	Population cible de l'étude.....	127

II. Caractéristiques de la population étudiée par rapport à la population militaire française.....	128
A. Concernant le sexe.....	129
B. Concernant l'âge.....	129
C. Concernant le grade.....	130
D. Concernant la répartition des personnels dans les armées.....	132
E. Concernant la situation familiale.....	132
III. Discussion.....	133
A. Recours au médecin militaire comme médecin traitant.....	133
1. Répartition de la population selon son médecin traitant.....	133
2. Définition de la population ayant recours au médecin militaire indépendamment du médecin traitant déclaré.....	140
B. Le médecin d'unité, un médecin de premier recours ?.....	143
C. Déterminants et motivations dans le choix du praticien à consulter.....	144
D. Ressenti concernant l'expertise.....	150
E. Secret médical.....	154
F. Satisfaction et évaluation des possibles évolutions du SSA.....	157
Conclusion.....	161
Bibliographie.....	165
Annexes.....	169
I. Annexe 1 : certificat médico-administratif n° 620-4*/1.....	169
II. Annexe 2 : formulaire n° S 3704.....	170
III. Annexe 3 : auto-questionnaire utilisé pour cette étude.....	172
IV. Annexe 4 : questionnaire test.....	176
V. Annexe 5 : questionnaire « Le Service de Santé des Armées et vous ».....	180
VI. Annexe 6 : commentaires relatifs au non-respect du secret médical.....	181
VII. Annexe 7 : commentaires libres (question 62).....	182

Liste des figures

Figure 1 : distribution, collecte et exploitation des questionnaires.....	54
Figure 2 : répartition de la population étudiée (N = 745) selon l'âge et le sexe	55
Figure 3 : répartition de la population étudiée (N = 745) selon le grade	56
Figure 4 : répartition de la population étudiée (N = 745) en fonction de l'armée d'appartenance	56
Figure 5 : proportion des catégories de grades au sein des armées dans la population étudiée (N = 743) .	57
Figure 6 : répartition de la population étudiée (N = 735) en fonction du statut et du grade	58
Figure 7 : répartition de la population (N = 738) en fonction de l'ancienneté de service.....	58
Figure 8 : répartition de la population étudiée (N = 739) selon la situation familiale.....	59
Figure 9 : existence d'une pathologie chronique selon l'âge (p < 0,001).....	60
Figure 10 : proportion de la population ayant déclaré un médecin traitant civil en fonction du sexe, du grade, de l'armée et de l'ancienneté de service.....	61
Figure 11 : proportion de la population ayant un suivi régulier en fonction du sexe, de l'âge, du grade et de l'armée d'appartenance.....	62
Figure 12 : répartition de la population selon les motifs de consultation chez le médecin généraliste civil ou militaire	64
Figure 13 : répartition de la population étudiée (N = 745) en fonction du comportement de consultation	65
Figure 14 : proportion de personnel féminin dans les groupes comportement de consultation (p=0,004)	66
Figure 15 : répartition de la population étudiée (N = 744) dans les groupes comportement de consultation en fonction de l'âge (p = 0,02).....	66
Figure 16 : répartition de la population étudiée (N = 743) dans les groupes comportement de consultations en fonction de l'armée d'appartenance (p < 0,001)	68
Figure 17 : proportion des personnels dans les groupes comportement de consultation en fonction de l'armée d'appartenance (p < 0,001)	69
Figure 18 : répartition de la population étudiée (N = 737) dans les groupes comportement de consultation en fonction du statut d'engagement (p < 0,001).....	71
Figure 19 : répartition de la population étudiée (N = 739) dans les groupes comportement de consultation en fonction de la situation familiale (p = 0,02).....	72
Figure 20 : répartition de la population étudiée (N = 742) dans les groupes comportement de consultation en fonction de la déclaration d'un médecin traitant civil (p < 0,001)	73
Figure 21 : motivations des personnels lors des consultations du médecin militaire.....	74
Figure 22 : motivations des personnels lors des consultations du médecin civil.....	75
Figure 23 : comparaison entre les motivations à consulter un médecin civil ou militaire pour les personnels du groupe indifférencié	76
Figure 24 : comparaison entre les motivations à consulter un médecin civil ou militaire pour les personnels ayant préférentiellement recours au médecin civil.....	77
Figure 25 : comparaison entre les motivations à consulter un médecin civil ou militaire pour les personnels ayant recours préférentiellement au médecin militaire	79
Figure 26 : répartition des personnels recommandant le médecin militaire comme médecin de famille en fonction de l'âge, du grade et du groupe comportement de consultations.....	81
Figure 27 : répartition de la population n'estimant pas le médecin civil plus compétent que le militaire selon l'âge, le grade, l'ancienneté, la situation familiale, la déclaration d'un médecin traitant et le groupe comportement de consultation	82
Figure 28 : vision du rôle du médecin militaire.....	83
Figure 29 : répartition de la population estimant que le médecin militaire est uniquement un médecin expert selon le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale, la déclaration d'un médecin traitant, du groupe comportement de consultation	84
Figure 30 : « le médecin militaire doit pouvoir vous recevoir en urgence si besoin », répartition de la population selon le groupe comportement de consultation.....	86

Figure 31 : « le médecin militaire doit jouer le rôle traitant », répartition de la population selon la déclaration d'un médecin traitant et du groupe comportement de consultation	87
Figure 32 : répartition des personnels selon leur ressenti concernant les prestations du service médical d'unité	88
Figure 33 : répartition des personnels selon leur satisfaction de la qualité des soins en fonction du grade, de l'ancienneté, du statut d'engagement et de la situation familiale	89
Figure 34: importance accordée à la participation aux OPEX selon les armées et le statut d'engagement..	90
Figure 35 : répartition de la population selon ses connaissances des capacités de l'antenne médicale en fonction de l'armée et du groupe comportement de consultation	91
Figure 36 : répartition de la population selon la connaissance de la législation en fonction du grade, de l'armée, de la déclaration d'un médecin traitant et du comportement de consultation	92
Figure 37 : répartition de la population estimant que l'absence de culture militaire est un handicap selon l'ancienneté, l'existence d'une pathologie de service et la déclaration d'un médecin traitant...	93
Figure 38 : répartition des personnels selon leur ressenti concernant l'expertise	94
Figure 39 : répartition de la population trouvant la VSA utile selon le sexe, l'âge et le grade	95
Figure 40 : répartition de la population trouvant les conseils donnés en VSA utiles selon l'âge, le grade et le groupe comportement de consultation.....	96
Figure 41 : répartition des personnels ne trouvant pas les décisions de VSA appropriées selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement et la situation familiale	97
Figure 42 : répartition de la population connaissant les voies de recours selon l'âge, le grade et l'ancienneté	98
Figure 43 : répartition de la population considérant la VSA comme une visite d'aptitude uniquement selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale et la déclaration d'un médecin traitant	99
Figure 44 : répartition de la population considérant que la VSA permet de faire le point sur leur état de santé selon le sexe, l'âge, le grade et l'ancienneté	100
Figure 45 : répartition de la population s'opposant au cumul des fonctions de soins et d'expertise selon le grade et l'ancienneté de service	101
Figure 46 : répartition de la population dissimulant des informations en VSA selon l'âge, le grade, l'armée, l'ancienneté, le statut d'engagement et l'existence de pathologies liées au service	102
Figure 47 : répartition de la population selon le nombre de consultations chez un médecin généraliste civil et militaire au cours de l'année écoulée.....	104
Figure 48 : répartition de la population (N = 679) en fonction des consultations chez le médecin civil et militaire au cours de l'année écoulée.....	105
Figure 49 : répartition de la population selon son ressenti sur le secret médical	106
Figure 50 : répartition des causes responsables du non-respect du secret médical, en nombre de réponses	106
Figure 51 : répartition de la population hésitant à se confier selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale, la déclaration d'un médecin traitant, l'existence d'une pathologie liée au service, l'impression d'un non-respect du secret médical	108
Figure 52 : répartition de la population estimant que le secret médical n'est pas respecté selon le sexe, l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale, l'existence de pathologies liées au service et d'un suivi hospitalier	110
Figure 53 : répartition de la population selon son ressenti concernant la relation médecin-malade	112
Figure 54 : répartition de la population ne considérant pas le médecin militaire comme un médecin, selon le sexe, l'âge, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale et le suivi hospitalier	113
Figure 55 : répartition de la population ne considérant pas le médecin militaire comme un officier selon le grade et l'armée.....	114
Figure 56 : répartition de la population gênée par le rapport hiérarchique selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale et l'existence d'une pathologie chronique ou liée au service	115

Figure 57 : répartition de la population gênée par la mission de conseil au commandement selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement et la situation familiale.....	117
Figure 58 : principales compétences attendues du médecin militaire, en nombre de réponses	118
Figure 59 : répartition de la population consultant en cas de paiement à l'acte, selon l'âge, le grade, l'armée, l'ancienneté, l'existence de pathologie chronique et la déclaration d'un médecin traitant ..	122
Figure 60 : répartition de la population consultant en cas de délocalisation selon l'âge, le grade, l'armée, l'ancienneté et l'existence d'un suivi hospitalier	124
Figure 61 : comparaison de la répartition des personnels selon leur sexe dans l'échantillon d'étude et la population militaire française	129
Figure 62 : comparaison de la répartition des personnels selon leur âge dans l'échantillon d'étude et la population militaire française.....	129
Figure 63 : comparaison de la répartition des personnels selon leur grade (civils inclus) dans l'échantillon d'étude et la population militaire française (p < 0,001)	130
Figure 64 : comparaison de la répartition des personnels selon leur grade (civils exclus) dans l'échantillon d'étude et la population militaire française (p < 0,001)	131
Figure 65 : comparaison de la répartition des personnels selon l'armée d'appartenance dans l'échantillon d'étude et la population militaire française (p < 0,001)	132
Figure 66 : représentation des « régions Terre » en 2009	136
Figure 67 : représentation de la densité médicale régionale (globale, des généralistes et des spécialistes)	137

Abréviations

ADC : adjudant-chef

ADJ : adjudant

BA : base aérienne

CCH : caporal-chef

CESPA : Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées

CHU : centre hospitalier universitaire

CMA : centre médical des armées

CMU : couverture médicale universelle

CPL : caporal

CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées

DGA : Direction Générale de l'Armement

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation statistique

DRSSA : Direction Régionale du Service de Santé des Armées

ESSA : Ecole du Service de Santé des Armées

HAS : Haute Autorité de Santé

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

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

MCD : mission de courte durée

MSF : Médecins sans frontières

OM : outre-mer

OPEX : opération extérieure

RGPP : révision générale des politiques publiques

RI : régiment d'infanterie

SCH : sergent-chef

SGT : sergent

SSA : Service de Santé des Armées

TOE : théâtre d'opération extérieure

VSA : visite systématique annuelle

Introduction

La population militaire française bénéficie d'un suivi médical régulier et obligatoire dans le cadre de visites d'aptitude, réalisées par un médecin des armées [1]. Celles-ci, dont la fréquence et l'importance varient selon les contraintes liées aux missions et aux emplois, amènent les personnels des Armées à côtoyer de façon répétée un médecin militaire, qui joue dans ce contexte le rôle de médecin chargé de prévention, à l'instar d'un médecin du travail [2].

Le médecin d'unité, outre sa mission de médecin expert dans le cadre de l'aptitude, a également un rôle de soignant [2] au profit de la communauté de la défense [3]. Il en possède les capacités, acquises au cours d'un cursus universitaire validant ses compétences de médecine générale, avec l'obtention de diplômes universitaires civils. D'après de précédents travaux [4], le médecin militaire est d'ailleurs principalement attendu comme un praticien de soins, exerçant une activité de médecine générale par la population militaire, et n'apparaît que secondairement comme médecin de prévention.

Par ailleurs, la législation [5] fait de celui-ci le médecin traitant par défaut des personnels militaires. Compte tenu de la liberté de choix du médecin traitant [6], nous nous sommes efforcés de déterminer les caractéristiques de la population ayant recours au médecin militaire pour son rôle de soignant, que ce soit en termes d'effectif ou de biographie. De manière originale, nous avons également cherché à mettre en évidence les déterminants et motivations permettant au patient de s'orienter vers un praticien civil ou militaire.

La volonté d'entreprendre cette étude repose sur plusieurs facteurs notamment issus de notre expérience personnelle. D'une part, en tant que futurs officiers, nous sommes confrontés au cours de notre cursus à de nombreux militaires d'origines et d'orientations diverses qui, d'emblée, nous font part de leur circonspection à avoir recours au médecin d'unité. D'autre part, en tant qu'internes des hôpitaux des armées, en stage de médecine générale, nous sommes régulièrement amenés à prendre en charge ces patients dont la réticence nuit à l'établissement d'une relation médecin-malade saine et ouverte. Enfin, le mythe du médecin militaire, mauvais soignant, est à ce

point ancré dans l'inconscient militaire qu'il est ressenti même au sein du SSA. Il nous a donc paru judicieux d'approfondir ce sujet afin d'infirmier ou de confirmer cette impression tenace. Autre facteur de motivation, un travail concernant la perception du médecin d'unité a déjà été réalisé en 2011 [7], mais était volontairement limité aux personnels de l'armée de terre, ne représentant que 39,9 % des effectifs militaires totaux [8]. Il semblait donc intéressant de réévaluer cette perception sur un échantillon interarmées, en tâchant d'être le plus représentatif de la population militaire française possible, d'autant plus que dans le cadre de la RGPP [9], le SSA a, depuis 2008, entrepris une vaste série de réformes. Celles-ci ont pour but de rationaliser son dispositif et d'améliorer ses performances, notamment par le biais de la création des CMA [10] responsables, en théorie, d'une interarmisation des consultations. L'un des objectifs définis est de permettre aux médecins d'unité de recentrer leur pratique sur l'exercice de la médecine de soins. Dans ce contexte, nous avons cherché à évaluer la satisfaction des militaires en ce qui concerne le fonctionnement actuel et de déterminer leurs réactions face aux éventuelles évolutions du service. Nous nous sommes également attachés à définir les attentes des patients concernant le rôle du médecin militaire et ses compétences, afin de discuter des mesures permettant d'augmenter notre attractivité.

Nous tâcherons de répondre à ces différentes problématiques dans ce travail de thèse qui tiendra lieu de mémoire pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Après avoir défini les rôles de soignant et d'expert du médecin d'unité, nous verrons en quoi consiste la réforme du médecin traitant et comment la population française y a adhéré, avant de réaliser un état des lieux des connaissances actuelles. Nous aborderons en deuxième partie la méthodologie de cette étude, puis les résultats obtenus suivis de leur analyse critique. Enfin, nous discuterons les résultats par rapport aux travaux antérieurs, puis envisagerons quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

Première partie : généralités

I. Le médecin d'unité, à la fois expert et soignant

A. Expertise

1. Introduction

Le principe de sélection dans les Armées remonte au décret impérial du 29 décembre 1804 définissant les motifs d'exemption pour les conscrits, la conscription ayant été instaurée par la loi Jourdan-Delbrel du 5 septembre 1798. Le référentiel actuel [1] [11] définissant les normes d'aptitude date de 2005 et est régulièrement remis à jour.

Le statut général des militaires définit que « *nul ne peut être militaire : [...] s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction* » [12]. Dans ce contexte, le SSA a pour mission de s'assurer que les militaires présentent un état de santé en adéquation avec les exigences pour servir dans les armées, ainsi que dans un emploi ou un milieu spécifique et parfois contraignant (service à la mer dans la Marine Nationale, aptitude personnel navigant pour les pilotes, etc.).

La visite d'expertise est un acte médical visant à protéger la santé du patient militaire ou futur engagé, avec d'importantes répercussions socio-professionnelles. Elle engage la responsabilité du médecin. Elle permet également la protection du groupe avec la mise en place de niveaux d'entraînement homogènes et de la collectivité en évitant la prise de risques inconsidérés pour les activités de sécurité (aptitude au port d'arme, etc.).

On notera que depuis 1996, date de la suspension du Service National, puis 2002, date de la professionnalisation des Armées, un important changement s'est opéré dans la conception de l'expertise, la surestimation des inaptitudes pour être exempté de service militaire ayant laissé la place à une probable sous-évaluation par dissimulation des

patients, afin d'éviter des conséquences professionnelles et économiques parfois lourdes.

L'objectif de l'expertise médicale d'aptitude est donc bien plus complet qu'un simple bilan de santé systématique puisqu'il s'agit de :

- vérifier l'adéquation entre l'état de santé constaté et les exigences de la spécialité, de l'emploi, du poste, de la mission [1] ;
- déterminer l'absence de contre-indication à un entraînement physique de niveau adapté [13] ;
- vérifier l'absence d'anomalie neuro-sensorielle (ophtalmologique et ORL), avec une exigence adaptée au niveau d'emploi [1].

2. Nécessité de la sélection et de déterminer l'aptitude à servir dans les Armées

L'aptitude est déterminée au cours d'un examen médical, puis exprimée par la formule dite du profil médical (SIGYCOP), que nous définirons ultérieurement. La présentation d'un profil médical minimal est requise pour tout militaire afin d'être recruté et servir au sein de l'armée. Certains emplois, activités, conditions ou milieux de travail spécifiques requièrent par ailleurs une aptitude particulière.

Dans le cadre de ces visites d'aptitude, le médecin, qui joue ici un rôle d'expert, donne un avis sur l'aptitude du militaire. Il appartient ensuite au commandement, au vu de cet avis et d'autres éléments en sa possession, de statuer sur l'aptitude du personnel, et, le cas échéant, de l'orienter vers une autre fonction ou de lui accorder une dérogation.

Comme vu précédemment, les objectifs de la détermination de l'aptitude sont doubles : préserver la santé du personnel concerné, mais également au niveau collectif de garder une capacité opérationnelle des forces armées.

Les visites d'aptitude concernent les militaires de carrière et sous contrat quels que soient leur armée ou service d'appartenance, et indépendamment de leur grade ou de

leur position d'activité. Il existe quelques personnels non concernés, à savoir ceux en service détaché, hors cadres, en service isolé à l'étranger ou en position de non-activité.

La visite médicale d'aptitude est donc un acte médical mêlant expertise, prévention, hygiène et prophylaxie vaccinale. Elle est soumise au secret médical et ses conclusions sont valables, en règle générale, un an, bien qu'il soit actuellement discuté de majorer ce temps de validité à deux ans [14]. Elle repose sur des fondements juridiques (Code de la sécurité sociale et Code de la défense notamment) et techniques avec les instructions ministérielles (IM) 2100, relative à la détermination de l'aptitude, et 1700, concernant le suivi et l'aptitude à servir ainsi que les instructions spécifiques d'armées ou de cadre d'emploi.

Au final, la visite d'expertise correspond à la confrontation d'un constat objectif de l'état physique, physiologique et psychique d'un individu à une norme définie par le commandement. Il convient cependant de distinguer l'aptitude médicale et l'aptitude psychique, qui sont du ressort du médecin, des aptitudes physiques et mentales qui sont quant à elles du ressort du commandement.

En effet, l'aptitude médicale dépend exclusivement du médecin militaire et engage pleinement sa responsabilité en tant qu'expert, tandis que l'aptitude physique correspond à une adéquation entre le niveau d'entraînement physique et les contraintes physiques et psychologiques relatives à l'emploi. La pratique régulière d'activités physiques et sportives pour obtenir, puis maintenir une condition physique compatible avec l'emploi du personnel militaire est coordonnée par le commandement, le médecin ne jouant qu'un rôle de conseiller. Ainsi, l'employeur exige un niveau physique minimal pour être apte à l'emploi qui sera traduit en niveau d'entraînement sportif et en limitations médicales éventuelles, temporaires ou définitives. Plus qu'une notion d'aptitude, il revient donc au médecin militaire de déterminer l'absence de contre-indication à l'entraînement. Par ailleurs, il existe des normes physiques « morphologiques » de taille ou de poids définies par le commandement pour des raisons de compatibilité de matériel. Ainsi, il est aisé de concevoir qu'un gilet pare-balles produit en série, par exemple, ne conviendra ni à un personnel de petite taille (inférieure à 1,50 m), ni à un personnel obèse... [1].

De la même manière, nous distinguerons les aptitudes psychiques et mentales. L'aptitude psychique consiste à déterminer l'adéquation de l'état psychique avec l'état de militaire. En effet, sans parler de personnalité ou pathologie psychiatrique, il s'agit de considérer l'intégration de l'individu à un groupe social avec ses codes, valeurs et contraintes, sans oublier la potentielle confrontation à la violence, voire à la mort [1]. Concernant l'aptitude mentale, elle correspond à un état d'esprit et à des capacités d'anticipation et d'adaptation appropriées. Elle peut être améliorée sous l'effet de l'entraînement et de la préparation opérationnelle.

Une fois les conclusions de l'expertise faites, il est aisé de comprendre que dans certains cas la décision retenue aille à l'encontre des desiderata du personnel concerné. C'est pourquoi toute décision d'aptitude ou d'inaptitude peut-être contestée et faire l'objet d'une demande de dérogation aux normes établies. Ces demandes sont soumises au conseil régional de santé, organisme consultatif chargé de donner un avis sur toutes les questions en matières d'aptitude physique et de contentieux médical, exception faite des personnels navigants de l'aviation légère de l'armée de terre et des plongeurs qui bénéficient de commissions spécialisées. A l'issue de ce premier recours, si besoin, il existe une deuxième voie de recours, le Conseil supérieur de santé, qui est également un organisme consultatif [1].

3. Profil médical [11]

Le profil médical est défini par sept sigles affublés de coefficients, couvrant les différents degrés allant de la normalité, qui traduit l'aptitude sans restriction, jusqu'à l'affection grave ou l'impotence majeure, qui commande l'inaptitude totale. Ainsi, le profil médical permet de renseigner le commandement avec suffisamment de précision pour qu'il puisse, à partir des normes qu'il a lui-même définies, affecter ou employer de la manière la plus rationnelle possible le personnel militaire mis à sa disposition. Les profils sont identiques quel que soit le sexe des personnels.

Sigle	Coefficient possible	Domaine concerné
S	De 1 à 6	Ceinture scapulaire et membres supérieurs
I	De 1 à 6	Ceinture pelvienne et membres inférieurs
G*	De 1 à 6	Etat général
Y	De 1 à 6	Yeux et vision (sens chromatique exclu)
C	De 1 à 6	Sens chromatique
O	De 1 à 6	Oreilles et audition
P	De 0 à 5	Psychisme
* L'appréciation de l'état général ne se limite pas à la complexion ou la robustesse physique générale. Toute affection, évolutive ou non, déjà prise en compte dans les autres sigles ou non, peut influencer sur G dès qu'elle est susceptible de retentir sur l'organisme par des complications ou une diminution des résistances.		

Il existe par ailleurs le sigle T précisant le caractère temporaire d'une affection. On notera que pour une même pathologie, le coefficient peut différer selon le contexte. L'avis sera plus rigoureux à l'engagement du militaire que si la pathologie survient en cours de carrière, voire du fait du service. Par exemple, une laxité chronique antérieure du genou non opérée à l'engagement sera classée I = 5 (inapte au service, et donc à l'engagement) tandis que la même pathologie, non opérée, survenant en cours de carrière sera classée I = 2 à 5 selon l'importance de la laxité.

4. Visites médicales obligatoires en vue de déterminer l'aptitude

Il existe plusieurs raisons motivant la réalisation d'une visite médicale en vue de déterminer l'aptitude :

- les visites d'ordre statutaire (visites préliminaires à un changement de statut, qu'il s'agisse d'un engagement initial, du passage au grade d'officier, ou encore en cas de fin de service actif) ;
- la visite médicale périodique annuelle, aussi appelée visite systématique annuelle (VSA), sur laquelle nous reviendrons ;
- les visites d'aptitude particulière à certaines spécialités (aptitude personnel navigant, aptitude à la plongée, etc.) ;
- les visites avant départ outre-mer ;
- les visites d'arrivée au corps ;
- les visites liées à certaines conditions d'emploi ;
- les visites de reprise de service.

La visite la plus fréquente est la VSA, obligatoire pour tout militaire en situation d'activité et dont l'objectif est de suivre et de contrôler l'aptitude médicale et psychique du personnel, afin de préserver sa santé et la capacité opérationnelle des forces. Les objectifs de cette visite sont triples :

- vérifier l'aptitude générale au service et les aptitudes particulières liées à l'emploi tenu, au changement de statut et à toute mission opérationnelle [11] ;
- réaliser un contrôle médico-physiologique de l'entraînement physique et sportif en précisant la catégorisation médico-physiologique de l'intéressé [13] [16] ;
- contrôler les risques professionnels et nuisances dans la mesure où le militaire ne bénéficie pas d'un médecin du travail à proprement parler et que ce rôle est dévolu au médecin d'unité.

Cette visite a pour but de vérifier l'absence de cause d'inaptitude à servir dans l'armée et la spécialité considérée, et à suivre un entraînement physique de niveau adapté.

En dehors des visites périodiques et de changement statutaire, d'autres visites obligatoires dites d'expertise sont en réalité des consultations de médecine d'armée, à savoir la mise en condition opérationnelle avant le départ en mission et, au retour, la vérification de l'absence de retentissement physique ou psychique, ou encore la surveillance d'éventuelles expositions à risque.

5. Contenu et déroulement d'une VSA [1]

Cette visite se déroule en plusieurs parties. Le patient remplit au préalable un questionnaire médico-biographique avec l'aide éventuelle des personnels paramédicaux. Les objectifs de ce questionnaire sont de standardiser le recueil anamnestique et de limiter la perte d'information par omission involontaire.

S'ensuit alors la consultation médicale, comprenant notamment un entretien exhaustif suivi d'un examen clinique complet et le contrôle du calendrier vaccinal, spécifique aux armées. L'entretien, outre la recherche des antécédents personnels et familiaux, des habitudes de vie et de symptomatologie fonctionnelle, doit mettre l'accent sur

la pratique sportive, mais également la tolérance aux contraintes liées à l'emploi et leur retentissement sur la vie personnelle et familiale du sujet. L'examen clinique doit être complet, s'attachant à rechercher d'éventuelles causes d'inaptitude, notamment ostéo-articulaires et rachidiennes.

Ainsi, il est nécessaire de rechercher et d'évaluer au cours de la VSA :

- l'existence de contre-indication à la pratique de l'entraînement physique ;
- l'existence de pathologie évolutive ou de séquelle responsable de limitations d'aptitude temporaire ou définitive ;
- les fonctions neurosensorielles en fonction de l'emploi.

La réalisation d'examens complémentaires n'est pas systématique et est définie en fonction de l'emploi dans le cadre de la médecine de prévention, avec néanmoins la réalisation d'un électrocardiogramme et d'un panoramique dentaire tous les cinq ans dans le cadre de l'aptitude, ainsi que l'évaluation des fonctions neurosensorielles (mesure de l'acuité visuelle, audiogramme). Cependant, sont réalisés de manière systématique :

- un groupage sanguin ;
- un test de grossesse urinaire à l'admission dans les Armées dans la mesure où la grossesse est un état physiologique qui est incompatible avec les activités militaires opérationnelles ;
- une bandelette urinaire annuelle ;
- un dépistage urinaire de toxique pour certaines catégories de personnels.

Ces examens ont trois utilités notables :

- ils permettent la détection de pathologie passée inaperçue à l'examen clinique (rôle de l'ECG) ;
- ils servent de valeurs de référence pour apprécier l'évolution ultérieure d'un paramètre (audiogramme et survenue de traumatisme sonore aigu) ;
- ils sont un prérequis pour traiter une blessure en opération extérieure (groupage sanguin en cas de recours à la transfusion) ou pour l'identification médico-légale (orthopantomogramme).

Les autres examens complémentaires sont réalisés selon les recommandations des références médicales opposables en vigueur ou orientés par l'interrogatoire et l'examen clinique.

6. Information au commandement

A l'issue d'une visite d'aptitude, les constatations médicales sont portées dans le livret médical, strictement confidentiel, tandis que les conclusions médico-administratives sont portées à la connaissance du commandement par le biais du certificat médico-administratif d'aptitude n° 620-4/1 (annexe 1). Celui-ci ne comporte aucun élément de nature médicale, se contentant de définir le cadre d'emploi du personnel :

- apte à servir et à faire campagne en tous lieux et sans restriction ;
- apte à servir en tous lieux dans un emploi compatible avec l'infirmité présentée ;
- apte à servir en tous lieux dans un emploi sédentaire seulement ;
- inapte définitivement ou temporairement à servir outre-mer ;
- inapte définitivement ou temporairement à servir en tous lieux.

Sont également portées avec précision sur le certificat les restrictions éventuelles (inapte au départ outre-mer, inapte au tir, inapte au sport sollicitant les membres inférieurs, etc.) et la classification médico-physiologique concernant l'activité physique et sportive, à savoir :

- I : absence de pathologie et pratique sportive suffisante ;
- II : absence de pathologie et pratique sportive insuffisante ;
- III : présence de pathologie et pratique sportive insuffisante.

Dans certaines conditions (accession à un emploi particulier ou changement de statut), le commandement peut avoir besoin du SYGICOP pour statuer sur l'aptitude d'un personnel. Bien que celui-ci « codifie » l'état de santé du personnel, aucune information de nature médicale n'y est portée.

7. Réflexion sur les visites obligatoires : l'aptitude, mais pas que...

Il est à noter que si la visite systématique annuelle vise à définir l'aptitude, c'est aussi, et avant tout, une consultation médicale permettant de réaliser un « check-up » de l'état de santé du patient et de répondre à ses interrogations. En effet, si la visite d'expertise repose sur des fondements techniques et juridiques propres à l'institution militaire, elle se base également sur les recommandations en vigueur et est régie par le Code de la sécurité sociale et par la déontologie médicale. Chaque consultation est l'occasion d'aborder des thèmes liés à la prévention et l'hygiène dans le cadre d'une démarche de santé publique, qu'il s'agisse d'informations concernant les maladies sexuellement transmissibles, les addictions ou encore le risque cardio-vasculaire, d'autant plus que la visite systématique annuelle est souvent le seul lien entre le monde médical et une population jeune et en bonne santé, sans autre suivi. Ainsi, bien que leurs objectifs soient distincts, médecine de prévention, soins et expertise sont étroitement liés au cours de l'acte d'expertise.

B. Médecine de soins [3]

1. Introduction

Les activités de consultations comprennent, d'une part, les visites d'expertise et, d'autre part, les consultations de médecine de soins proprement dites, même si, comme nous l'avons vu précédemment, soins et expertise sont souvent étroitement mêlés au sein d'un même acte. Chaque service médical est libre d'organiser ses consultations comme il l'entend (soins le matin et expertise l'après-midi, consultations indifférenciées dans la journée ou encore un nombre maximum prédéfini de visites d'expertise par praticien et par jour). Cependant, il faut garder à l'esprit que la médecine de soins est l'activité prépondérante d'une antenne médicale. Selon le rapport d'activité pour l'année 2009, 1 003 553 actes médicaux ont été réalisés dans les services médicaux d'unité, dont 567 154 consultations de soins et 432 098 consultations d'expertise, les consultations

de soins représentant 53 % des actes médicaux [14]. On peut distinguer trois types de consultation : la consultation de médecine générale programmée, la consultation non programmée et la prise en charge d'éventuelles urgences.

Selon l'article R. 4127-105 du Code de la santé publique, « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade* » [17]. Il existe néanmoins une dérogation pour le médecin militaire qui apparaît dans le code de déontologie propre aux praticiens des armées [15], au sein des articles 49 et 50 :

Article 49 :

« Tout médecin des armées est habilité, sous réserve des directives relatives à l'exécution des missions qui lui sont confiées, à mettre en œuvre toutes les mesures d'expertise et d'aptitude médicale. Les avis qu'il fournit à l'autorité qui l'a mandaté à cet effet doivent se limiter à leur objet. En matière d'aptitude des militaires, ses conclusions doivent être communiquées à cette autorité sous la seule forme d'une appréciation, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui la motivent. »

Article 50 :

« Sous réserve des dispositions relatives au secret professionnel, il n'existe pas, pour un médecin des armées, d'incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant et celles de médecin expert d'une même personne. Il est, en particulier, compétent pour apprécier l'aptitude médicale à servir des militaires et se prononcer sur leurs capacités physiques et psychiques à occuper leur emploi. »

Ce double emploi présente un avantage manifeste : qu'il s'agisse d'une consultation de soins ou d'expertise, le patient se trouve face à une équipe médicale à même de juger de la situation compte tenu du milieu professionnel et des contraintes opérationnelles. Cela permet donc une meilleure prise en charge thérapeutique puisque le médecin militaire joue, en partie, le rôle de médecin du travail et peut décider d'émettre une restriction d'aptitude, voire un aménagement de poste en accord avec la hiérarchie du patient. Cette inaptitude est temporaire et est définie pour une durée limitée, en attendant le rétablissement du patient ou, au contraire, pour statuer de façon définitive après la réalisation d'investigations plus poussées. Il est à noter qu'une inaptitude n'est pas figée

et peut faire l'objet d'une révision ou d'une dérogation ultérieure. Néanmoins, cette fonction de soignant et d'expert a également un côté pervers dans la mesure où elle peut entraîner un moindre recours aux soins compte tenu d'éventuelles répercussions sur l'aptitude, notamment en ce qui concerne des pathologies lourdes. Ces effets ont été étudiés par A. Bercher [7] et J. Comblet [4] au sein de leurs travaux sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

2. Population concernée

Il faut garder à l'esprit que la consultation médicale et les soins dispensés par les antennes médicales, quels qu'ils soient, sont des actes gratuits pour les patients et sont pris en charge par le ministère de la Défense. Dans ce contexte, les personnels pouvant prétendre consulter au sein d'une infirmerie sont définis dans le décret n° 2005-1441 du 22 novembre 2005 relatif aux soins du SSA. Ce décret précise que « *les consultations, visites, examens et traitements réalisés dans les formations administratives du ministère de la Défense autres que les hôpitaux des armées* » sont accessibles :

- à tous les militaires, indépendamment de leur unité de rattachement ;
- aux élèves des établissements militaires d'enseignement et les jeunes gens accomplissant une période de préparation militaire ;
- aux militaires des armées étrangères en activité de service dans les formations administratives du ministère de la Défense ;
- au conjoint et les personnes à la charge des militaires ;
- au personnel civil de la défense en activité de service, les conjoints et les personnes à leur charge.

Le ministre de la Défense peut restreindre ou suspendre l'accès aux soins du SSA des bénéficiaires, lorsque les besoins de la défense nationale et notamment l'accomplissement de la mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées l'exigent.

Plus concrètement, la quasi-totalité de la population soignée est militaire, avec des caractéristiques distinctes de la population générale. Ainsi, selon le bilan social des

armées de 2010, les effectifs étaient forts de 235 230 personnels dont 15,5 % de femmes, d'âge moyen de 31,6 ans avec néanmoins de fortes variations expliquées par les différents statuts. L'ancienneté moyenne de service du personnel militaire est de 11,6 ans. Il convient d'ajouter 32 604 réservistes volontaires, population plus hétérogène et plus proche de la population active générale [8].

La population militaire est donc une population sélectionnée, jeune, en bonne santé, physiquement entraînée, dans laquelle les maladies dégénératives et cancéreuses sont plus rares que dans la population générale, et les causes de décès essentiellement accidentelles. Les conséquences sanitaires les plus fréquentes de l'usage des armes sont les traumatismes sonores, et celles de l'entraînement physique les traumatismes ostéo-articulaires et les coups de chaleur d'exercice, tous accessibles à une prévention non médicale.

3. Description des moyens d'une antenne médicale

Une antenne médicale est une structure qui dépend d'une entité administrative, le CMA [10], dont la mission est de soutenir un ou plusieurs organismes militaires. Nous ne définirons pas ces organismes, de natures très diverses.

Les personnels de l'antenne médicale sont de deux sortes. D'une part, il y a ceux dépendant administrativement du SSA, à savoir les médecins, un à quatre en général et subordonnés au médecin-chef d'antenne médicale et autant d'infirmiers diplômés d'Etat subordonnés à un infirmier-major. D'autre part, il y a les personnels ne dépendant pas du SSA en nombre variable selon les structures. Il s'agit des auxiliaires sanitaires, aussi appelés brancardiers secouristes, et des secrétaires.

Concernant les moyens mis à disposition, ils sont importants du fait des missions dévolues à l'antenne médicale. En effet, outre le matériel destiné aux consultations classiques et à l'expertise (cabine d'audiométrie, appareils de contrôle de la vision, électrocardiographe, etc.), les infirmeries sont pourvues d'équipements destinés à la prise en charge en urgence des patients et à leur médicalisation lors de la réalisation de

manœuvres. A cet effet, elles disposent d'appareils de monitoring, de saturomètres, de bouteilles d'oxygène, de respirateurs portables, de matériel d'immobilisation pour la traumatologie, de matériel pour perfuser, de matériel de gypsothérapie ainsi que des moyens de transport qui doivent être adaptés à toutes les situations et tous les terrains. Dans ce contexte, il est donc aisé de garder en surveillance et traiter un patient dans le cadre d'une urgence relative.

4. Déontologie : le secret médical dans les Armées

La consultation est soumise au secret médical selon la loi du 4 mars 2002 [18] : *« Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. »*

Néanmoins, si les pratiques médicales dans les armées ne diffèrent pas de celles menées en milieu civil concernant les obligations légales, réglementaires et techniques, les obligations déontologiques sont spécifiques aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes des armées [15]. Ce code prend en compte les spécificités des pratiques médicales dans les armées. On y retrouve les dimensions du respect de la dignité de la personne, de la liberté de choix du médecin, de l'indépendance professionnelle, du devoir d'information du patient, du respect du secret professionnel, celles des obligations de compétences et de moyens. Il dégage aussi les particularités des relations entre les différents acteurs de santé, ainsi que les aspects liés à la responsabilité médicale.

Il est parfois nécessaire pour le médecin de partager des éléments du secret professionnel avec son commandement. Le code de déontologie médicale militaire français prévoit cette possibilité dans l'article 26 du décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie. Lorsqu'il estime qu'une information recueillie lors de son exercice professionnel est de nature à éviter qu'il soit porté atteinte à l'intégrité des personnes ou à la sécurité de leur mission, le praticien des

armées peut la communiquer à l'autorité susceptible de prendre les mesures nécessaires. Il doit, dans le même temps, rappeler à cette autorité qu'elle est tenue, dans les mêmes conditions que lui, de respecter le secret qui lui a été confié en raison de ses fonctions. Ainsi, le médecin militaire doit, lors de situations exceptionnelles, partager le secret professionnel avec un membre du commandement.

Dans la mesure où le médecin militaire est investi d'une double finalité médicale, c'est-à-dire le groupe et l'individu, l'absolutisme du secret médical ne peut pas servir de prétexte à la mise en péril de la collectivité. C'est une des raisons éthiques du partage du secret professionnel.

Par exemple, dans le cadre d'une démarche de santé publique, certaines informations peuvent être livrées au commandement pour une prise en charge médicale optimale. La vie en casernement et la promiscuité favorisent la transmission de certaines affections, comme la tuberculose ou la méningite à méningocoque par exemple. Le médecin étant responsable sur le plan de l'hygiène et de la prévention, la mise en place rapide de moyens de prévention impose d'informer et d'impliquer le commandement. Dans ce contexte, la rupture du secret médical est possible.

A l'inverse, il arrive fréquemment qu'un personnel consulte à l'antenne médicale sur demande de ses supérieurs. Il est, dans ce cas-là, inenvisageable de rompre le secret médical, et ce indépendamment des rapports hiérarchiques.

II. Choix d'un médecin traitant

A. Réforme du médecin traitant

1. Introduction

La Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005 approuvée par l'arrêté du 3 février 2005 [6] contribue à organiser les rapports entre médecins libéraux et Assurance Maladie en définissant les bases du système de soins ambulatoires. Cette convention de soins définit deux réformes importantes, le dispositif du « médecin traitant » et le « parcours de soins coordonnés », remplaçant ainsi le médecin traitant, médecin de premier recours, au centre du système de soins.

L'un des défis du SSA, suite à la création des CMA, est la mise en place d'un parcours de soins au profit de la communauté de défense citée précédemment. Ce parcours pourrait s'appuyer en premier recours sur les antennes médicales, véritables dispensaires, et en privilégiant une orientation vers les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) et un réseau de santé civil en deuxième intention.

2. Modalités de choix d'un médecin traitant

Depuis le 1^{er} janvier 2005, tous les assurés sociaux de plus de 16 ans, ainsi que les bénéficiaires de la CMU, sont invités à désigner un médecin traitant. Cette déclaration n'est en rien obligatoire. Néanmoins, les patients n'ayant pas choisi de médecin traitant subiront une majoration du ticket modérateur et un dépassement tarifaire en cas de consultation spécialisée. Le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste, libéral, salarié ou hospitalier. Il n'existe aucune contrainte dans le choix du médecin traitant, si ce n'est d'obtenir l'accord du praticien et de compléter le formulaire n° S 3704 (annexe 2) de « déclaration de choix du médecin traitant » lors de la première consultation. Ce formulaire est ensuite adressé par le patient à sa caisse primaire d'assurance maladie. Le patient est libre de changer de médecin traitant, sans condition à remplir et sans avoir besoin de se justifier, simplement en renvoyant à sa caisse

d'assurance maladie une nouvelle déclaration remplie et signée conjointement avec le nouveau médecin qu'il aura choisi. L'objectif est de choisir un médecin à même d'orienter le patient, avec son accord, dans son parcours de soins et au mieux de ses besoins : c'est le parcours de soins coordonnés.

3. Parcours de soins coordonnés

Tout assuré ayant choisi un médecin traitant s'engage à le voir en premier recours. Le praticien décide alors d'une éventuelle orientation vers un médecin correspondant, aussi bien généraliste que spécialiste. Ainsi, ce correspondant peut être consulté pour un avis ponctuel de consultant ou être amené à prodiguer des soins itératifs, selon un plan concerté avec le médecin traitant. Il peut également adresser le patient à un autre spécialiste tout en tenant informé le médecin traitant. C'est ce recours orienté et réfléchi qui constitue le parcours de soins coordonnés. Il faut noter que le patient est libre de choisir le praticien qu'il lui est recommandé de consulter.

Si le patient ne respecte pas le schéma du parcours de soins, rien ne l'empêche de consulter un spécialiste en premier recours, mais il s'expose alors aux sanctions financières vues précédemment. Il existe cependant de nombreux cas de figure où le fait de ne pas consulter son médecin traitant en première intention n'est pas sanctionné. Ainsi, il existe une exception au parcours de soins coordonnés pour une consultation de médecine générale en cas :

- de consultation en urgence ;
- d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant ;
- d'éloignement du patient de son domicile (pour les vacances par exemple) ;
- de consultation du nouveau médecin traitant.

Concernant les consultations spécialisées, il existe des spécialités en accès direct sous certaines conditions, qui sont :

- la gynécologie pour les actes de dépistage selon les recommandations de l'HAS, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi ou l'interruption volontaire de grossesse ;

- l'ophtalmologie pour les troubles de la réfraction, le dépistage et le suivi du glaucome ;
- la psychiatrie pour les patients de moins de 25 ans ;
- la stomatologie, sauf pour les actes chirurgicaux lourds.

La pédiatrie n'est pas concernée dans la mesure où le choix d'un médecin traitant est effectif à partir de 16 ans. De même, le recours aux soins dentaires ne requiert aucune orientation de la part du médecin traitant.

4. Missions du médecin traitant

La convention du 12 janvier 2005 ne s'adresse pas qu'aux patients puisqu'elle définit également les rôles et missions du médecin traitant, qui sont :

- d'assurer un premier niveau de recours aux soins, puis d'orienter le patient de façon appropriée dans le parcours de soins coordonnés ;
- d'assurer la coordination des soins, avec l'accord du patient, entre les différents acteurs de santé ;
- d'assurer le suivi médical des patients ;
- d'élaborer les protocoles de soins pour les affections de longue durée en concertation avec le patient et les correspondants spécialistes ;
- de participer à une mission de santé publique par le biais de soins d'hygiène et de prévention comme l'éducation sanitaire et le dépistage ;
- de participer ou, à défaut d'informer le patient sur la permanence des soins.

5. Législation spécifique des militaires et ayants droit [5]

Selon le décret portant sur le statut général des militaires et modifiant le Code de la sécurité sociale, le médecin des armées est considéré comme médecin traitant pour tous les militaires. Pour les autres membres de la communauté de défense, les mesures générales du parcours de soins s'appliquent, mais ils peuvent désigner un médecin des armées comme leur médecin traitant. Le médecin d'unité est ainsi en situation de jouer

un véritable rôle d'initiateur du parcours de soins au profit de la communauté de défense.

B. Adhésion de la population générale française à la réforme du médecin traitant

Les données suivantes sont issues des données de l'Assurance Maladie, du CREDES [19] et de la thèse de D. Aubert Le Grimellec intitulée *La réforme du médecin traitant : opinion des patients franciliens* [20].

1. Réforme du médecin traitant en chiffres

Selon l'Assurance Maladie [21], 85 % des assurés avaient désigné un médecin traitant fin 2008, ce pourcentage atteignant 96 % pour les patients atteints d'une affection de longue durée ; ce qui semble logique dans la mesure où le médecin traitant gère et coordonne les protocoles de soins. Par ailleurs, 99,5 % des Français ayant choisi un médecin traitant ont opté pour un médecin généraliste, toujours selon l'Assurance Maladie. Ces chiffres sont corroborés par le travail de D. Aubert Le Grimellec réalisé en 2009.

2. Définition de la population ayant désigné un médecin traitant

Selon la thèse précédemment citée [20], confirmée par les données de l'Assurance Maladie, il semble possible de définir une population plus encline à déclarer un médecin traitant sur la base de certains facteurs favorisants :

- **le sexe** : selon l'Assurance Maladie, 88 % des femmes contre 83 % des hommes ont déclaré leur médecin traitant. En 2002, il a été démontré que les dépenses

- ambulatoires des femmes de 20 à 60 ans étaient supérieures à celles des hommes [22] ;
- **l'âge** et en parallèle le besoin d'un suivi médical régulier : en 2009, selon l'Assurance Maladie, 96 % des plus de 60 ans avaient un médecin traitant, contre 90 % des 41-60 ans, 82 % des 26-40 ans et 72 % des 16-25 ans ;
- **le statut familial** : les patients vivant maritalement ou veufs ont déclaré un médecin traitant plus fréquemment que les patients célibataires ou divorcés ;
- **la prise régulière de médicaments** ;
- **l'activité professionnelle** : les patients inactifs sur le plan professionnel sont plus enclins à déclarer un médecin traitant que les patients actifs ;
- **la notion de « médecin de famille »** : c'est un facteur déterminant dans la décision de désigner un médecin traitant. Dans l'étude de D. Aubert Le Grimellec, 97,9 % des patients ayant déclaré un médecin traitant ont choisi un généraliste, et 74,5 % leur généraliste habituel assimilable au « médecin de famille ». Par ailleurs, l'enquête menée sur « les assurés et le médecin traitant » en 2006 par l'IRDES [23] confirme cette donnée puisque parmi les personnes ayant choisi un médecin traitant, 93 % ont déclaré avoir déjà un médecin habituel ou de famille, choisi presque systématiquement (92 %).

3. Définition de la population n'ayant pas choisi de médecin traitant

De la même façon qu'il est possible de définir une population ayant déclaré un médecin traitant, nous pouvons déterminer un type de population n'ayant pas désigné de médecin traitant, selon sources citées précédemment et une enquête menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES) dont les données, quoiqu'anciennes puisque recueillies en 2006, sont compatibles avec le travail de D. Aubert Le Grimellec.

Ainsi, selon l'IRDES [23], 22 % de personnes n'avaient pas déclaré de médecin traitant dont 5 % de personnes réfractaires à la réforme du médecin traitant, le reste n'ayant pas encore eu, au moment de l'enquête, l'occasion de consulter. Leur enquête ayant été

réalisée un an après l'application de la réforme, il est normal de retrouver une proportion importante de patients n'ayant pas encore eu besoin de consulter. Par ailleurs, cette étude démontre également que les personnes sans couverture complémentaire ainsi que celles bénéficiant de la CMU complémentaire sont moins enclines à désigner un médecin traitant. Selon les auteurs, cela s'expliquerait par le fait que les bénéficiaires de la CMU n'encourent pas de pénalité financière puisqu'ils bénéficient de la dispense d'avance des frais.

Concernant le travail de D. Aubert Le Grimellec, 7,8 % de la population testée n'avaient pas déclaré de médecin traitant, mais du fait de la faible importance des effectifs, il est difficile de généraliser ces résultats à la population générale. Néanmoins, il est possible de retenir quelques caractéristiques de cette population sans médecin traitant. Il s'agit d'une population majoritairement célibataire sans enfant à charge, active et se disant en bonne santé sans prise médicamenteuse régulière. Il n'y a pas de différence significative liée au sexe, ces personnes sont jeunes (moyenne d'âge de 37 ans, de 25 à 55 ans) et assurées sociales avec assurance complémentaire pour la plupart.

4. Motivation dans la démarche de choix d'un médecin traitant

a. Motifs et motivations dans le choix de déclarer un médecin traitant [20] [23]

Les motifs ayant poussé les patients à déclarer un médecin traitant sont respectivement :

- **le caractère obligatoire de la déclaration** : cette « obligation légale » citée par les patients est un motif paradoxal, car inexact dans la mesure où la désignation d'un médecin traitant n'est en rien obligatoire. Pour l'IRDES, « *ce malentendu semble provenir de la communication des pouvoirs publics, de l'Assurance Maladie et des médias autour de la réforme* » ;

- **la confiance accordée en son médecin** : c'est le motif le plus fréquemment cité par les patients de plus de 40 ans, prenant un traitement médicamenteux de façon régulière et ceux ayant choisi leur médecin habituel comme médecin traitant, bien que ces trois caractéristiques ne soient pas interprétables individuellement, car fréquemment associées ;
- **la peur des pénalités de remboursement** ;
- **la volonté de contribuer aux économies de santé** ;
- **une amélioration de leur prise en charge médicale** ;
- **sur conseil de leur médecin habituel.**

Dans la thèse de D. Aubert Le Grimellec, il a été montré qu'il existe deux types de population ayant adhéré à la réforme du médecin traitant.

Un premier groupe a adhéré librement à la réforme du médecin traitant motivé par la confiance, la volonté de contribuer aux économies de santé et à l'amélioration de la prise en charge médicale. Ses caractéristiques démographiques sont les patients de plus de 40 ans, ceux avec un suivi régulier, mais aussi les patients plus jeunes et plus éduqués, se trouvant en bonne santé, pour lesquels prévalent les motifs économiques et les objectifs de meilleure prise en charge de la réforme.

Un deuxième groupe semble composé d'une population qui s'est sentie contrainte administrativement et financièrement du fait de la crainte des pénalités de remboursement. Ce groupe est majoritairement composé de patients n'ayant pas de médecin habituel. D. Aubert Le Grimellec en déduit ainsi que l'existence d'un médecin habituel ainsi que la confiance accordée sont des facteurs déterminants dans l'adhésion à la réforme, dans le sens où ce médecin a probablement expliqué et sensibilisé ses patients aux notions d'économie de santé et de coordination des soins.

b. Motifs et motivations dans le choix de ne pas déclarer un médecin traitant

Concernant les études évaluant les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant, il existe deux cas de figure. Premièrement, il y a les personnes n'ayant pas eu recours à un médecin depuis la réforme, et n'ayant donc pas déclaré de médecin. Deuxièmement, il y a une population, minoritaire, n'ayant pas déclaré de médecin traitant car en désaccord avec la réforme. Les personnes ayant fait ce choix citent comme raisons, par ordre d'importance :

- la volonté de préserver la liberté de consulter le praticien de son choix ;
- le fait d'être opposé au dispositif du médecin traitant ;
- le fait que leur médecin ne leur ait pas proposé ;
- le manque de confiance dans les compétences du médecin généraliste.

5. Définition de la population militaire ayant déclaré un médecin traitant

Selon les thèses de J. Comblet [4] et d'A. Bercher [7], approximativement 70 % des militaires ont déclaré avoir un médecin traitant civil et 30 % un médecin traitant militaire, sans différence significative en ce qui concerne les données biographiques (âge, sexe, statut marital). Néanmoins, il existe une tendance confirmée dans ces deux travaux démontrant que plus le grade et l'ancienneté de service augmentent, plus le militaire a tendance à déclarer son médecin militaire comme médecin traitant. Le fait d'avoir participé à des opérations extérieures serait également un facteur favorisant. Nous reviendrons sur ces travaux ultérieurement.

III. Etat des connaissances

Deux études précédentes réalisées respectivement en 2010 et 2011, ont porté sur la perception du médecin d'unité de la part des militaires et sur les attentes des patients envers le praticien.

A. Thèse de A. Bercher [7]

Ce travail a porté sur la perception par les militaires de leur médecin d'unité, au moyen d'une enquête transversale auprès des établissements de l'armée de terre de la zone de défense Terre Nord-Est. Cette enquête descriptive reposait sur un questionnaire anonyme, proposé à tous les personnels de ces formations se présentant pour leur VSA durant trois semaines. Sur 1 950 VSA réalisées durant cette période, 1 087 questionnaires se sont révélés exploitables, soit un taux de participation de 56,9 %.

Il s'avère que 69,2 % des personnels interrogés ont déclaré un médecin traitant civil. Cette proportion diminue avec l'augmentation du grade, bien que le recours au médecin civil soit toujours privilégié. Par ailleurs, 28,4 % des personnels estiment que le médecin d'unité pourrait jouer le rôle de médecin de famille, cette proportion augmentant, là encore, avec le grade.

Concernant les motifs de consultation :

- 100 % des personnels consultent pour raison réglementaire (VSA) ;
- 35,4 % consultent pour maladie avec une prédominance de la population féminine et des militaires du rang ;
- 21 % consultent dans le cadre de consultations programmées ;
- 23,7 % ont recours au service médical d'unité dans le cadre de consultations d'urgence.

La crainte d'un changement d'aptitude (24,3 %) et d'être « *mal vu par le commandement* » (21 %) reste la principale raison de ne pas consulter le médecin militaire.

La proximité, puis la connaissance de l'environnement professionnel, sont les deux critères qui inciteraient le plus à consulter le médecin d'unité, tandis que la sûreté du diagnostic et des compétences médicales motive les consultations auprès du médecin civil.

Il ressort également que la VSA apparaît utile pour 87,4 % des personnels, notamment dans la mesure où il s'agit de l'occasion de réaliser un bilan de santé, et permet un suivi médical régulier. Elle est par ailleurs utile pour déterminer les aptitudes à l'emploi et aux épreuves sportives, permet de réaliser des activités de dépistage et de prévention, et semble avoir, pour certains, un rôle important « *quand on ne consulte pas* », permettant de contrôler « *ce qu'on ne jugerait pas utile d'aller contrôler chez un spécialiste, c'est-à-dire les yeux et les oreilles* ». Néanmoins, cette consultation n'est pas exempte de reproches, considérée comme trop « générale » et manquant d'examen complémentaires. Elle semble inutile pour 6 % de la population de cette étude. Les décisions qui résultent de la VSA sont le plus souvent considérées comme justes dans la mesure où le médecin militaire « *connaît l'environnement professionnel et les contraintes* ». Les conseils qui y sont prodigués recueillent 54,7 % d'opinions favorables.

B. Thèse de J. Comblet [4]

Cette étude a porté sur les attentes des militaires envers leurs médecins d'unité en termes d'offre de soins. Elle est basée sur une étude transversale descriptive prospective, portant sur 290 militaires œuvrant en Ile-de-France. Ce travail montre que :

- 70,2 % des militaires inclus dans l'étude ont un médecin traitant civil et que ce taux est plus important en gendarmerie (93,7 %) et moindre dans l'armée de terre (62,2 %) ;
- la VSA constitue le premier motif de consultation chez le médecin d'unité, suivi par les consultations pour maladie (45,9 %), puis l'établissement de certificats médicaux (36,9 %) ;

- 31,4 % des militaires ne consultent le médecin militaire que dans le cadre de la VSA ;
- les motifs de consultation en milieu civil sont principalement les consultations pour maladie (79,3 %).

Concernant les qualités attendues de la part du médecin militaire, il s'agit de savoir prescrire de manière juste et adaptée, que ce soit un traitement (important pour 97,9 % de la population) ou des examens complémentaires (97,6 %) et d'orienter convenablement les patients selon leurs besoins (98,3 %). Sur le plan humain, la délivrance d'une information claire et compréhensible (97,9 %) associée à une capacité d'écoute (94,8 %), ainsi que la disponibilité (93,5 %), sont les qualités plébiscitées par la population de l'étude.

La principale attente des personnels de cette étude est la pratique par le médecin militaire d'une médecine de soins (53 %) via les compétences de médecine générale, importantes pour 83,4 % des personnels interrogés, de médecine d'urgence, importante pour 90,6 % de la population, puis d'une médecine d'expertise (44 %), et ce d'autant plus chez les militaires ayant peu d'années de service, les militaires du rang et ceux ayant effectué des OPEX.

Concernant l'ambivalence des missions de soins et d'expertise, elle est considérée comme un avantage par 63 % de la population et comme un inconvénient pour seulement 9 %.

Deuxième partie : matériel et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive prospective conduite sur une période du 1^{er} octobre 2011 au 1^{er} juin 2012.

II. Description et élaboration du questionnaire

A. Description

L'enquête a été réalisée à partir d'un auto-questionnaire (annexe 3) constitué de 66 questions, comprenant 64 questions fermées dont 1 avec la possibilité de préciser la réponse donnée par une réponse ouverte complémentaire et 2 questions ouvertes.

La plupart des questions se réfèrent à des variables qualitatives :

- 50 questions concernant des variables nominales ;
- 16 questions concernant des valeurs ordinales pouvant être classées.

Il existe une question pour laquelle 2 réponses concernant une variable quantitative sont attendues, concernant le nombre de consultations effectuées dans l'année écoulée chez un médecin généraliste civil et chez un médecin d'unité.

Le questionnaire se subdivise en quatre parties distinctes.

La première partie se réfère aux données biographiques et comporte 11 questions :

- le sexe ;
- l'âge (< 25 ans, 25-40 ans, 40-50 ans, > 50 ans) ;
- le grade (soldat, CPL/CCH, SGT/SCH, ADJ/ADC/major, officier et civil de la défense) ;

- l'armée d'appartenance (armée de terre, armée de l'air, marine nationale, gendarmerie nationale, autre) ;
- le statut (engagé volontaire, sous contrat ou militaire de carrière) ;
- l'ancienneté de service (< 5 ans, 5-10 ans, 10-15 ans, > 15 ans) ;
- la situation familiale (célibataire, séparé/divorcé/veuf, marié/vivant maritalement avec une précision portant sur le célibat géographique) ;
- l'existence d'une pathologie chronique nécessitant un suivi médical ou un traitement au long cours ;
- l'existence d'une pathologie liée au service ou requérant un suivi pour des raisons d'aptitude ;
- la déclaration d'un médecin traitant civil ;
- l'existence d'un suivi hospitalier en milieu civil ou en HIA.

La deuxième partie comprend 13 questions et se rapporte aux consultations du médecin militaire hors visites obligatoires. Trois d'entre elles visent à déterminer les motifs de consultation (consultations en urgence, accidents de service et consultations courantes). Les 9 suivantes concernent les motivations de ces consultations avec des réponses comportant des variables ordinales (1 : démotivant, 2 : peu motivant, 3 : motivant, 4 : très motivant). Elles ont trait à la disponibilité, la compétence, la proximité géographique, la capacité d'écoute, la connaissance du milieu professionnel, le plateau technique disponible, la gratuité de la consultation et les connaissances en médecine tropicale et médecine d'urgence du médecin militaire. Une dernière question essaie de définir si le médecin d'unité serait recommandé comme médecin de famille par les personnels remplissant le questionnaire.

La troisième partie comprend 11 questions et est construite en miroir de la deuxième partie. Elle se rapporte aux consultations du médecin civil. Trois questions concernent les motifs de consultation (consultations en urgence, accidents de service et consultations courantes), puis 7 questions sur les motivations de ces consultations, avec des variables ordinales. Elles ont trait à la disponibilité, la compétence, la proximité géographique, la capacité d'écoute, le fait que le médecin civil soit le médecin de famille, offre un meilleur suivi et n'ait aucun lien avec l'institution militaire. La dernière question

doit déterminer si le patient estime le médecin civil plus compétent que le médecin militaire.

La quatrième partie s'attache à déterminer la vision qu'ont les patients de leur médecin d'unité. Cette partie comporte 30 questions subdivisées en 7 sous-parties :

- la première sous-partie est composée de 3 questions et se rapporte à la vision du rôle du médecin militaire ;
- la deuxième comprend 6 questions concernant le ressenti au sujet des prestations du service médical d'unité ;
- la troisième concerne l'aptitude et les interactions entre le fait qu'un même médecin soit investi d'une mission de soins et d'expertise. Elle comprend 9 questions dont une question ouverte sur le nombre de consultations effectuées auprès d'un médecin généraliste en milieu civil ou militaire au cours des 12 derniers mois ;
- la quatrième aborde le ressenti concernant le secret médical en unité. Elle comprend 4 questions dont une question ouverte pour approfondir le sujet si besoin ;
- la cinquième concerne la relation médecin-malade et le retentissement de l'introduction d'un rapport hiérarchique au sein de la consultation. Elle se compose de 4 questions ;
- la sixième est constituée d'une question ouverte sur les compétences requises pour être médecin militaire ;
- la septième a pour but d'évaluer le retentissement sur les consultations de certaines pistes de réflexion et réformes envisagées par le SSA (délocalisation, consultations payantes, etc.) et comporte 3 questions.

Enfin, la dernière question permet d'évaluer les motivations (manque de temps, désintérêt, état de santé incompatible, autre) à ne pas répondre au questionnaire ou à y répondre incorrectement.

B. Elaboration

L'élaboration du questionnaire de cette étude a été réalisée en prenant pour base le questionnaire ayant servi à la réalisation du travail de thèse de médecine générale d'A. Bercher concernant la perception du médecin militaire [7]. Ce travail de conception a été réalisé avec le Médecin en Chef M-R. Perret.

La première version du questionnaire (annexe 4) a été testée du lundi 29 août 2011 au lundi 5 septembre 2011, lors des VSA réalisées au service médical du 2^e Groupement d'Incendie de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris. La population ciblée n'est pas tout à fait représentative de la population cible de la thèse dans la mesure où de nombreux pompiers ne vivent pas en Ile-de-France, mais en province, et travaillent sous un régime de gardes (72 h de garde, puis 72 h de repos). Dans ces conditions, il est aisé d'imaginer que cette population consulte en milieu militaire au cours des gardes et en milieu civil lors de leurs périodes de repos à domicile. Notre choix s'est porté sur cette population militaire en tant que population test dans la mesure où nous étions en stage dans ce service médical, permettant d'optimiser le recueil de données au cours d'une période de faible activité en terme de VSA puisqu'il s'agissait d'une période d'incorporation des nouvelles recrues (visite médicale obligatoire lors de l'engagement dans l'institution militaire).

Lors de la phase de test du questionnaire, 2 questions se sont révélées problématiques avec des réponses incohérentes par rapport au reste du questionnaire :

La question 51 (Au cours de l'année écoulée, si vous n'aviez pas fait de VSA, auriez-vous consulté un médecin ?) : 8 patients sur 14 ont répondu « non » avec néanmoins au moins une autre consultation dans l'année. Un biais dans cette question est qu'il n'est pas possible de déterminer si ces consultations ont été motivées par la VSA (dépistage, pathologie décelée au cours de la visite obligatoire, etc.). Néanmoins, pour 3 questionnaires, le nombre de consultations chez un médecin généraliste, chez des patients jeunes en bonne santé, a été supérieur à 3 (3 consultations, dont 1 en milieu civil et 2 en milieu militaire ; 5 consultations, dont 3 en milieu civil et 2 en milieu militaire ; 5 consultations, dont 2 en milieu civil et 3 en milieu militaire) permettant de

douter d'un impact de la VSA sur ces fréquences de consultation. Par ailleurs, 1 patient a répondu consulter un médecin généraliste au moins une fois en dehors de la VSA, consultation non mentionnée dans la suite du questionnaire. Ceci porte le taux de réponses incohérentes à 64,3 %. Cette question a donc été supprimée et non remplacée, car redondante avec la question 66 (*Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté : un médecin généraliste civil : ____ / un médecin militaire (hors visites obligatoires) : ____*).

La question 52 (Vous pensez qu'un médecin **ne peut s'occuper à la fois** de médecine de soins et de médecine d'expertise : Oui/Non): cette question a posé problème, probablement d'un point de vue sémantique. Six réponses sur 14 (42,9 %) étaient opposées au reste des questions portant sur l'expertise et la médecine de soins, indépendamment du niveau socioprofessionnel, probablement du fait d'une lecture trop rapide. Dans ce contexte, la question a été simplifiée en : *Vous pensez qu'un médecin **peut s'occuper à la fois** de médecine de soins et de médecine d'expertise : Oui/Non*.

Sur les 14 questionnaires, 2 se sont révélés inexploitable, l'un non complété par manque de temps et l'autre par manque d'intérêt. Le reste des questions s'est révélé cohérent dans les 12 questionnaires tests interprétables, notamment concernant les réponses aux questions qualitatives (questions 15 à 23, puis 28 à 34, cotées de 1 à 4 telles que 1 = *démotivant*, 2 = *peu motivant*, 3 = *motivant*, 4 = *très motivant*).

On notera cependant que la question 62, *Commentaires libres sur la relation médecin-malade*, n'ayant apporté aucune réponse hormis un laconique « RAS », celle-ci a été reformulée en : *A votre avis, quelles sont les compétences requises pour être médecin militaire ?* afin d'être plus orientée et de préciser les attentes des patients.

Le questionnaire final (annexe 4) a donc vu disparaître la question 51 remplacée par la question 66 afin d'éviter les redondances et les sources d'incohérence, la question 52 ayant simplement été reformulée plus simplement et la question 62 modifiée pour orienter les commentaires libres.

A l'issue de ces modifications, le questionnaire a été validé et distribué sans nouvelle période de test.

III. Population d'étude

Cette enquête a été réalisée au sein de cinq services médicaux d'unité de la région parisienne, au sein de la zone de défense Paris – Ile-de-France :

- l'antenne médicale du CMA de Paris ;
- l'antenne médicale du CMA de Montlhéry ;
- l'antenne médicale BA 117 du CMA de Paris ;
- l'antenne médicale Etat-Major de la Marine du CMA de Paris ;
- l'antenne médicale du 1^{er} Régiment d'Infanterie de la Garde Républicaine du CMA de Paris.

Le choix de ces services médicaux résulte de la volonté de réunir des militaires de toutes les armées dans un périmètre géographique restreint afin d'optimiser la diffusion et la collecte des questionnaires. Celle-ci a été réalisée après présentation du projet aux médecins-chefs responsables d'antennes médicales et obtention de leur accord.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient, initialement, tout personnel consultant dans le cadre d'une visite annuelle systématique.

Les critères d'exclusion étaient :

- tous motifs de consultation autres que la visite systématique annuelle ;
- les personnels réservistes.

Il existe un cas particulier pour l'inclusion des civils dans la mesure où ils sont normalement exempts de VSA, et donc exclus de l'étude. Néanmoins, certains d'entre eux, du fait d'une activité professionnelle presque similaire à celle de certains militaires, bénéficient également de visites d'aptitude, notamment les personnels de la DGA.

Suite à la diffusion parallèle d'un questionnaire de la Direction Régionale de Saint-Germain-en-Laye du SSA dans les services médicaux où notre étude était en cours,

intitulé *Le Service de Santé des Armées et vous* et concernant les attentes des militaires au sujet du SSA (annexe 5), notre travail a connu une très faible adhésion. En effet, le questionnaire de la DRSSA, plus court, ciblant les mêmes personnels et émanant d'une autorité hiérarchique supérieure a été diffusé prioritairement. C'est pour cette raison qu'avec l'accord du Médecin en Chef C. Verret, du Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA) de Saint-Mandé, il a été décidé de modifier les critères d'inclusion et d'exclusion tels que :

- les critères d'inclusion soient : tout personnel militaire et civil consultant quel que soit le motif de consultation ;
- les critères d'exclusion soient : les personnels réservistes et ceux ayant déjà rempli le questionnaire au cours d'une précédente consultation.

Ces modifications ont pris effet le 1^{er} décembre 2011.

En l'absence de données statistiques antérieures suffisantes permettant de définir un nombre seuil significatif de réponses à collecter pour ce type d'étude, l'objectif de 700 questionnaires remplis et collectés a été arbitrairement décidé afin d'obtenir une étude à la fois réalisable et d'une puissance correcte.

IV. Modalités de diffusion et de recueil des questionnaires

Deux cents exemplaires du questionnaire ont été distribués dans les services médicaux de l'Etat-Major de la Marine, de la BA 117 et du 1^{er} RI de la Garde Républicaine. Deux cent cinquante questionnaires ont été distribués dans les antennes médicales des CMA de Paris et Montlhéry.

Ce choix a été effectué afin d'obtenir, en connaissant le type de consultant de chaque service médical, une population de répartition similaire à la répartition des militaires dans les différentes armées, indépendamment du grade.

Afin d'éviter un biais de sélection, la consigne a été donnée de proposer un questionnaire à remplir à toute personne se présentant pour consultation à l'accueil du service médical et répondant aux critères d'inclusion.

De par ce mode de diffusion, l'objectif était d'interroger un panel complet de militaires sans quotas prédéfinis de sexe, d'âge ou de grade. L'intérêt de ces critères d'inclusion et d'exclusion initiaux était d'avoir l'avis de la population ne consultant jamais au service médical, hormis pour les visites obligatoires, et ainsi d'en connaître la proportion par rapport aux patients ayant habituellement recours au médecin militaire dans le cadre de la médecine de soins.

Néanmoins, pour conserver la puissance définie pour l'étude dans une durée raisonnable, ces critères ont été modifiés comme vu précédemment.

Les questionnaires étaient distribués par les personnels d'accueil du service médical et remplis anonymement par les patients en salle d'attente avant la consultation médicale et de manière libre et non encadrée, sans contrainte de temps. Une fois le questionnaire rempli, le personnel répondeur devait le glisser dans une urne dédiée à cet effet située en salle d'attente. Les questionnaires ont été épisodiquement collectés par les personnels du service médical.

Ce mode de recueil avait pour but d'assurer l'anonymat complet du patient, d'écarter toute pression ou contrainte extérieure afin d'obtenir des réponses de meilleure qualité. Par ailleurs, sans aucun regard de la part des médecins, ceci a permis de ne pas alourdir leur charge de travail tout en favorisant leur adhésion à la réalisation de l'étude dans leurs antennes médicales.

V. Traitement statistique des données

La transcription informatique des données des questionnaires a été réalisée par la création d'un masque de saisie sur le logiciel de santé publique Epi Info 3.3. Les données ont été analysées de façon globale sur l'ensemble des cinq services médicaux ayant participé.

Les données recueillies ont été étudiées en utilisant le test de χ^2 corrigé de Yates ou le test exact de Fischer pour les effectifs théoriques inférieurs à 3, grâce au logiciel de santé publique Epi Info et SAS. La significativité statistique a été retenue pour $p < 0,05$.

Ce travail de traitement statistique des données a été effectué en étroite collaboration avec le CESPAS de Saint-Mandé, notamment avec le Médecin en Chef C. Verret et M^{me} S. Laporal qui ont contribué, par leur expérience et leurs conseils, à rendre cette tâche réalisable.

Troisième partie : résultats

Durant la période de l'étude, 1 100 questionnaires ont été distribués au sein des cinq services médicaux d'unité participant, de la façon suivante :

- 250 questionnaires ont été distribués au sein du service médical du CMA de Paris dans la période du 1^{er} octobre 2011 au 1^{er} avril 2012 ;
- 250 questionnaires ont été distribués au sein du service médical du CMA de Montlhéry dans la période du 1^{er} novembre 2011 au 15 février 2012 ;
- 200 questionnaires ont été distribués au sein du service médical de l'antenne BA 117 du CMA de Paris dans la période du 15 octobre 2011 au 1^{er} mai 2012 ;
- 200 questionnaires ont été distribués au sein du service médical de l'antenne Etat-Major de la Marine du CMA de Paris dans la période du 15 octobre 2011 au 1^{er} juin 2012 ;
- 200 questionnaires ont été distribués au sein du service médical de l'antenne du 1^{er} Régiment d'Infanterie de la Garde Républicaine du CMA de Paris dans la période du 1^{er} novembre 2011 au 1^{er} juin 2012.

L'étude a été interrompue en juin 2012 du fait d'impératifs universitaires et militaires.

I. Participation et réponses

Sur les 1 100 questionnaires distribués, 786 questionnaires ont été récupérés dans les urnes. Neuf n'ont pas été exploités : 3 correspondaient à des personnels réservistes (critère d'exclusion) et 6 ont été rendus vierges. Ces 9 questionnaires représentent 1,1 % de la totalité des questionnaires récupérés. Aucun questionnaire ne comportait de réponse totalement inadaptée. Trente-deux questionnaires restants avaient la réponse 66 cochée (les causes de non-réponse sont : pour 9 personnels un manque d'intérêt ; pour 13 personnels une autre cause ; 10 personnels n'ont pas précisé de raison) et ont donc été exclus (soit 4,1 % des questionnaires exploitables). Au total, 745 questionnaires ont été exploités, soit 67,7 % des questionnaires initialement distribués et 94,8 % des questionnaires récupérés dans les urnes.

	CMA Paris	CMA Monthléry	BA 117	Etat-Major de la Marine	1^{er} RI de la Garde Républicaine
Période d'étude	01/10/11 au 01/04/12	01/11/11 au 15/02/12	15/10/11 au 01/05/12	15/10/11 au 01/06/12	01/11/11 au 01/06/12
Questionnaires distribués	250	250	200	200	200
Questionnaires collectés	238	225	59	92	153
Questionnaires exclus	11	17	6	5	1
Questionnaires exploités	229 (91,6 %)	208 (83,2 %)	68 (34 %)	87 (43,5%)	153 (76,5 %)

Figure 1 : distribution, collecte et exploitation des questionnaires

Du fait de nombreux facteurs perturbant cette étude, nous n'avons pas calculé le taux de réponse en fonction du nombre de consultations réalisées dans les services médicaux lors de la période de diffusion du questionnaire, car ce taux aurait été sans valeur significative. Ces principaux biais sont :

- le changement de modalité de distribution des questionnaires en cours d'étude ;
- la redondance avec l'étude de la DRSSA ;
- l'inclusion dans le nombre de consultations de personnels exclus de l'étude (réservistes et consultation d'un même personnel à plusieurs reprises) ;
- la proposition systématique des questionnaires aux patients était dépendante de la disponibilité, de la charge de travail et de l'adhésion des personnels d'accueil des services médicaux ;
- la perte par voie postale d'une centaine de questionnaires issus de l'antenne médicale de la BA 117.

II. Renseignements biographiques

A. Répartition selon le sexe

Sur les 745 questionnaires analysés, 745 personnes ont mentionné leur sexe. La population interrogée est composée de 616 hommes (82,7 %) et 129 femmes (17,3 %). La population représentée est à nette prédominance masculine.

B. Répartition selon l'âge

Dans la question 2, il était demandé au personnel de définir la catégorie d'âge à laquelle il appartenait parmi les 4 suivantes : < 25 ans, 25-40 ans, 40-50 ans et > 50 ans. De manière arbitraire, il a été choisi de modifier ces catégories a posteriori de sorte que 25-40 ans devienne 25-39 ans. Cette modification n'a que peu d'impact dans la mesure où les patients ont précisé leur âge, voire pour nombre d'entre eux coché simultanément les cases 25-40 ans et 40-50 ans. Cette classification en groupes a été réalisée pour une analyse en sous-groupes de certains résultats de l'étude.

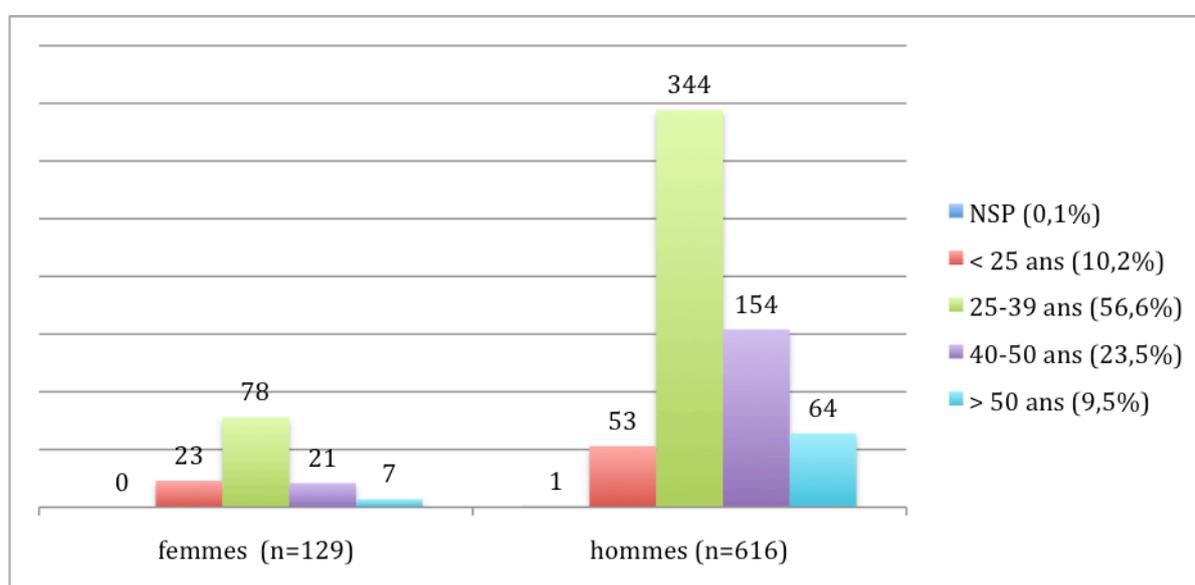


Figure 2 : répartition de la population étudiée (N = 745) selon l'âge et le sexe

Il s'agit donc d'une population jeune puisque 66,8 % des personnels ont moins de 40 ans, qu'il s'agisse de la population masculine ou féminine.

C. Répartition selon le grade

Le corps des militaires du rang comprend les soldats (1^{re} et 2^e classes), les caporaux et caporaux-chefs, celui des sous-officiers comprend les sous-officiers subalternes (les sergents et sergents-chefs) et les sous-officiers supérieurs (adjudants, adjudants-chefs et majors) et les officiers correspondent aux grades allant d'aspirant à général de division.

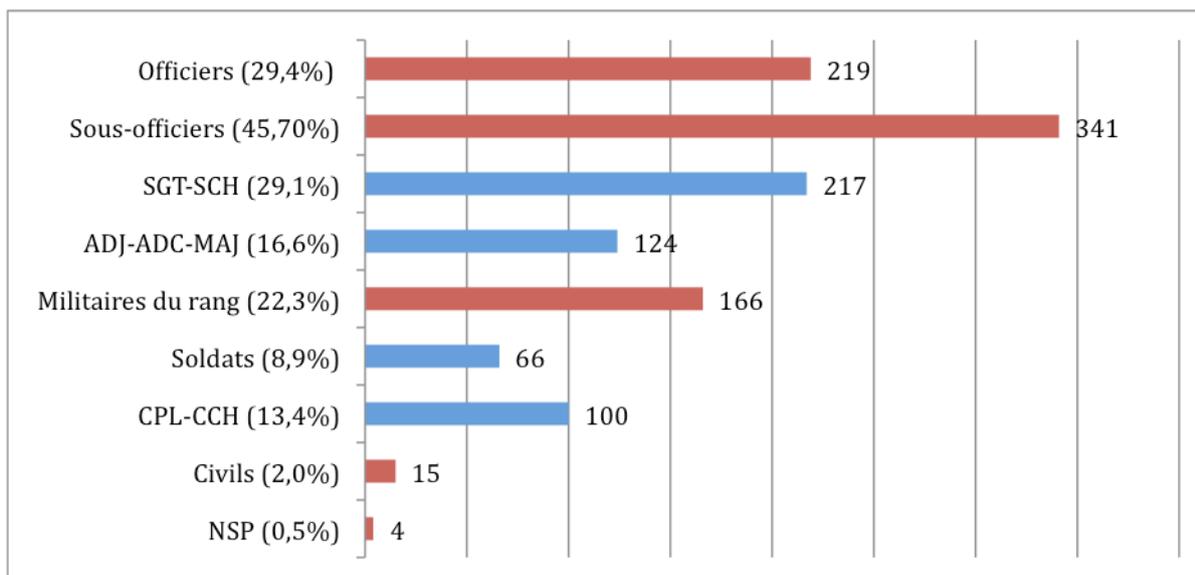


Figure 3 : répartition de la population étudiée (N = 745) selon le grade

La catégorie la plus représentée est celle des sous-officiers (45,7 %) et particulièrement des sous-officiers subalternes (29,1 %) ; puis des officiers (29,4 %).

D. Répartition selon l'armée d'appartenance

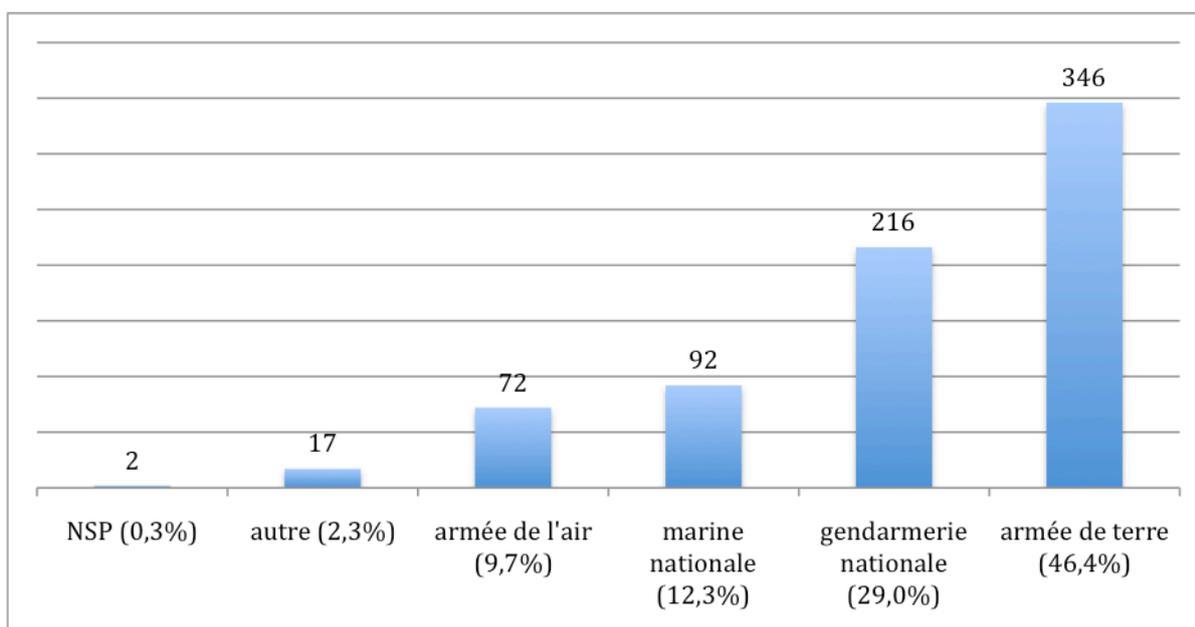


Figure 4 : répartition de la population étudiée (N = 745) en fonction de l'armée d'appartenance

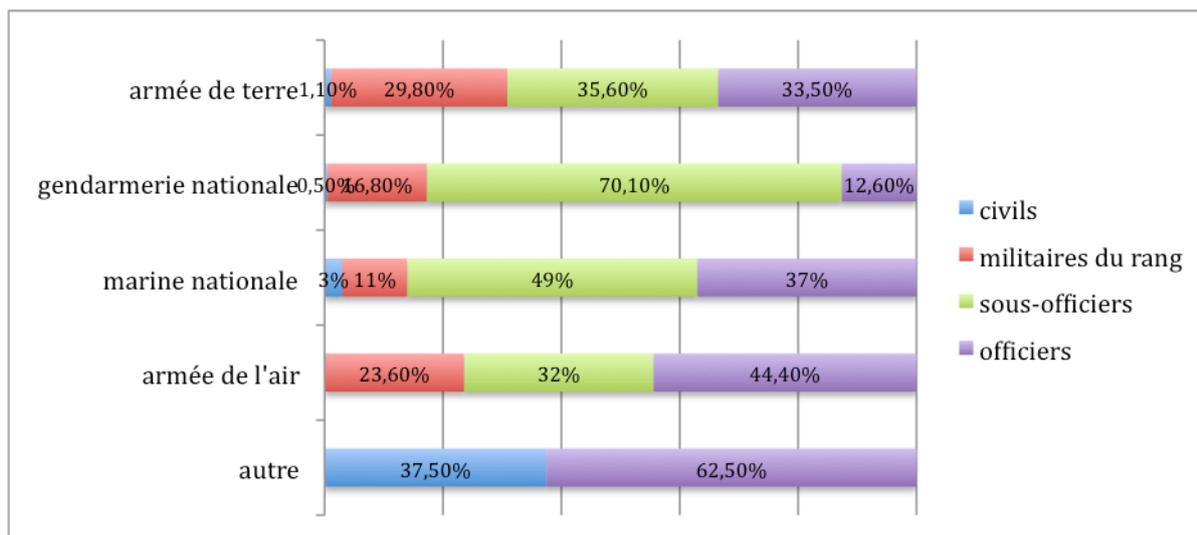


Figure 5 : proportion des catégories de grades au sein des armées dans la population étudiée (N = 743)

L'armée la plus représentée est donc l'armée de terre (46,4 %), puis la gendarmerie nationale (29 %). Dans celle-ci, la classe des sous-officiers est nettement prédominante (70,1 %) au détriment des officiers (12,6 %), qui sont principalement présents dans les services (62,5 %) et l'armée de l'air (44,4 %). Les militaires du rang appartiennent majoritairement à l'armée de terre (29,8 %).

E. Répartition selon le statut d'engagement

Il existe différents statuts d'engagement dans l'armée :

- militaire engagé volontaire qui correspond à un contrat de 3 à 5 ans et s'applique exclusivement aux militaires du rang ;
- militaire engagé sous contrat qui est un contrat à durée déterminée appliqué à un officier ou à un sous-officier ;
- militaire de carrière, qui permet aux officiers de servir jusqu'à la limite d'âge pour leur grade et, pour les sous-officiers, est soumis à la réussite du brevet supérieur de technicien de l'armée de terre.

Sur les 745 questionnaires analysés, 737 personnels ont précisé leur ancienneté de service (taux de réponse : 98,9 %). La population étudiée est composée de :

- 81 engagés volontaires (10,9 %) ;
- 236 personnels sous contrat (31,7 %) ;
- 420 personnels de carrière (56,4 %).

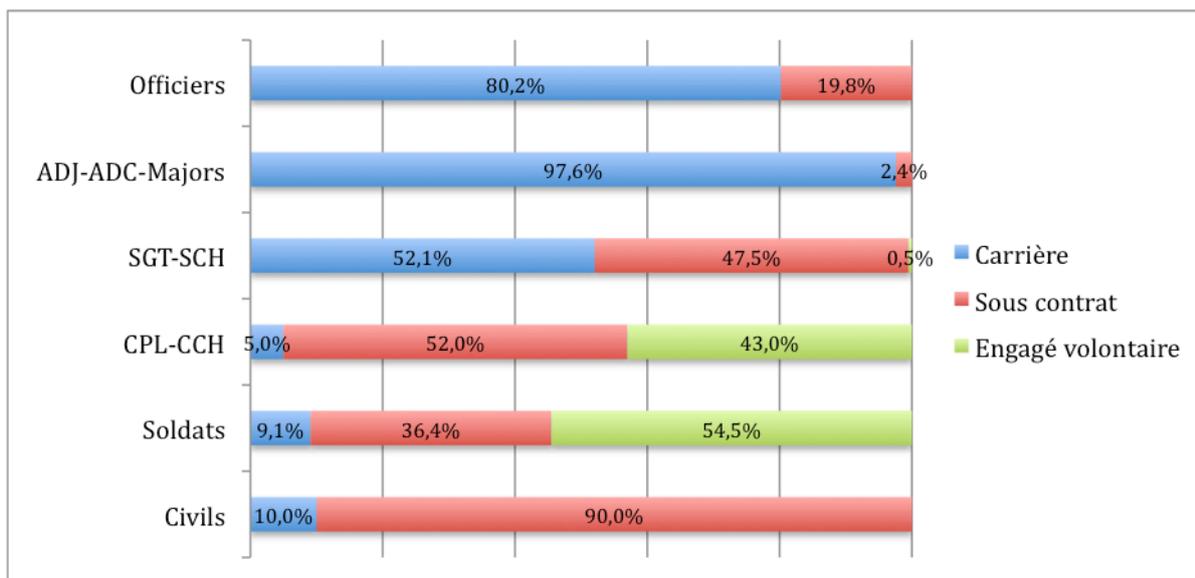


Figure 6 : répartition de la population étudiée (N = 735) en fonction du statut et du grade

La majorité de personnels composant la population de cette étude sont des militaires de carrière (56,4 %), principalement représentés par le corps des officiers et des sous-officiers supérieurs (70,2 % des personnels de carrière).

F. Répartition selon l'ancienneté de service

Dans la question 6, il était demandé au personnel de définir la catégorie d'ancienneté de service à laquelle il appartenait parmi les 4 suivantes : < 5 ans, 5-10 ans, 10-15 ans et > 15 ans. De manière arbitraire, il a été choisi de modifier ces catégories a posteriori de sorte que 5-10 ans devienne 5-9 ans.

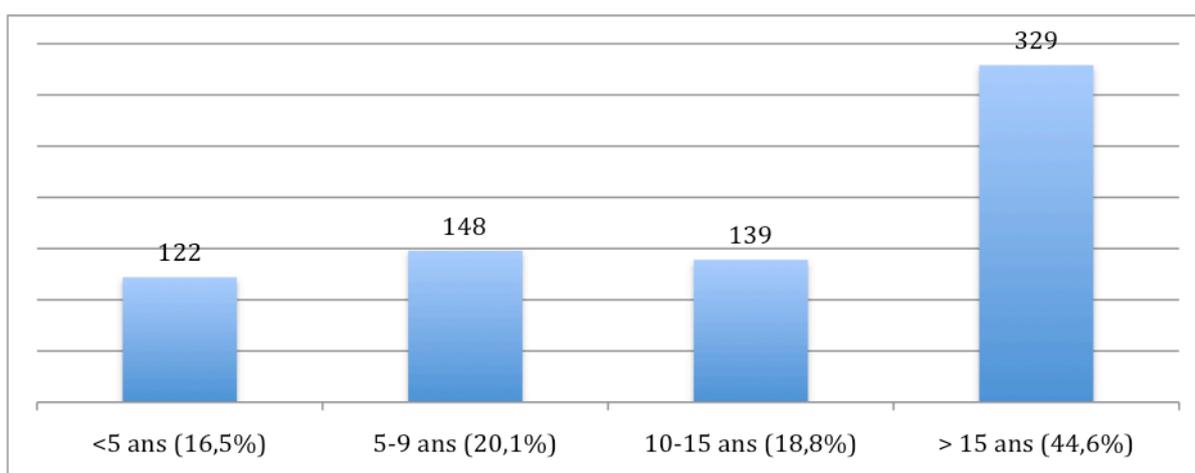


Figure 7 : répartition de la population (N = 738) en fonction de l'ancienneté de service

Il s'agit principalement d'une population travaillant dans l'institution militaire depuis plus de 10 ans (63,4 %).

G. Répartition selon la situation familiale

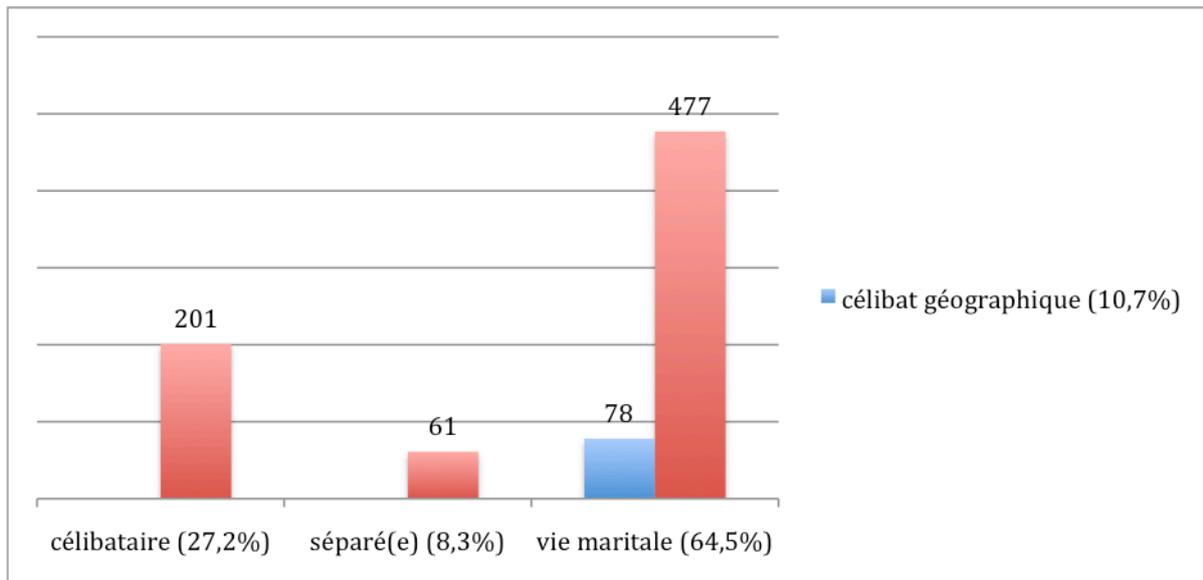


Figure 8 : répartition de la population étudiée (N = 739) selon la situation familiale

Il s'agit principalement d'une population vivant maritalement (64,5 %) dont 16,4 % de célibataires géographiques (soit 10,4 % de la population totale de l'étude).

H. Répartition de la population selon l'existence d'une pathologie chronique

Une pathologie chronique a été définie comme une pathologie requérant un suivi médical ou un traitement au long cours. Sur les 745 questionnaires, 4 personnels n'ont pas répondu (taux de réponse : 99,5 %). La population étudiée comporte :

- 71 patients suivis pour une pathologie chronique (9,5 %) ;
- 670 patients indemnes de pathologies chroniques (90 %).

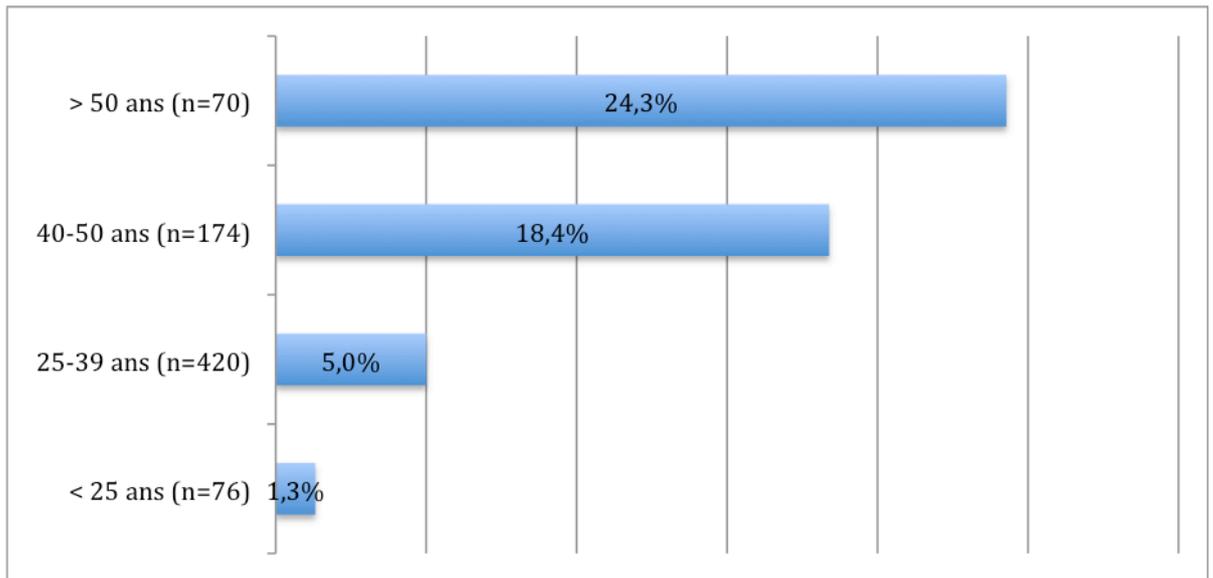


Figure 9 : existence d'une pathologie chronique selon l'âge ($p < 0,001$)

Il s'agit donc d'une population en bonne santé, majoritairement indemne de pathologies chroniques (pour 90 % de la population). Celles-ci ont une incidence augmentant de façon significative avec l'âge puisque 20 % des personnels de plus de 39 ans ont une pathologie chronique pour 4,4 % des moins de 40 ans.

I. Répartition de la population selon l'existence d'une pathologie liée au service ou requérant un suivi médical pour aptitude

Sur les 745 questionnaires, 14 personnels n'ont pas répondu à cette question (taux de réponse : 98,1 %). La population étudiée comporte :

- 41 personnels atteints d'une pathologie liée au service ou requérant un suivi pour cause d'aptitude (5,5 %) ;
- 690 personnels indemnes (92,6 %).

Au total, la population étudiée est indemne de pathologie liée au service (92,6 %).

J. Répartition de la population selon la déclaration d'un médecin traitant civil

Sur les 745 questionnaires analysés, 742 personnes ont répondu à la question concernant la déclaration d'un médecin traitant civil (taux de réponse : 98,6 %) :

- 515 personnels ont déclaré un médecin traitant civil (69,1 %) ;
- 227 personnels n'ont pas déclaré de médecin traitant civil (30,5 %). Pour la suite de ce travail, ces personnels seront considérés comme ayant un médecin traitant militaire puisque les militaires n'ayant pas déclaré de médecin traitant civil voient leur médecin d'unité déclaré comme médecin traitant par défaut.

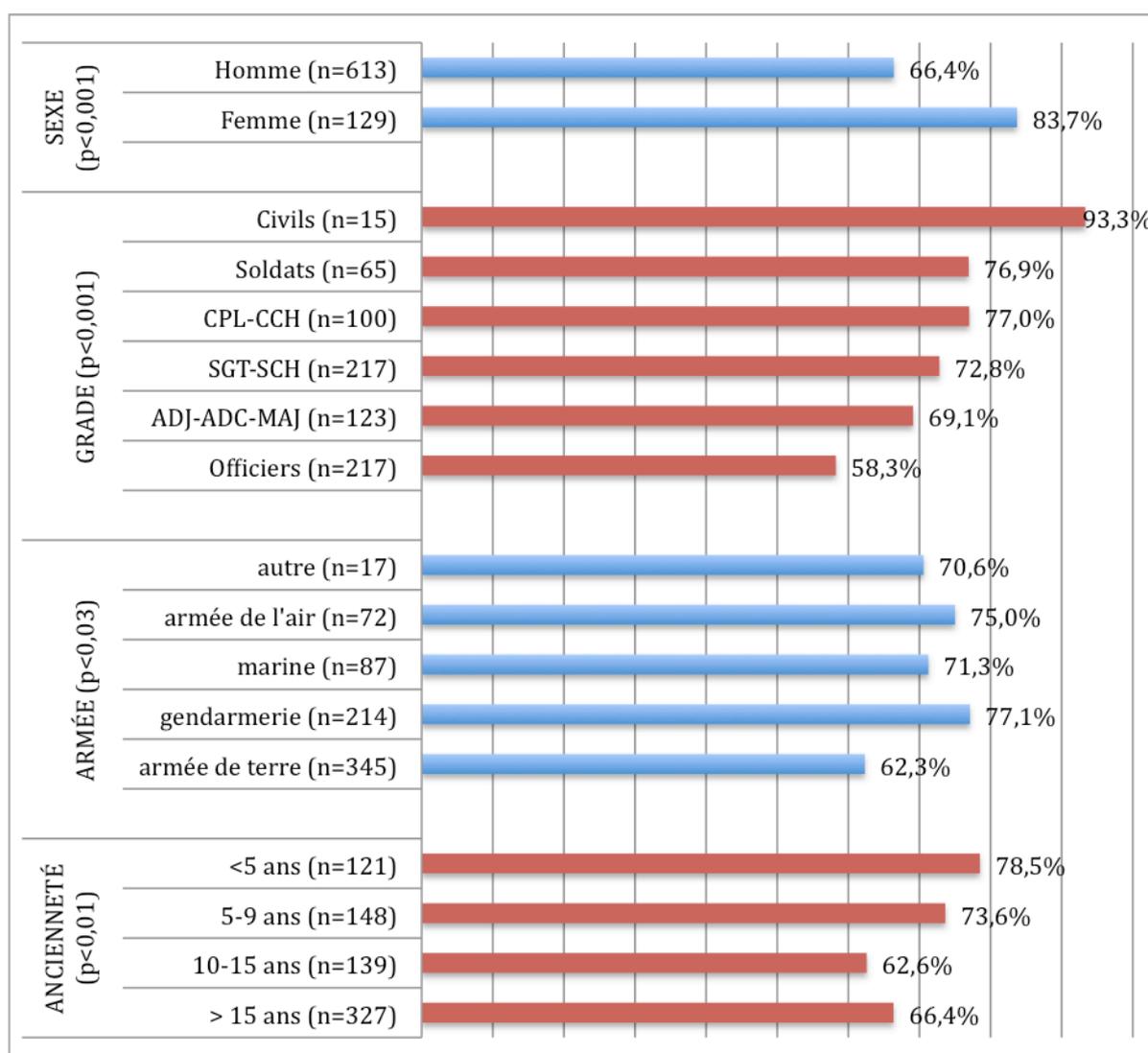


Figure 10 : proportion de la population ayant déclaré un médecin traitant civil en fonction du sexe, du grade, de l'armée et de l'ancienneté de service

Au total, l'échantillon étudié a majoritairement recours à un médecin traitant civil (69,1 %). Par ailleurs, la population féminine a plus tendance à déclarer un médecin traitant civil (83,7 %) que les hommes (66,4 %). La proportion de personnels ayant recours au médecin militaire comme médecin traitant augmente avec le grade (23 % des militaires du rang, 28,5 % des sous-officiers et 41,7 % des officiers) et l'ancienneté de service (24,2 % des personnels de moins de 10 ans d'ancienneté et 34,8 % de ceux de plus de 9 ans d'ancienneté).

Il existe également une grande variabilité selon l'armée d'appartenance avec un recours plus fréquent au médecin militaire dans l'armée de terre (37,7 %) contrairement à la gendarmerie (22,9 %) et l'armée de l'air (25 %).

K. Répartition de la population selon l'existence d'un suivi hospitalier régulier

La population étudiée se compose de 61 patients avec un suivi hospitalier (8,2 %) et 682 personnels sans suivi hospitalier (91,5 %).

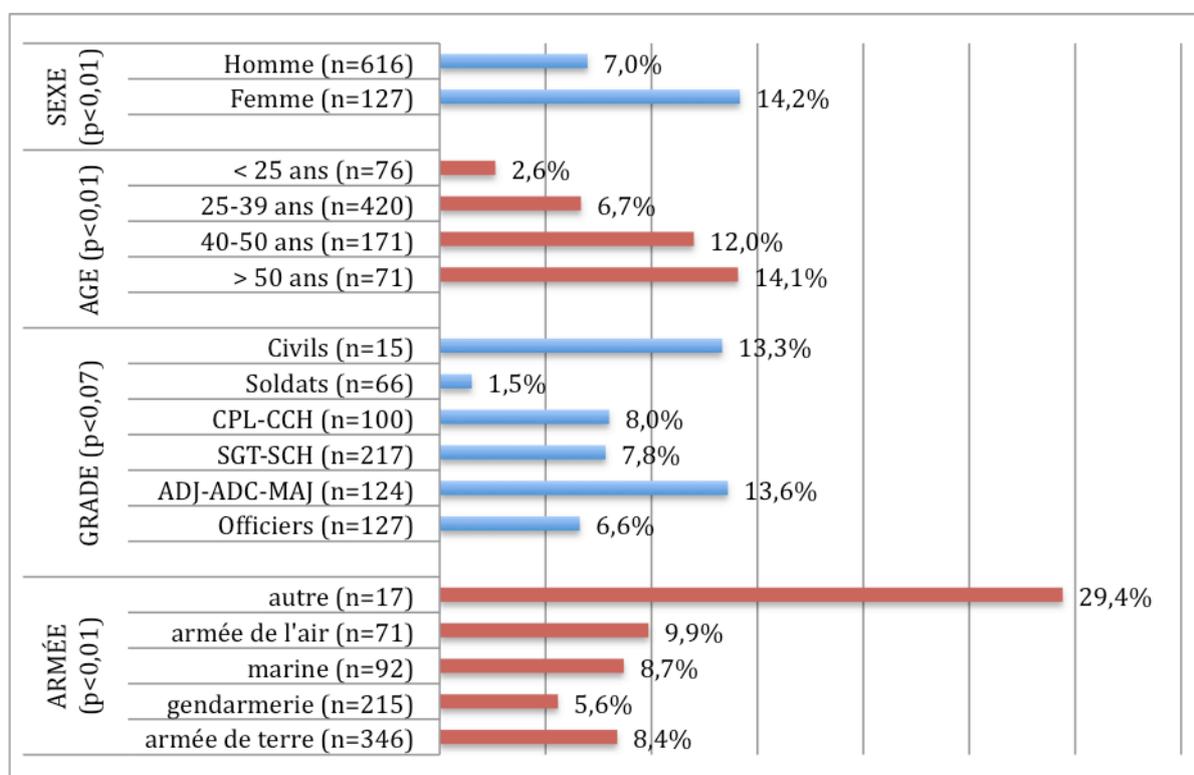


Figure 11 : proportion de la population ayant un suivi régulier en fonction du sexe, de l'âge, du grade et de l'armée d'appartenance

Au total, une faible proportion de la population étudiée a un suivi hospitalier régulier (8,2 %). La proportion de personnels suivis en milieu hospitalier est plus importante dans la population féminine (14,2 %) que dans la population masculine (7 %) ainsi que chez les personnels des services (29,4 %) et augmente avec l'âge (6 % des moins de 40 ans et 12,6 % des plus de 39 ans). Il existe une tendance non significative sur le plan statistique telle que les soldats sont moins suivis (1,5 %), contrairement aux sous-officiers supérieurs (13,6 %).

Ces résultats sont soumis à plusieurs biais :

- nous n'avons pas défini un suivi hospitalier au long cours, et il est donc impossible d'exclure les patients consultants les spécialités en accès direct, notamment la gynécologie dont le seul service militaire est un service hospitalier ou encore l'ophtalmologie. Par ailleurs, l'antenne de la BA 117 soutient principalement des personnels de l'armée de l'air dont les pilotes ont un suivi en milieu hospitalier très régulier dans le cadre de l'aptitude personnel navigant ;
- nous n'avons pas défini la durée ni la fréquence d'un suivi régulier introduisant un biais pour des consultations répétées sur une durée limitée (ex. : pathologie orthopédique avec suivi post-opératoire, rééducation, etc.) ;
- le faible effectif du groupe de personnels des services suivis en milieu hospitalier induit une probable surestimation d'où la différence avec les autres armées.

III. Motifs de consultation du médecin généraliste

Les motifs de consultation du médecin généraliste, qu'il soit civil ou militaire, ont été organisés en trois types :

- les consultations en urgence, le caractère urgent étant laissé à l'appréciation du patient ;
- les consultations dans le cadre d'accident de service, équivalent militaire d'un accident du travail ;
- les consultations courantes, définies comme les consultations pour le suivi de pathologies chroniques ou pour maladie aiguë non urgente.

Pour chaque motif, le patient devait définir s'il consulterait le médecin militaire (questions 12, 13 et 14) si besoin. Les questions 25, 26 et 27, identiques, concernaient le médecin généraliste civil. En analysant de manière croisée ces données, il a été possible de définir des sous-groupes reflétant les comportements de consultation, comme illustré ci-dessous.

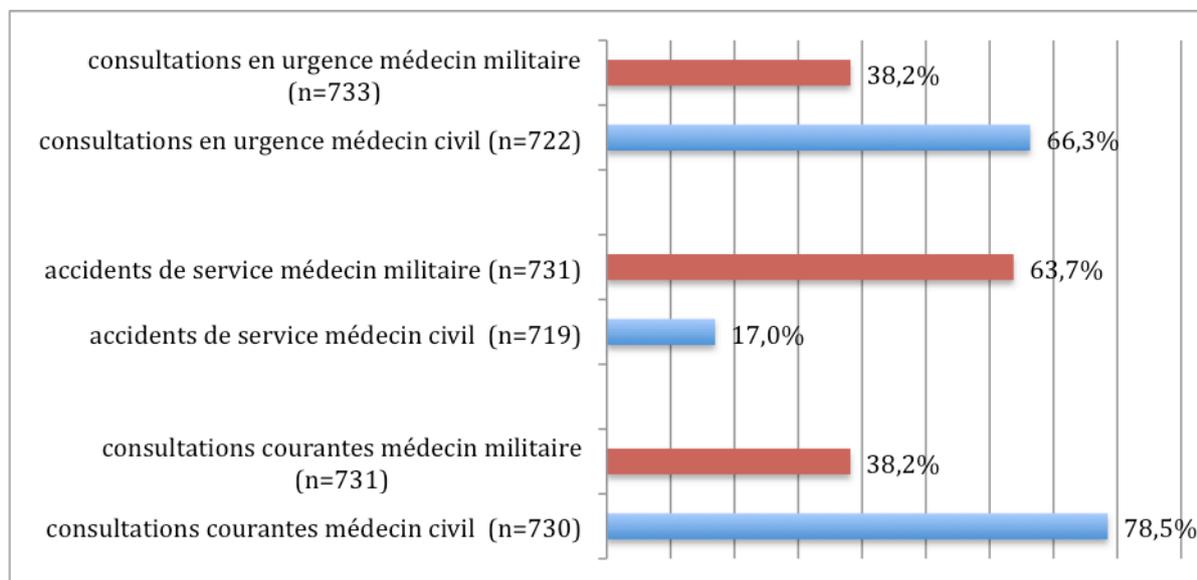


Figure 12 : répartition de la population selon les motifs de consultation chez le médecin généraliste civil ou militaire

Ainsi, les militaires consultent préférentiellement le médecin militaire pour les accidents de service (63,7 %). Le médecin généraliste civil reste l'interlocuteur privilégié en cas de recours aux soins, qu'il s'agisse de consultations en urgence ou de routine puisque 72,5 % de la population prétend y avoir recours si besoin contre 38,2 % pour le médecin militaire.

En analysant les questions 12, 13 et 14 en fonction des questions 25, 26 et 27, il est possible de déterminer 7 sous-groupes aux comportements de consultations différents.

Nous les définirons tels que :

- **groupe accident de service** : patients suivis par un médecin généraliste civil ne consultant le médecin militaire que pour les accidents de service ;
- **groupe médecin civil exclusif** : patients consultant exclusivement le médecin généraliste civil ;
- **groupe médecin militaire exclusif** : patients consultant exclusivement le médecin militaire ;
- **groupe autre** : patients dont le comportement n'est pas analysable. Ce groupe est composé majoritairement d'individus ne consultant jamais aucun médecin ;

- **groupe indifférencié** : patients consultant de manière indifférenciée un médecin généraliste civil ou militaire. Une tolérance a été faite sur le comportement concernant les accidents de service, ceux-ci survenant principalement sur le lieu de travail et entraînant donc un recours au médecin le plus proche, c'est-à-dire le médecin militaire ;
- **groupe médecin civil préférentiellement** : patients ayant recours préférentiellement à un médecin généraliste civil, mais n'hésitant pas à consulter un médecin militaire si besoin, à l'exception des accidents de service ;
- **groupe médecin militaire préférentiellement** : patient ayant recours préférentiellement à un médecin militaire, mais n'hésitant pas à consulter un médecin civil si besoin.

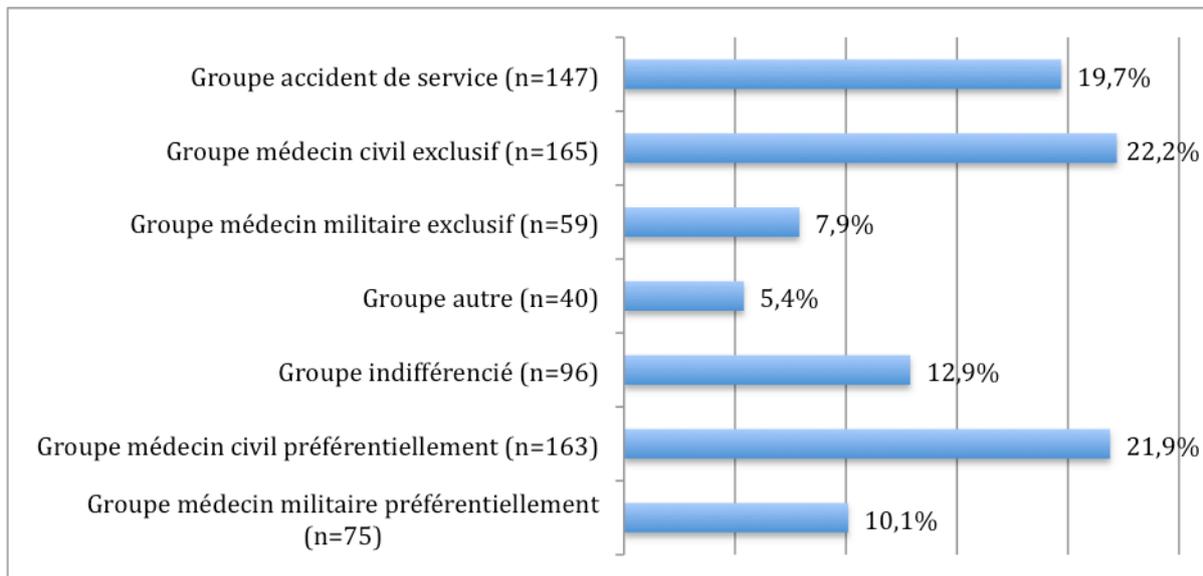


Figure 13 : répartition de la population étudiée (N = 745) en fonction du comportement de consultation

La population étudiée se compose donc de 3 principaux groupes : les personnels consultant exclusivement le médecin généraliste civil (22,2 %), ceux ayant recours préférentiellement à un médecin généraliste civil, mais n'hésitant pas à consulter un médecin militaire si besoin (21,9 %), et les patients suivis par un médecin généraliste civil ne consultant le médecin militaire que pour les accidents de service (19,7 %).

Concernant les caractéristiques biographiques, ces groupes diffèrent sur de nombreux points présentés dans les figures ci-dessous.

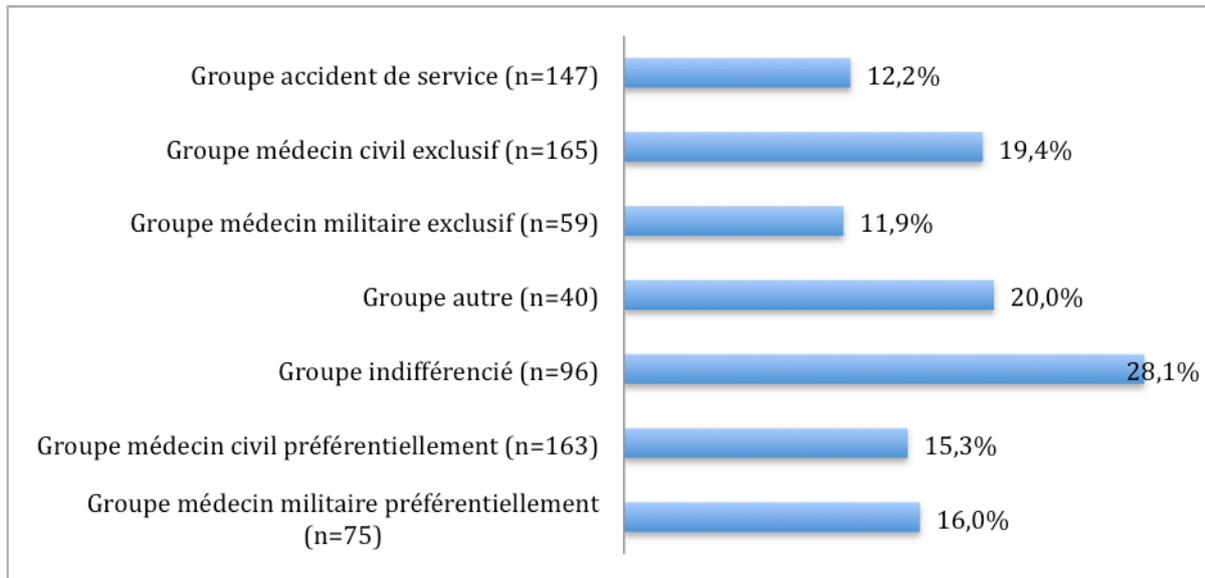


Figure 14 : proportion de personnel féminin dans les groupes comportement de consultation ($p = 0,004$)

Les personnels féminins sont proportionnellement plus nombreux parmi les patients consultant indifféremment le médecin civil ou militaire (28,1 %) et parmi ceux n'ayant recours qu'au médecin civil (19,4 %). Ils sont proportionnellement moins nombreux dans le groupe accident de service (12,2 %) et parmi les patients ayant recours exclusivement au médecin militaire (11,9 %).

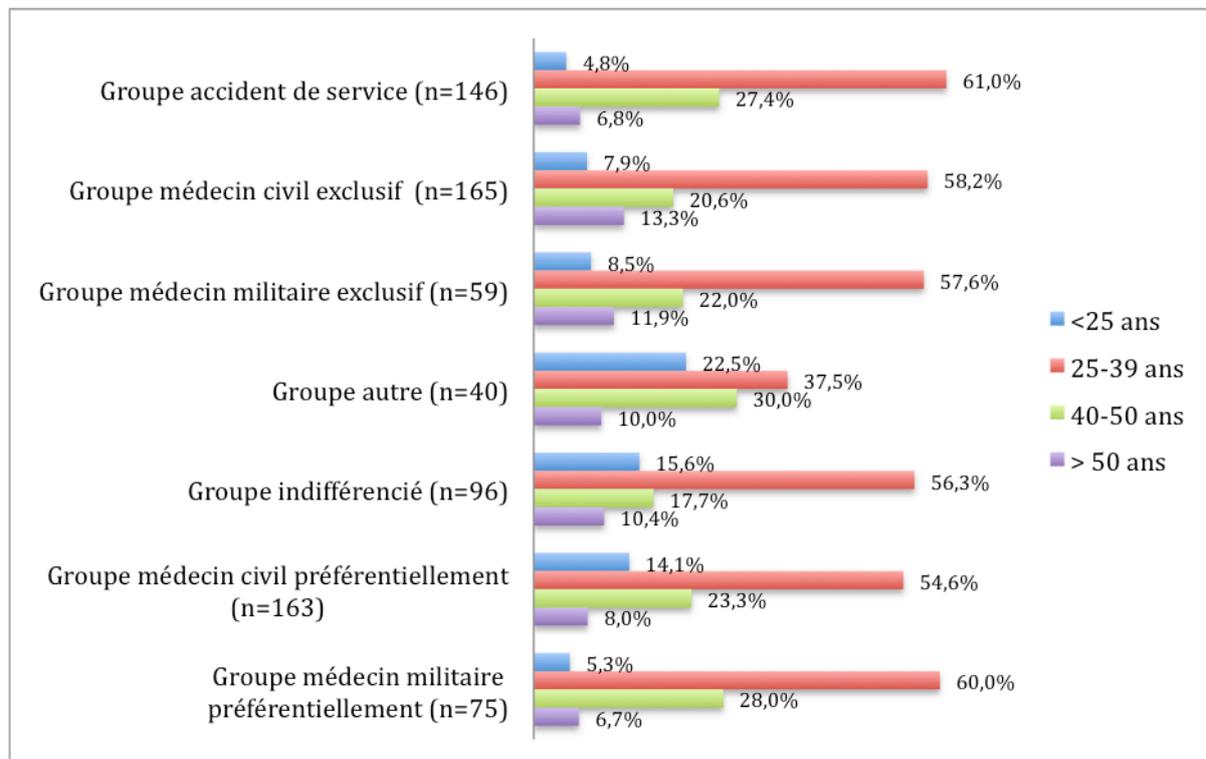


Figure 15 : répartition de la population étudiée (N = 744) dans les groupes comportement de consultation en fonction de l'âge ($p = 0,02$)

Les moins de 25 ans sont proportionnellement plus nombreux (22,5 %) dans le groupe autre, groupe composé pour 70 % de personnels ne consultant jamais. Ils sont sinon plus importants dans les groupes de consultations indifférenciées et de recours préférentiel au médecin civil avec consultation chez le médecin militaire si besoin (respectivement 15,6 % et 14,1 %).

Les 25-39 ans sont répartis de manière homogène dans tous les groupes (environ 60 %) à l'exception du groupe autre, dont le comportement de consultation n'est pas analysable faute de tendance marquée.

Les 40-50 ans sont proportionnellement plus nombreux dans les groupes accident de service (27,4 %) et médecin militaire préférentiellement (28 %). Il n'existe pas de différence majeure entre les groupes ayant recours exclusivement au médecin militaire ou au médecin civil de manière exclusive ou préférentielle (entre 20,6 % et 23,3 %). En revanche, ils sont moins nombreux parmi les patients consultant de manière indifférenciée (17,7 %).

Les patients de plus de 50 ans semblent plus attachés à leur médecin dans la mesure où ils sont proportionnellement plus nombreux dans les groupes de consultations du médecin civil exclusivement (13,3 %) et du médecin militaire exclusivement (11,9 %). Ils consultent sinon de manière strictement indifférenciée (10,4 %).

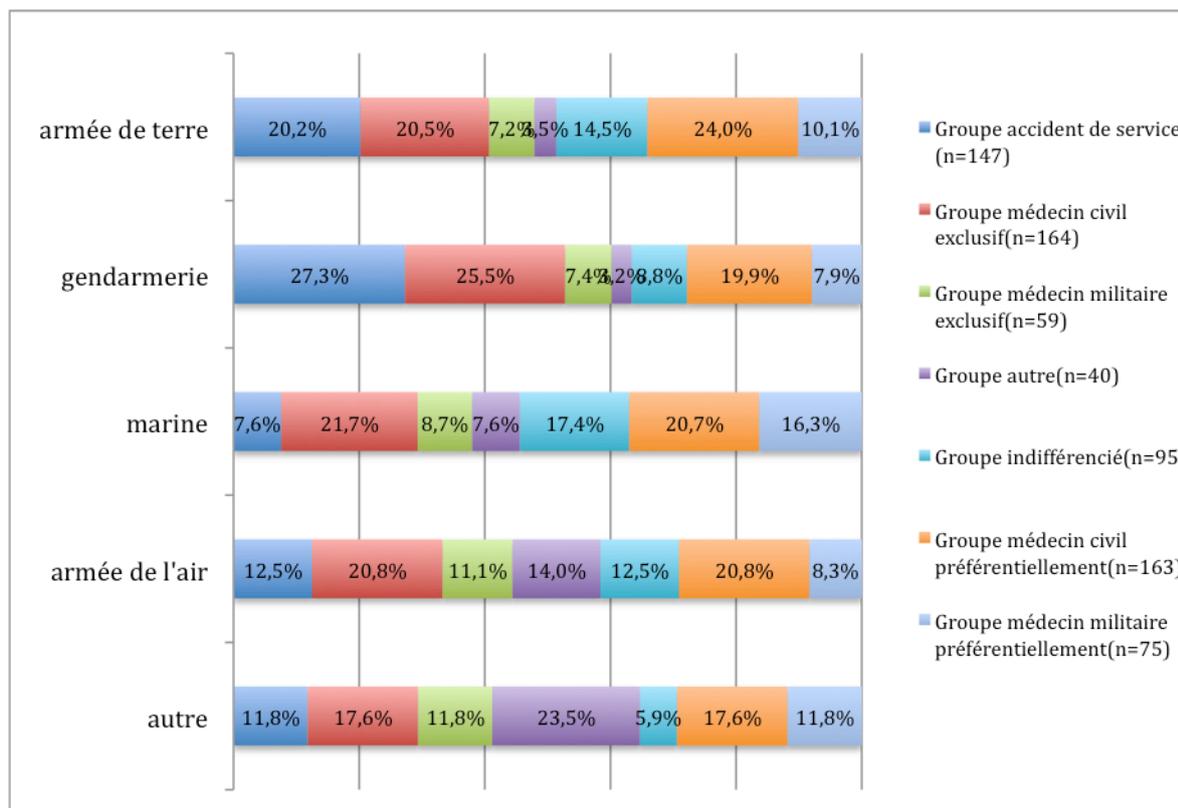


Figure 16 : répartition de la population étudiée (N = 743) dans les groupes comportement de consultations en fonction de l'armée d'appartenance (p < 0,001)

En termes de répartition de la population dans les différents groupes comportement de consultation :

- les personnels de l'armée de terre et de la gendarmerie consultent principalement un médecin généraliste civil (respectivement 44,5 % et 45,4 %) de manière préférentielle (24 % et 19,9 %) ou exclusive (20,5 % et 25,5 %). Ils ont également fréquemment recours au médecin militaire en ce qui concerne les accidents de service uniquement (20,2 % et 27,3 %). La gendarmerie est l'armée ayant le moins recours au médecin militaire pour les consultations de soins et en urgence (24,1 %) ;
- les personnels de la marine et de l'armée de l'air consultent principalement un médecin généraliste civil (respectivement 42,4 % et 40,6 %) se répartissant de manière homogène entre les groupes de consultations préférentielles et exclusives de celui-ci ;
- les personnels de la marine et de l'armée de terre semblent avoir massivement recours au médecin militaire et au médecin civil selon les opportunités

de consultation, en privilégiant ce dernier (groupes indifférencié, médecin civil préférentiellement et médecin militaire préférentiellement) pour respectivement 54,4 % et 48,6 % d'entre eux. Les deux armées privilégiant le recours principal au médecin militaire (consultations exclusives et préférentielles) sont la marine (25 %) et les services (23,6 %).

Au total, toutes les armées ont principalement recours au médecin généraliste civil (38,5% à 45,4% des personnels d'une armée donnée) avec une répartition homogène entre les consultations exclusives et préférentielles, à l'exception de l'armée de terre qui privilégie le recours préférentiel (24 %) et de la gendarmerie qui privilégie le recours exclusif au médecin civil (25,5 %).

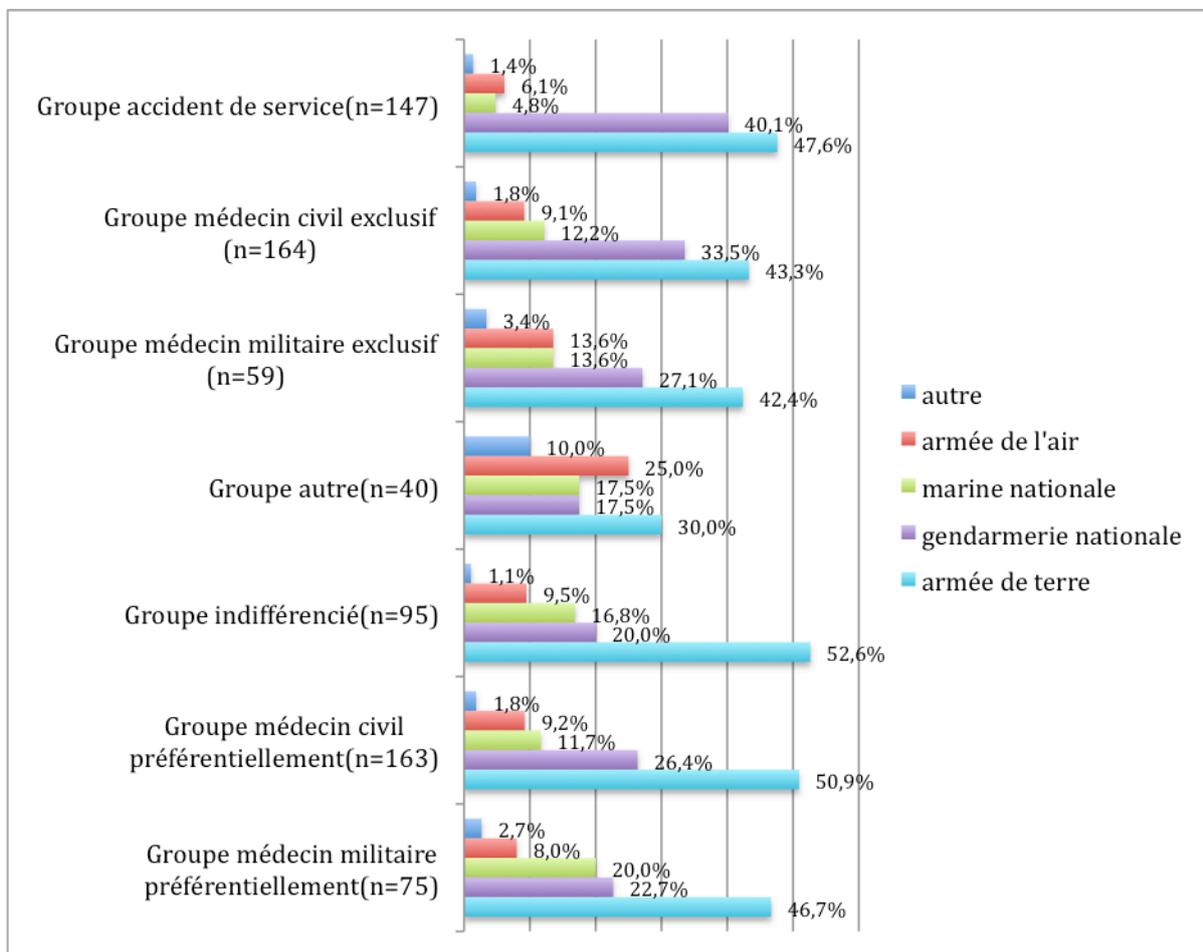


Figure 17 : proportion des personnels dans les groupes comportement de consultation en fonction de l'armée d'appartenance (p < 0,001)

Au niveau de la composition des différents groupes :

- proportionnellement, les personnels de l'armée de terre sont majoritaires dans les groupes de consultations indifférenciées (52,6 %) et de recours préférentiel au médecin traitant civil (50,9 %). Ils sont également présents en nombre

important dans les groupes accident de service (47,6 %) et de recours préférentiel au médecin traitant militaire (46,7 %). Ces résultats vont dans le sens d'un choix de consultation selon les opportunités avec un recours privilégié au médecin civil. En termes de proportion dans les groupes, il n'y a pas de différence pour les consultations avec un médecin exclusivement ;

- pour les personnels de la gendarmerie, ils sont plus nombreux dans les groupes accident de service (40,1 %) et recours au médecin exclusif, civil (33,5 %) et militaire (27 %). Il y a moins de gendarmes dans le groupe de consultations indifférenciées (20 %) et dans les groupes de recours préférentiel, que ce soit pour le médecin civil (26,4 %) ou militaire (22,7 %). Les personnels de la gendarmerie ont donc tendance à ne pas multiplier les interlocuteurs au profit du médecin généraliste civil ;
- si la plupart des personnels de la marine consultent de manière indifférenciée (représentant 20 % de ce groupe), ils ont tendance à privilégier le recours au médecin militaire puisque, proportionnellement, le groupe de recours au médecin militaire exclusif est composé de 13,6 % de marins pour 12,2 % dans le groupe médecin civil exclusif et le groupe médecin militaire préférentiel est composé de 20 % de marins pour 11,7 % dans le groupe médecin civil associé. Seule une minorité de personnels de la marine est présente dans le groupe accident de service (4,8 %) ;
- pour les personnels de l'armée de l'air, ils sont proportionnellement plus nombreux dans le groupe ayant recours exclusivement au médecin militaire (13,6 %), le reste de la population étant présente de manière homogène dans les différents groupes, à l'exception du groupe autre (25 %) dont le comportement n'est pas analysable et le groupe accident de service où ils sont moins nombreux (6,1 %) ;
- les personnels des services sont répartis de manière homogène dans les différents groupes, hormis le groupe autre (10 %). Il existe une discrète tendance à privilégier le médecin militaire telle que lors du recours exclusif, ces personnels

- composent 3,4 % du groupe médecin militaire pour 1,8 % du groupe médecin civil associé et, en cas de recours préférentiel, ils composent 2,7 % du groupe médecin militaire pour 1,8 % du groupe médecin civil.

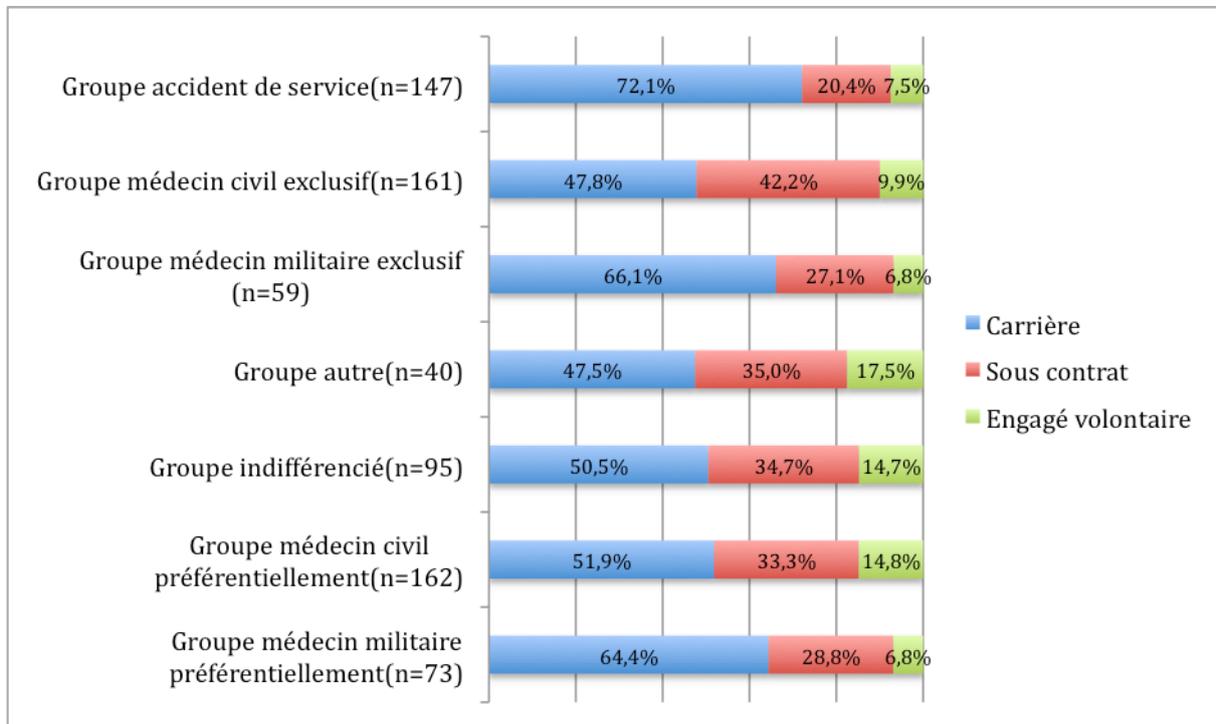


Figure 18 : répartition de la population étudiée (N = 737) dans les groupes comportement de consultation en fonction du statut d'engagement (p < 0,001)

Les personnels de carrière sont proportionnellement plus importants dans le groupe accident de service (72,1 %). Ils sont ensuite plus nombreux à privilégier les consultations avec le médecin militaire : 66,1 % dans le groupe médecin militaire exclusif et 64,4 % dans le groupe médecin militaire préférentiellement.

Les personnels sous contrat consultent principalement le médecin généraliste civil : 42,2 % dans le groupe médecin civil exclusif ; 34,7 % dans le groupe indifférencié ; 33,3 % dans le groupe médecin civil préférentiellement.

Les engagés volontaires consultent de manière opportuniste en privilégiant le médecin civil au sein des groupes indifférencié (14,7 %) et médecin civil préférentiellement (14,8 %).

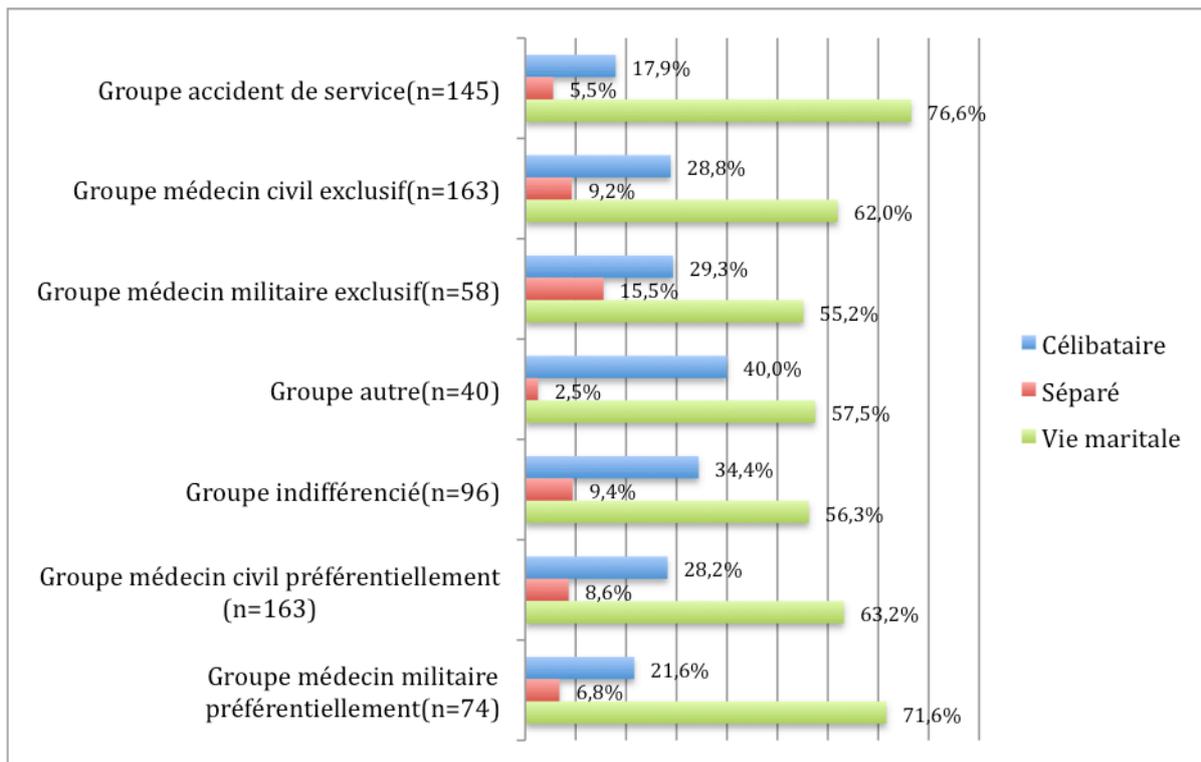


Figure 19 : répartition de la population étudiée (N = 739) dans les groupes comportement de consultation en fonction de la situation familiale ($p = 0,02$)

Proportionnellement, les personnels séparés sont plus nombreux dans le groupe de consultation exclusive du médecin militaire (15,5 %). Ils sont sinon répartis de manière relativement homogène en dehors des groupes autre et accident de service où ils sont peu nombreux (respectivement 2,5 % et 5,5 %).

Les personnels célibataires semblent privilégier de peu le recours au médecin civil. Ils sont proportionnellement plus nombreux dans le groupe indifférencié (34,4 % du groupe) et de proportion équivalente lors du recours exclusif à un médecin (28,8 % pour le civil et 29,3 % pour le militaire). Ils sont néanmoins plus nombreux à plébisciter un recours préférentiel au médecin civil (28,2 %) qu'au médecin militaire (21,6 %).

Concernant les personnels vivant maritalement, ils sont proportionnellement plus importants dans le groupe accident de service (76,6 %). Ils privilégient un recours mixte au profit du médecin militaire (71,6 % pour le médecin militaire, 63,2 % pour le médecin civil et 56,3 % de consultations indifférenciées), tendance qui s'inverse pour les groupes de consultations exclusives (62 % pour le médecin civil et 55,2 % pour le militaire).

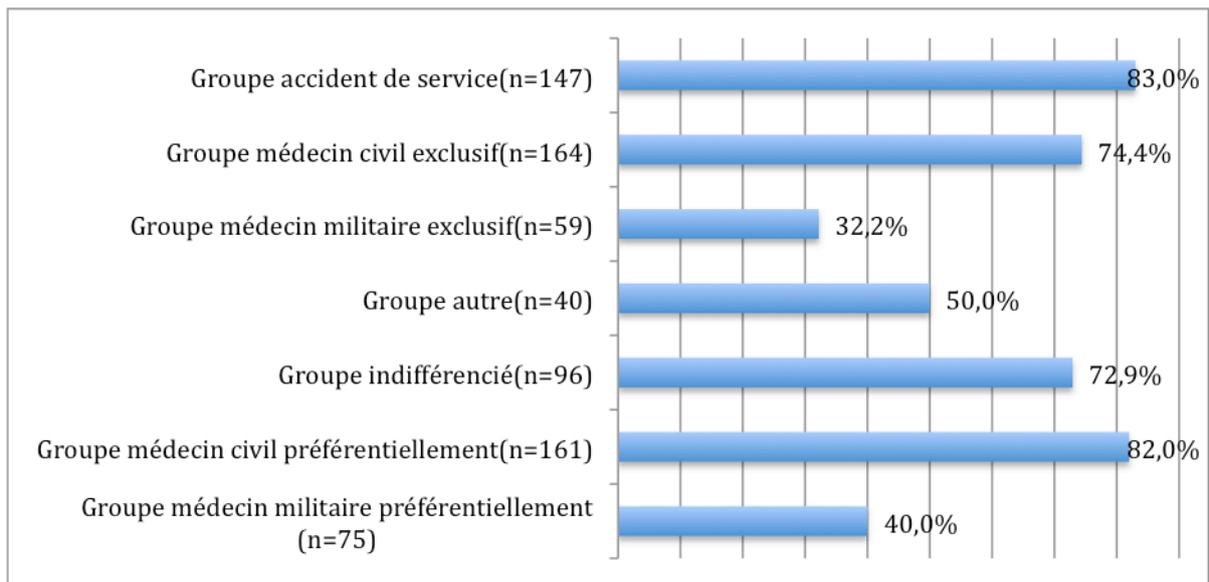


Figure 20 : répartition de la population étudiée (N = 742) dans les groupes comportement de consultation en fonction de la déclaration d'un médecin traitant civil ($p < 0,001$)

Les personnels ayant recours au médecin généraliste civil de manière préférentielle ou indifférenciée ont déclaré un médecin traitant civil pour plus de 70 % d'entre eux, tandis que moins de 40 % de ceux privilégiant le médecin militaire ont déclaré un médecin traitant civil.

IV. Motivations pour consulter un médecin militaire

Pour ces questions, il était demandé aux personnels de classer différentes motivations sur une échelle à 4 variables : *démotivant*, *peu motivant*, *motivant*, *très motivant*. Les résultats sont synthétisés dans les figures suivantes. Seuls les questionnaires pour lesquels les personnels ont répondu ont été pris en compte.

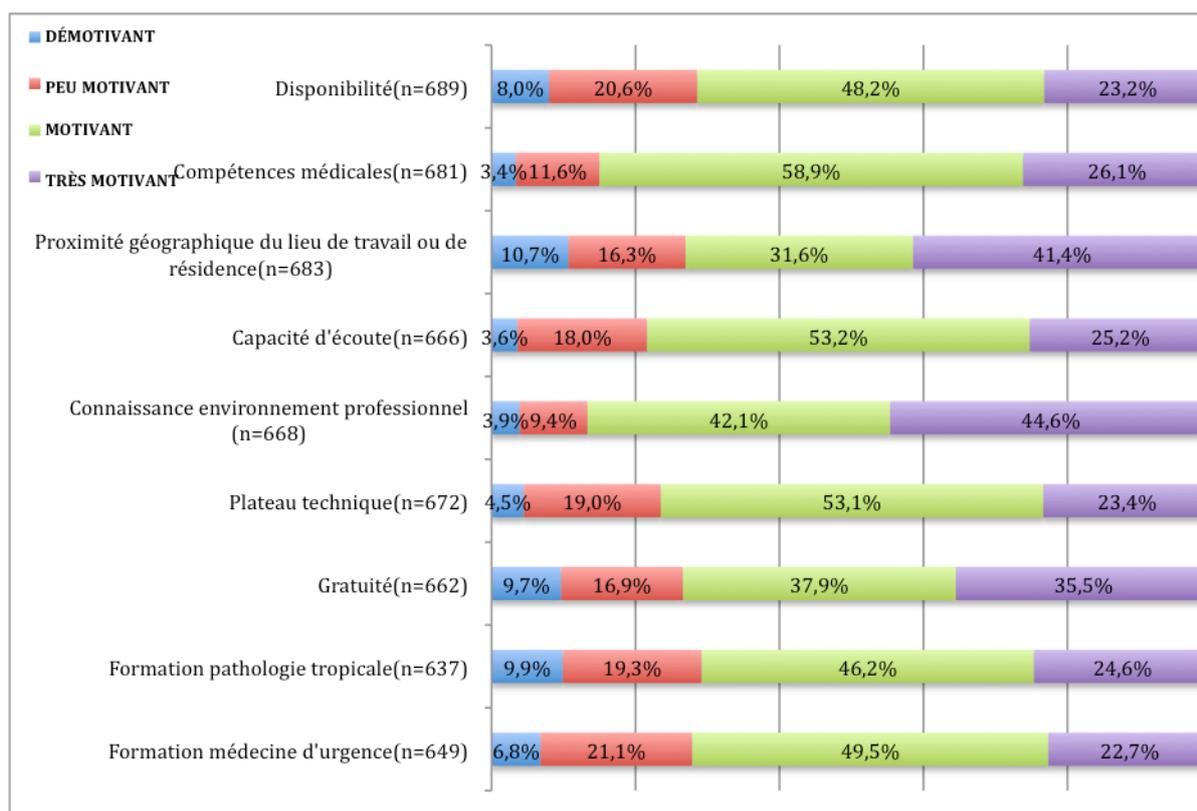


Figure 21 : motivations des personnels lors des consultations du médecin militaire

Il existe de fortes motivations à venir consulter le médecin militaire qui sont :

- **la connaissance de l'environnement professionnel pour 86,7 % des personnels, voire très motivant pour 44,6 % ;**
- **les compétences médicales pour 85 % des patients.**

Dans une moindre mesure **la capacité d'écoute pour 78,5 %** et la disponibilité du **plateau technique pour 76,5 %** de la population sont également motivants.

Sont de moindres facteurs de motivation :

- **les compétences de médecine tropicale**, non motivantes pour 30,2 % des personnels, voire démotivantes pour 9,9 % d'entre eux ;
- **la disponibilité**, non motivante pour 28,6 % des personnels ;
- **la formation à la médecine d'urgence** non motivante pour 27,9 %.

Concernant **la gratuité**, les résultats sont ambivalents, car même si c'est un facteur de motivation, 26,6 % des personnels n'y accordent que peu d'importance, cette considération n'ayant aucune importance pour 9,7 % d'entre eux alors qu'au contraire, elle apparaît pour 35,5 % des personnels comme un facteur très motivant.

Il en est de même pour **la proximité géographique** : 27 % des personnels ne trouvent pas cet argument motivant et même démotivant pour 10,7 % d'entre eux alors que pour 41,4 % c'est une considération très motivante.

V. Motivations pour consulter un médecin civil

De la même manière que pour les motivations concernant le médecin militaire, le personnel devait déterminer si l'item était *démotivant*, *peu motivant*, *motivant*, *très motivant*. Les résultats sont synthétisés dans les figures suivantes. Seuls les questionnaires pour lesquels les personnels ont répondu ont été pris en compte.

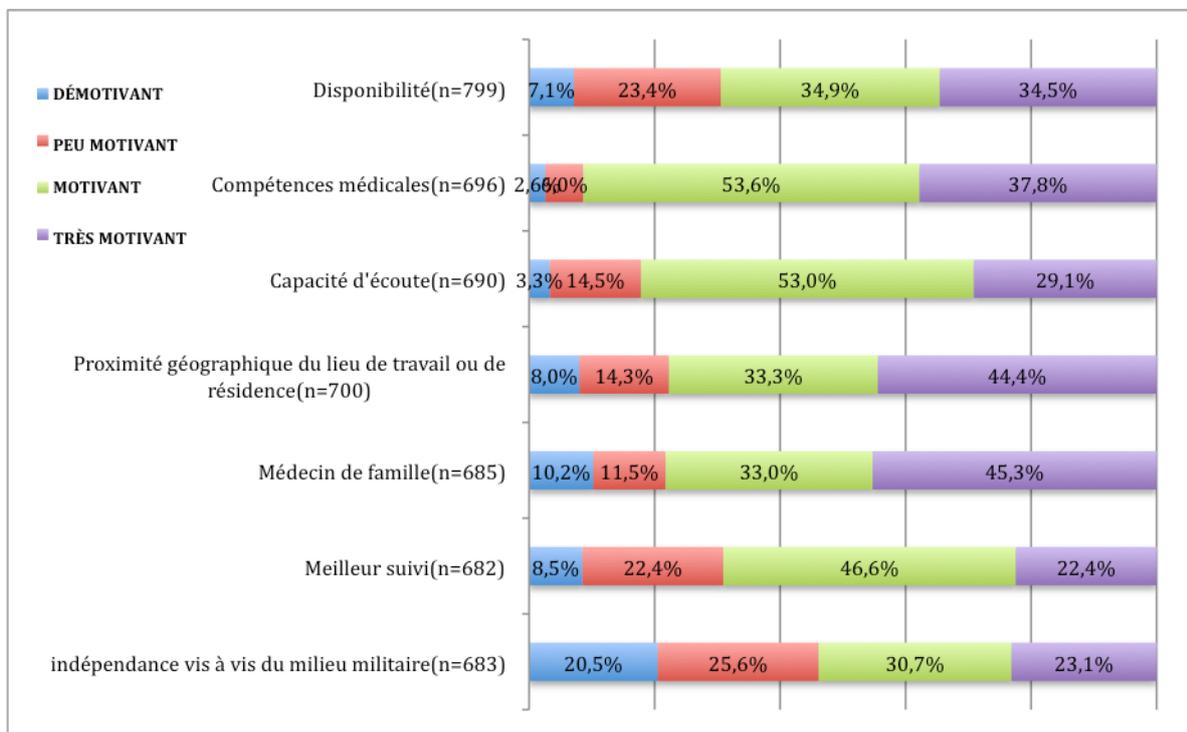


Figure 22 : motivations des personnels lors des consultations du médecin civil

Les principales motivations pour consulter le médecin civil sont :

- **les compétences médicales pour 91,4 % des patients dont 37,8 % les trouvent très motivantes ;**
- **la capacité d'écoute pour 82,1 % des personnels.**

Dans une moindre mesure, le fait d'être **le médecin de famille est un facteur de motivation pour 78,3 %** des personnels et très motivant pour 45,3 % d'entre eux

ainsi que la **proximité géographique** qui est une **considération importante** pour 77,7 % des patients et très motivante pour 44,4 % d'entre eux.

Sont de moindres facteurs de motivation :

- l'indépendance vis-à-vis de l'institution militaire non motivante pour 46,1 % des personnels et démotivante pour 20,5 % d'entre eux ;
- l'hypothèse d'un meilleur suivi non motivante pour 30,7 % des personnels.

Concernant la **disponibilité**, les résultats sont ambivalents puisque pour 30,9 % des patients, ce ne semble pas être une source de motivation alors qu'à contrario, c'est un facteur très motivant pour 35,5 % de la population.

Parmi les questions concernant la motivation, 4 d'entre elles sont identiques pour le médecin militaire et le médecin civil, à savoir la disponibilité, les compétences médicales, l'écoute et la proximité géographique. Il nous a semblé intéressant de comparer pour ces items les groupes ayant recours à la fois au médecin généraliste civil et au médecin militaire afin de voir si des motivations particulières sous-tendaient leur orientation.

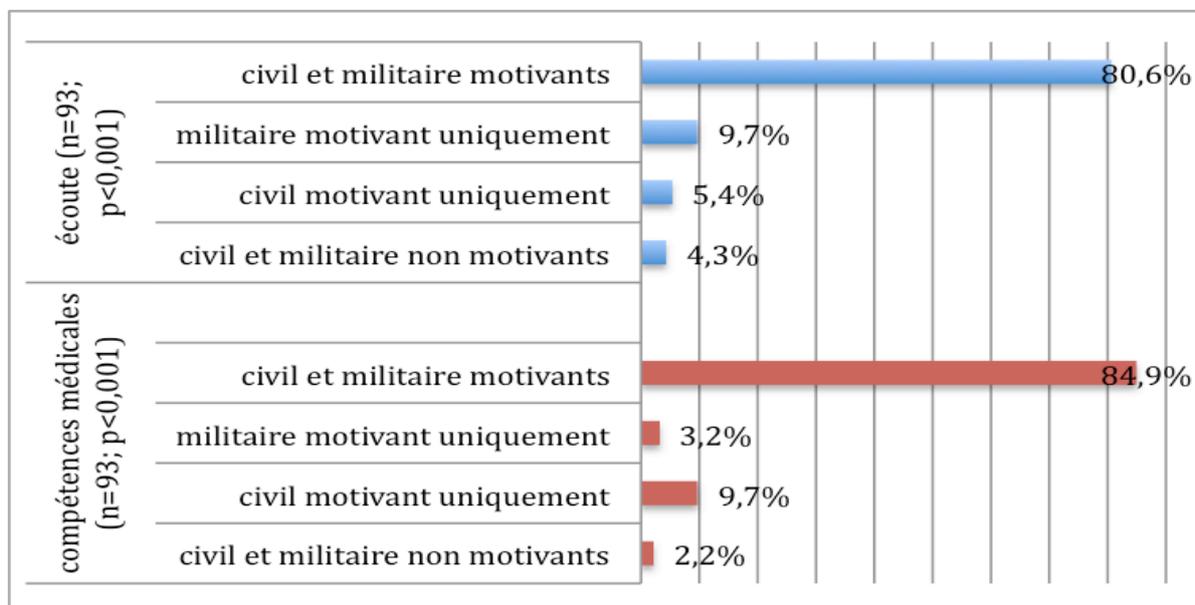


Figure 23 : comparaison entre les motivations à consulter un médecin civil ou militaire pour les personnels du groupe indifférencié

Les personnels du groupe indifférencié estiment que :

- l'écoute, tant chez le médecin civil que chez le médecin militaire est motivante pour 80,6 % d'entre eux, avec une tendance pour les autres à privilégier le médecin militaire pour sa capacité d'écoute (9,7 % et 5,4 % pour le médecin civil) ;
- pour 84,9 % de ce groupe, les compétences médicales sont aussi motivantes pour l'un que pour l'autre, avec, pour les patients restants, une motivation liée surtout aux compétences du médecin civil (9,7 % et 3,2 % pour le médecin militaire).

Ainsi, si la majorité (> 80 %) du groupe est motivée de la même manière par l'écoute et les compétences médicales indépendamment du statut du médecin, il existe néanmoins une tendance à privilégier la capacité d'écoute du médecin militaire et les compétences du médecin civil.

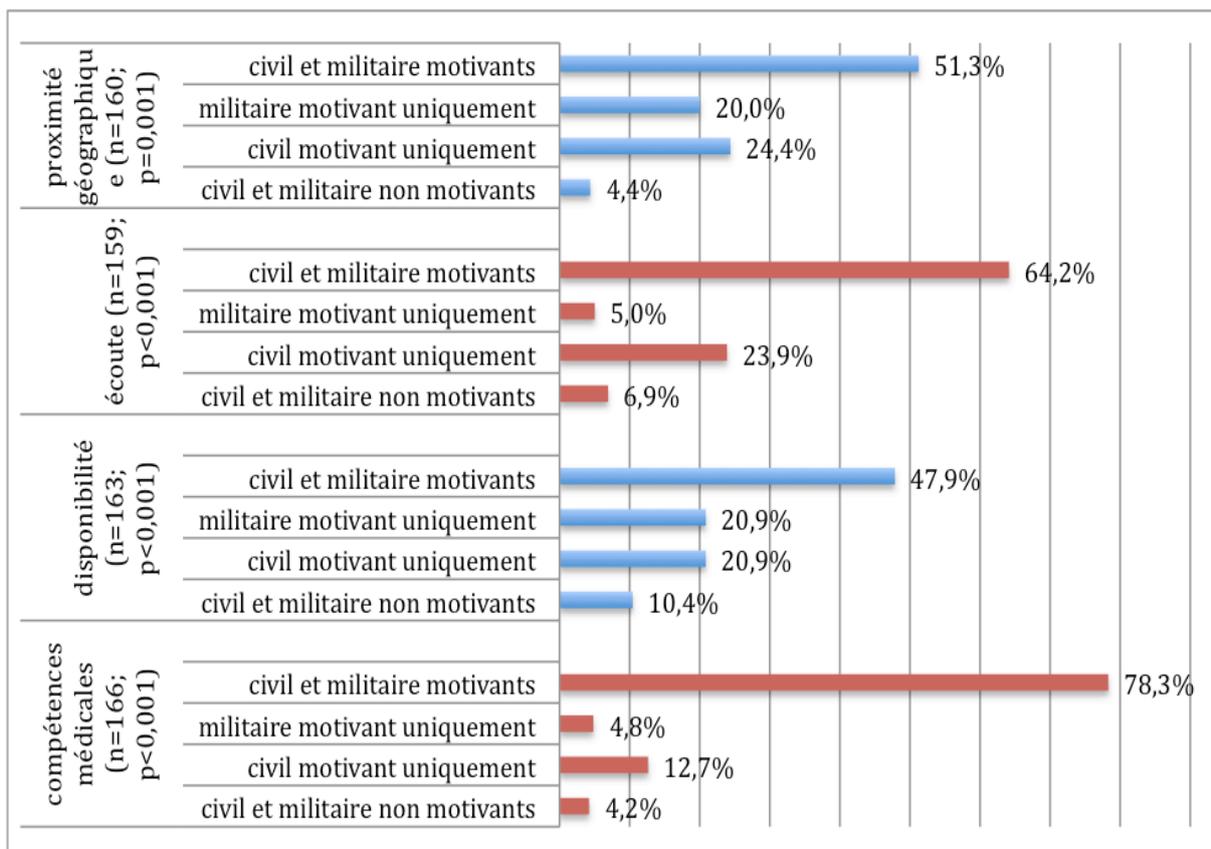


Figure 24 : comparaison entre les motivations à consulter un médecin civil ou militaire pour les personnels ayant préférentiellement recours au médecin civil

Pour le groupe des patients ayant recours préférentiellement à un médecin généraliste civil mais n'hésitant pas à consulter un médecin militaire, les personnels estiment que :

- pour 47,8 % des patients, la disponibilité est motivante aussi bien pour le médecin civil que militaire. Il existe 2 sous-groupes équivalents, l'un pour qui la disponibilité du médecin civil est motivante, contrairement au médecin militaire (20,9 %), et l'autre qui estime que celle du médecin militaire l'est, contrairement à la disponibilité du médecin civil (20,9 %) ;
- concernant les compétences médicales, pour 78,3 % de ce groupe, les compétences médicales sont aussi motivantes pour l'un que pour l'autre avec, pour les patients restants, une motivation liée surtout aux compétences du médecin civil (12,7 % et 4,8 % pour le médecin militaire) ;
- 64,2 % des personnels de ce groupe sont motivés par l'écoute tant pour consulter le médecin militaire que chez le médecin civil avec, pour les patients restants, un recours au médecin civil principalement (23,9 % de personnels motivés) ;
- concernant la proximité géographique, 51,3 % du groupe considère la proximité comme une motivation qu'il s'agisse du médecin militaire ou civil. Il existe 2 sous-groupes importants, l'un pour qui pour la proximité du médecin civil est motivante, contrairement à celle du médecin militaire (20 %), et l'autre qui, à l'inverse, trouve la proximité du médecin militaire motivante contrairement à la proximité du médecin civil (24,4 %).

Au total, au sein du groupe médecin civil préférentiellement, la majorité des patients trouvent les compétences des médecins civils et militaires aussi motivantes (78,3 %). Il existe des sous-populations distinctes qui choisissent leur médecin en fonction de la disponibilité et de la proximité géographique. Ces groupes sont approximativement équivalents en effectifs. Par ailleurs, le recours au médecin civil est nettement privilégié pour sa capacité d'écoute.

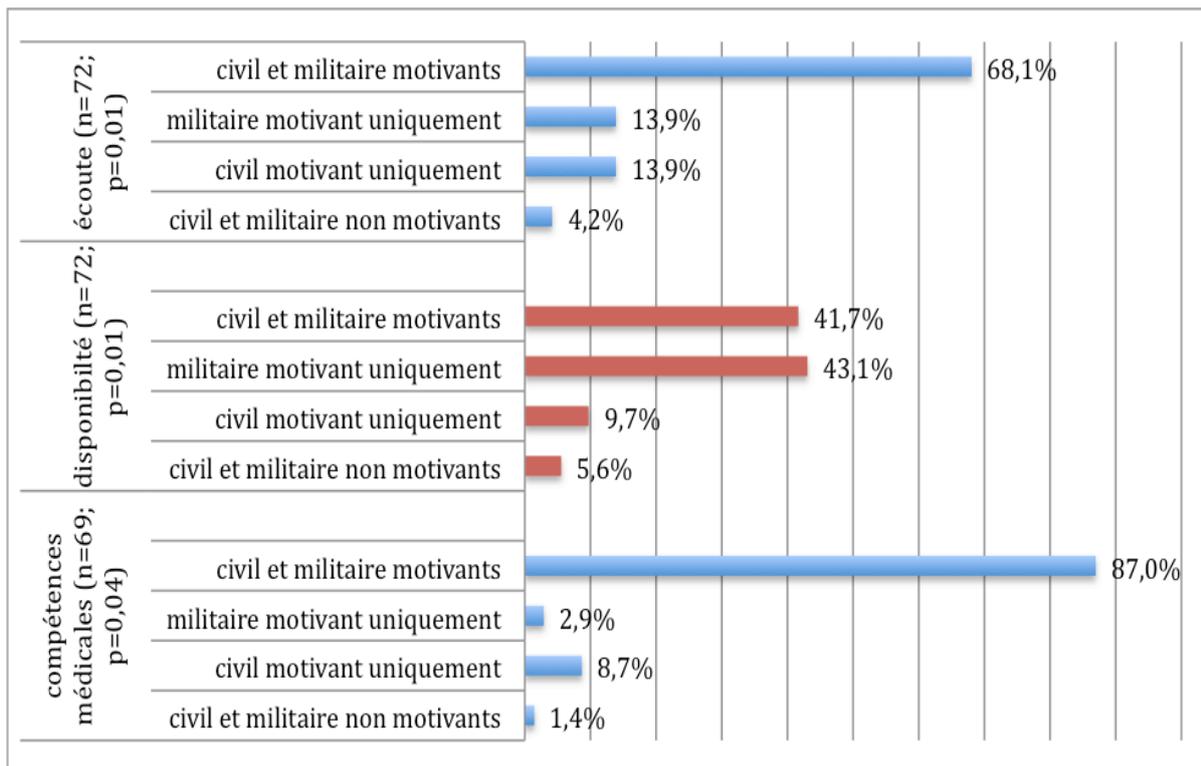


Figure 25 : comparaison entre les motivations à consulter un médecin civil ou militaire pour les personnels ayant recours préférentiellement au médecin militaire

Les patients ayant recours préférentiellement à un médecin militaire, mais pouvant consulter un médecin civil si besoin, estiment que :

- pour 43,1 % d'entre eux, la disponibilité du médecin militaire est motivante, contrairement celle du médecin civil, et 41,7 % considèrent la disponibilité comme une motivation indépendamment du médecin ;
- 87 % du groupe est motivé par les compétences médicales, que le médecin soit civil ou militaire. Pour 8,2 % des personnels, les compétences du médecin généraliste civil sont motivantes, contrairement à celles du médecin militaire ;
- concernant l'écoute, 73,1 % du groupe est motivé par la capacité d'écoute tant chez le médecin militaire que chez le médecin civil. Il existe 2 sous-groupes équivalents privilégiant l'un au détriment de l'autre (13,9 % dans chaque groupe).

Dans ce groupe, c'est la disponibilité du médecin militaire qui semble largement prévaloir, les compétences médicales étant considérées équivalentes pour une majorité

de patients (87 %). Il existe 2 sous-groupes équivalents qui semblent s'orienter vers l'un ou l'autre médecin selon l'écoute qu'il leur accorde.

A l'issue des questions concernant la motivation, il était demandé aux personnels de déterminer s'ils recommanderaient le médecin militaire comme médecin de famille et s'ils estimaient le médecin civil plus compétent que le médecin militaire.

Ainsi, **368 personnels (49,4 %) recommanderaient le médecin militaire comme médecin de famille**, 302 (40,5 %) ne le recommanderaient pas et 75 (10,1 %) ne se prononcent pas.

Il existe une tendance, quoique statistiquement non significative, telle que les patients n'ayant pas de médecin traitant civil recommandent plus fréquemment le médecin militaire comme médecin de famille (59,6 % des cas contre 52,7 % pour les patients ayant un médecin traitant civil ; $p = 0,09$), tout comme les patients séparés ou divorcés (68,4 % contre 50,6 % pour les célibataires et 55,4 % pour les personnels vivant maritalement ; $p = 0,06$).

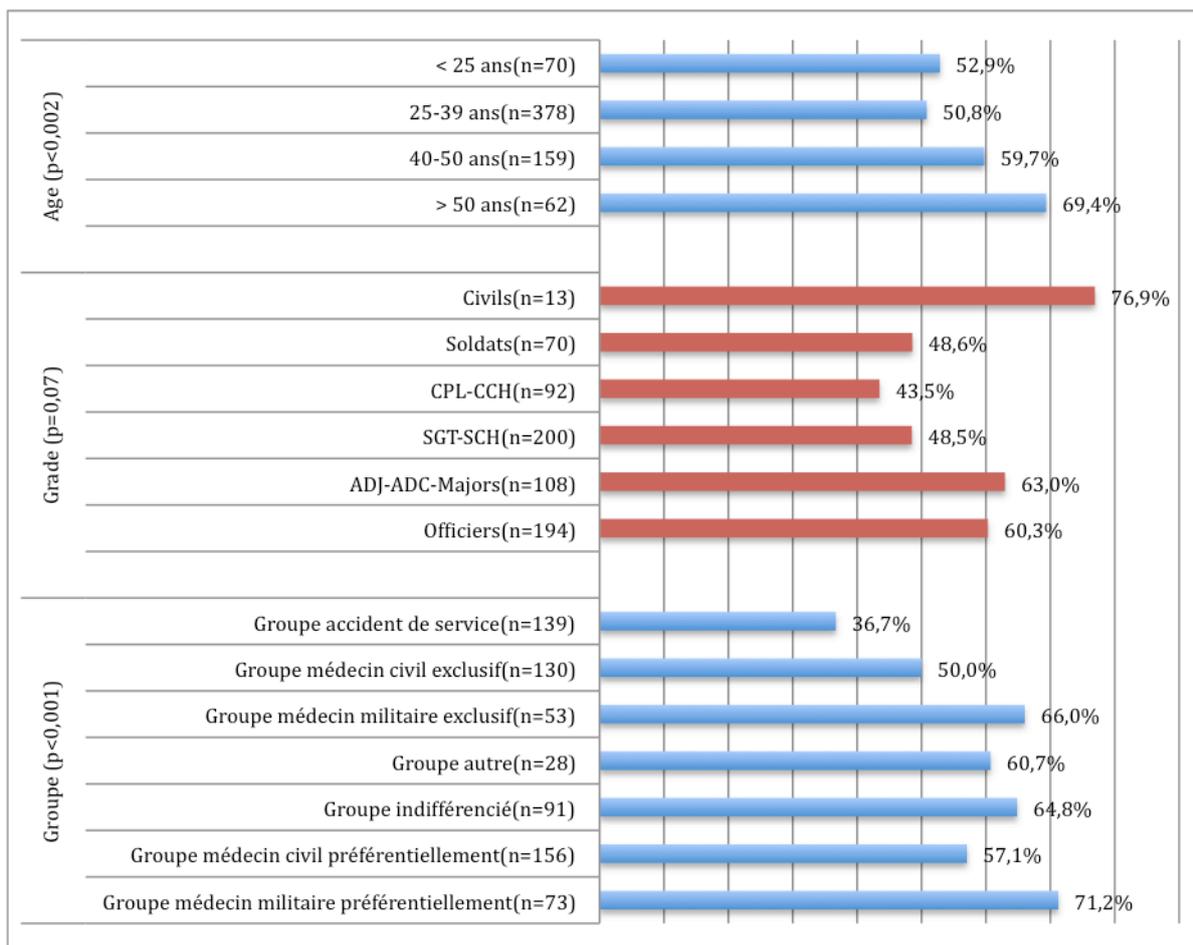


Figure 26 : répartition des personnels recommandant le médecin militaire comme médecin de famille en fonction de l'âge, du grade et du groupe comportement de consultation

Au total, les civils (76,9 %), sous-officiers supérieurs (63 %), officiers (60,3 %) et les personnels de plus de 40 ans (61,3 %) recommanderaient le médecin militaire comme médecin de famille. Par ailleurs, les groupes comportements de consultations ayant recours au médecin militaire pour des soins le recommanderaient également comme médecin de famille (groupes médecin militaire exclusif, indifférencié et au médecin civil et militaire préférentiellement, pour 63 % d'entre eux).

Concernant les compétences médicales :

- 18,6 % de la population étudiée (139 personnels) trouvent le médecin civil plus compétent que le militaire ;
- **67 % (499 personnels) ne trouvent pas le médecin civil plus compétent que le militaire ;**
- 14,4% (107 personnels) ne se prononcent pas.

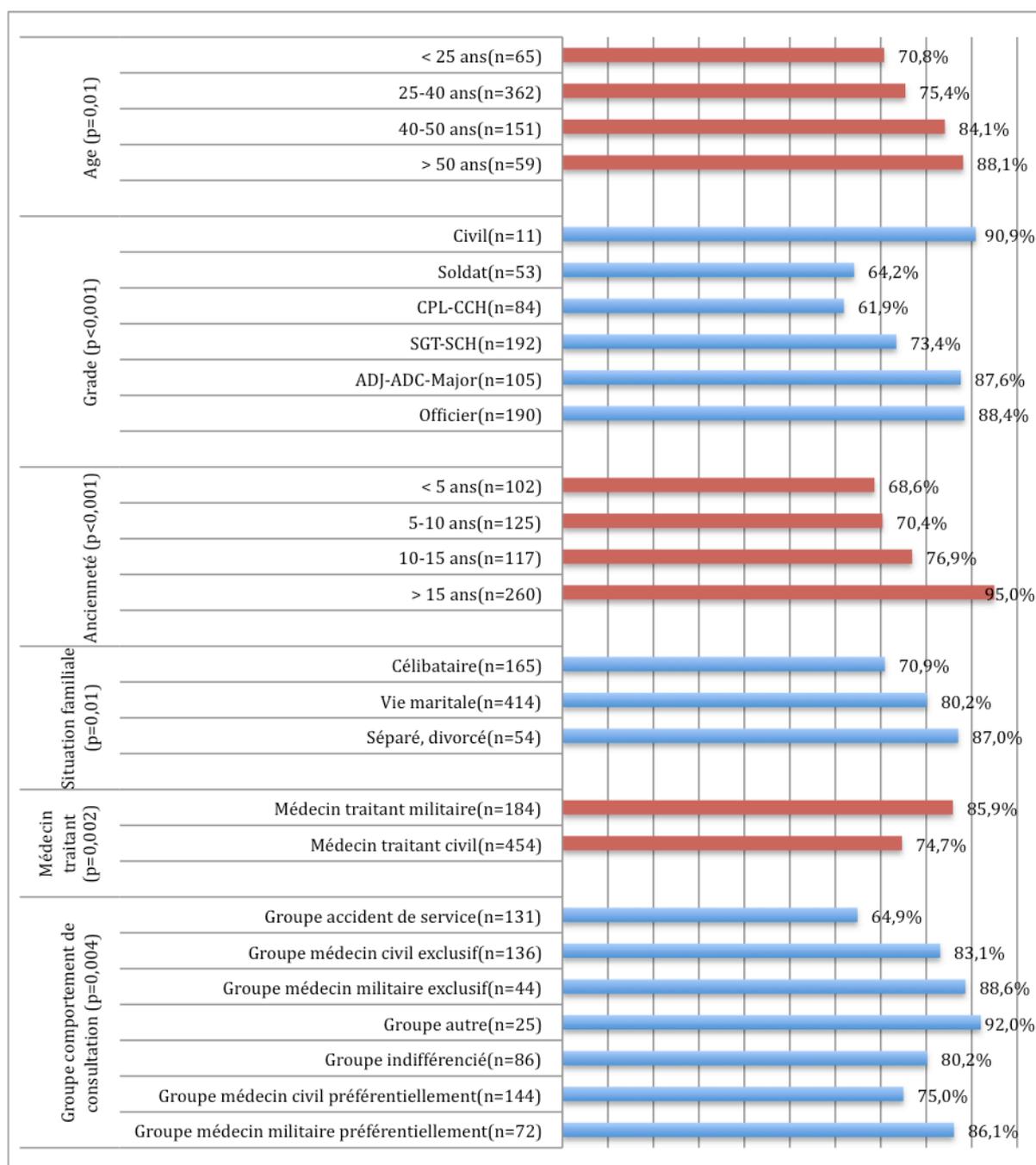


Figure 27 : répartition de la population n'estimant pas le médecin civil plus compétent que le militaire selon l'âge, le grade, l'ancienneté, la situation familiale, la déclaration d'un médecin traitant et le groupe comportement de consultation

Le fait de trouver le médecin civil plus compétent que le médecin militaire diminue avec l'âge (14,8 % des plus de 39 ans contre 25,3 % des moins de 40 ans), le grade (11,9 % des sous-officiers supérieurs et officiers) et l'ancienneté de service (10,7 % des personnels de plus de 10 ans d'ancienneté).

Le médecin est considéré comme au moins aussi compétent que le médecin civil par une proportion plus importante de patients séparés (87%) que mariés ou célibataires (77,5 %).

Les groupes accident de service et médecin civil préférentiellement (29,8 %) ainsi que les patients ayant déclaré un médecin traitant civil (25,3 %) trouvent celui-ci plus compétent. Ces résultats sont corrélés à ceux concernant la recommandation du médecin militaire comme médecin de famille.

VI. Perception et vision du rôle du médecin d'unité

Pour chacune des questions abordées, les questionnaires non renseignés n'ont pas été pris en compte.

A. Vision du rôle du médecin militaire

Les personnels avaient à déterminer leur vision du rôle du médecin militaire, à savoir s'il devait uniquement jouer le rôle de médecin expert, s'il devait pouvoir gérer les consultations en urgence, et enfin, jouer le rôle de médecin traitant. Ces données sont présentées dans la figure suivante.

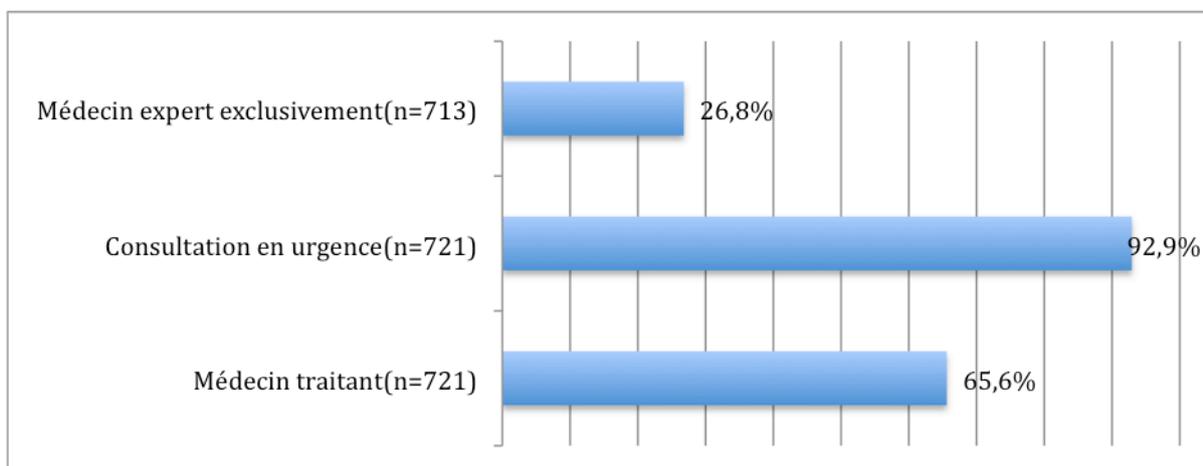


Figure 28 : vision du rôle du médecin militaire

Au total, pour une majorité de la population étudiée, le médecin militaire doit principalement être en mesure de recevoir les patients en urgence (92,9 %) si besoin. Pour une part importante des personnels, il devrait également assurer un suivi de médecin traitant (65,6 %) et, malgré son rôle d'expert, il semble avoir toute légitimité pour effectuer sa mission de médecine de soins pour 73,2 % des patients.

1. Concernant la médecine d'expertise

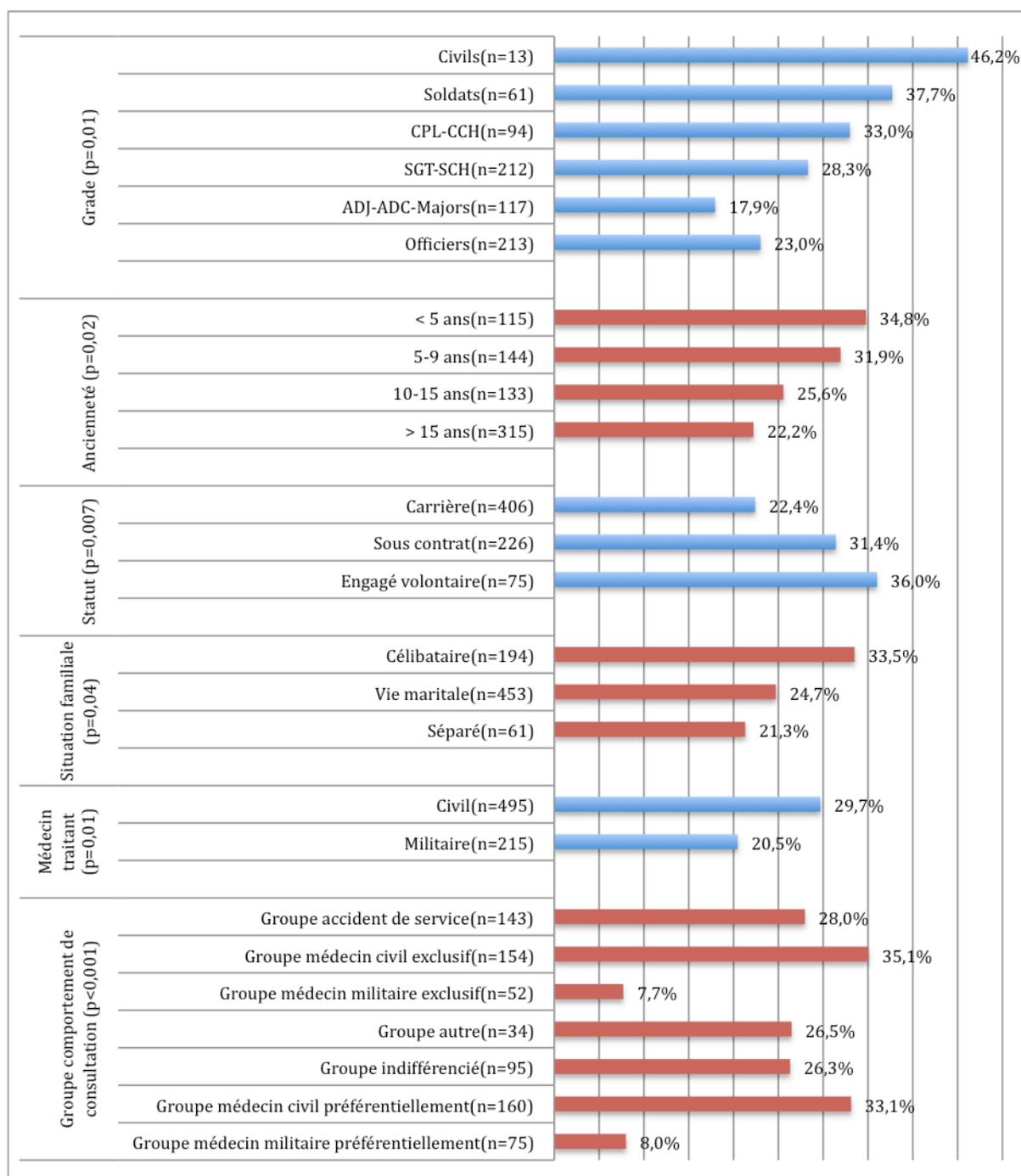


Figure 29 : répartition de la population estimant que le médecin militaire est uniquement un médecin expert selon le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale, la déclaration d'un médecin traitant, du groupe comportement de consultation

Au total, les personnels considérant comme n'étant pas du ressort du médecin militaire d'exercer une médecine de soins prédominant chez :

- les militaires du rang (34,8 %) ;
- les personnels de moins de 10 ans de service (33,2 %) ;

- les personnels engagés volontaires ou sous contrat (32,6 %) ;
- les célibataires (33,5%) ;
- les personnels ayant déclaré un médecin traitant civil (29,7 %) ;
- les groupes comportement de consultation ayant recours de manière exclusive ou privilégiée au médecin civil (34,1 %).

Au contraire, certaines catégories de personnels sont plus enclines à considérer le médecin militaire comme soignant, à savoir :

- les sous-officiers supérieurs et officiers (78,8 %) ;
- les personnels de plus de 10 ans de service (76,8 %) ;
- les personnels séparés (78,7 %) ;
- les personnels ayant déclaré un médecin traitant militaire (79,5 %) ;
- les personnels ayant recours au médecin militaire de manière exclusive ou préférentielle (92,1 %).

2. Concernant la capacité de consulter en urgence si besoin

Il existe une tendance statistiquement non significative telle que les patients atteints de pathologies liées au service sont plus enclins à avoir recours au médecin militaire en cas d'urgence ($p = 0,08$; 100 % des patients atteints de pathologies liées au service ont répondu « oui » à cette question). Il existe une différence significative selon le groupe de comportement de consultation.

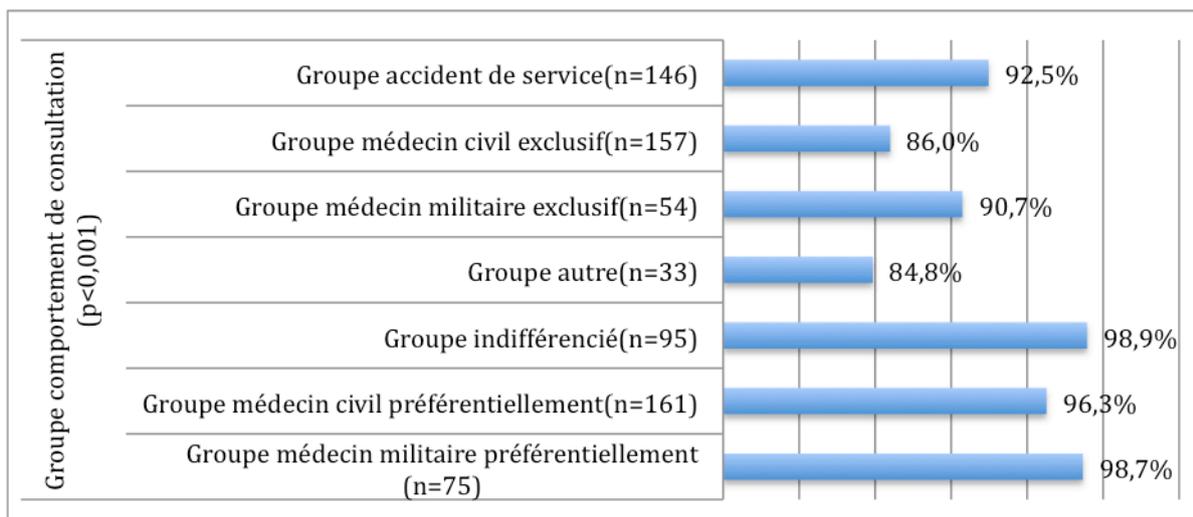


Figure 30 : « le médecin militaire doit pouvoir vous recevoir en urgence si besoin », répartition de la population selon le groupe comportement de consultation

Les personnels ayant recours à un médecin de manière exclusive, qu'il soit civil ou militaire, sont moins exigeants concernant la capacité du médecin militaire à les recevoir en urgence (87,2 %).

3. Concernant le rôle de médecin traitant

Il existe une tendance statistiquement non significative pour les personnels de la gendarmerie à considérer que le médecin militaire ne doit pas jouer le rôle de médecin traitant ($p = 0,07$; 57,6 % des gendarmes sont favorables au médecin militaire dans le rôle de médecin traitant contre 66,2 % à 69,8 % pour les autres armées), ainsi que les personnels vivant maritalement ($p = 0,07$; 62,7 % d'entre eux sont pour un médecin militaire traitant contre 70,2 % des célibataires et 72,1 % des personnels séparés). Les patients suivis en milieu hospitalier sont plus favorables que les autres à un médecin traitant militaire ($p = 0,06$; 76,7 % favorables contre 64,6 % des patients sans suivi hospitalier). Enfin, il existe des différences significatives pour la déclaration d'un médecin traitant et selon le groupe de comportement de consultation.

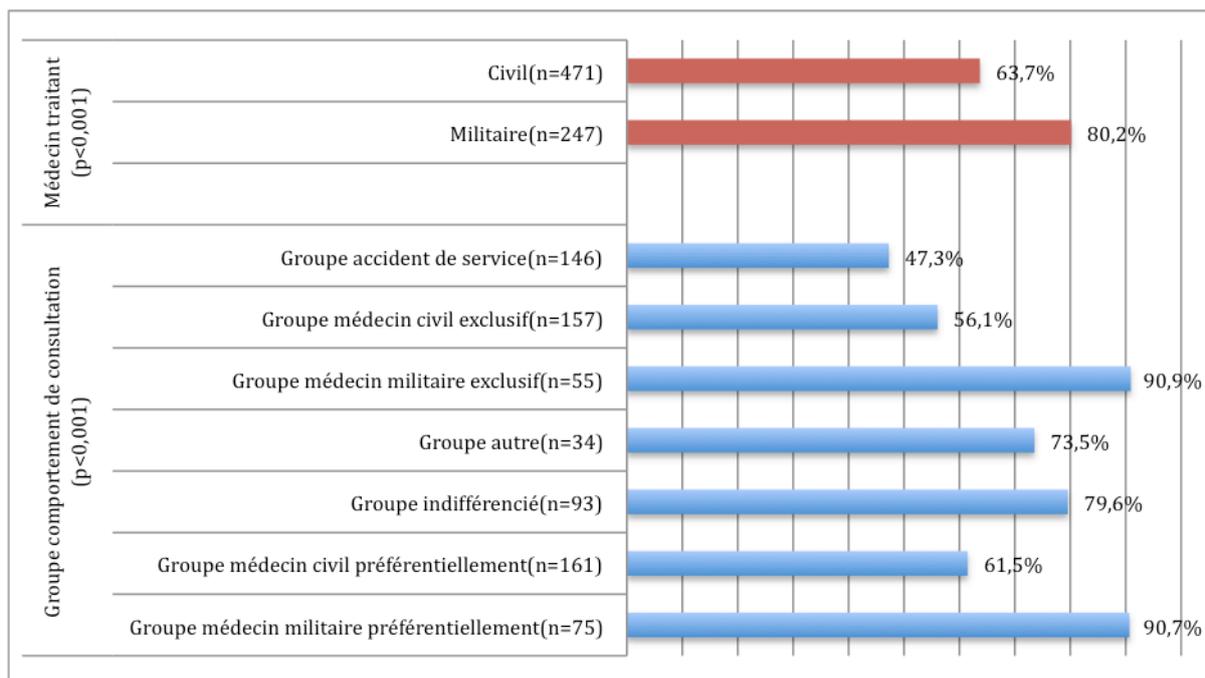


Figure 31 : « le médecin militaire doit jouer le rôle traitant », répartition de la population selon la déclaration d'un médecin traitant et du groupe comportement de consultation

Les personnels n'ayant pas déclaré de médecin traitant civil sont plus nombreux à estimer que le médecin militaire doit jouer le rôle de médecin traitant (80,2 %), de même que ceux ayant choisi de consulter le médecin militaire de manière exclusive, préférentielle ou indifférenciée (86,1 %). Les personnels du groupe accident de service sont les plus réfractaires à l'idée que le médecin d'unité puisse jouer le rôle de médecin traitant (52,7 %).

B. Ressenti concernant les prestations du service médical d'unité

Dans cette partie, les personnels devaient exprimer leur satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins, déterminer si la participation aux OPEX et la formation à l'urgence étaient pour eux des points forts du médecin militaire et si l'absence de culture militaire entraînait un handicap dans la prise en charge de la part du médecin civil. Par ailleurs, 2 questions visaient à évaluer leurs connaissances des capacités de l'antenne médicale et la législation faisant du médecin militaire le médecin traitant par défaut.

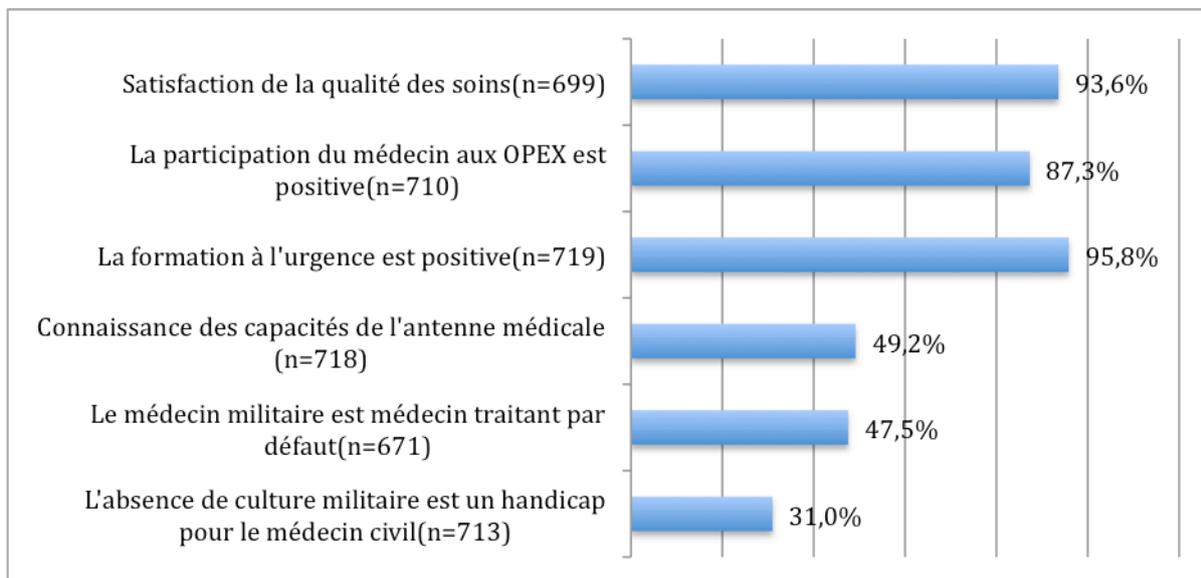


Figure 32 : répartition des personnels selon leur ressenti concernant les prestations du service médical d'unité

Les personnels sont très majoritairement satisfaits des soins (93,6 %) et considèrent que la participation du médecin aux OPEX et surtout sa formation à l'urgence sont des points positifs (respectivement 83,7 % et 95,8 %).

En revanche, seule une minorité estime que l'absence de culture militaire du médecin civil est un handicap (31 %).

Concernant les capacités de l'antenne médicale et la législation faisant du médecin militaire le médecin traitant par défaut des militaires, moins de 50 % des personnels les connaissent.

1. Concernant la satisfaction par rapport à la qualité des soins

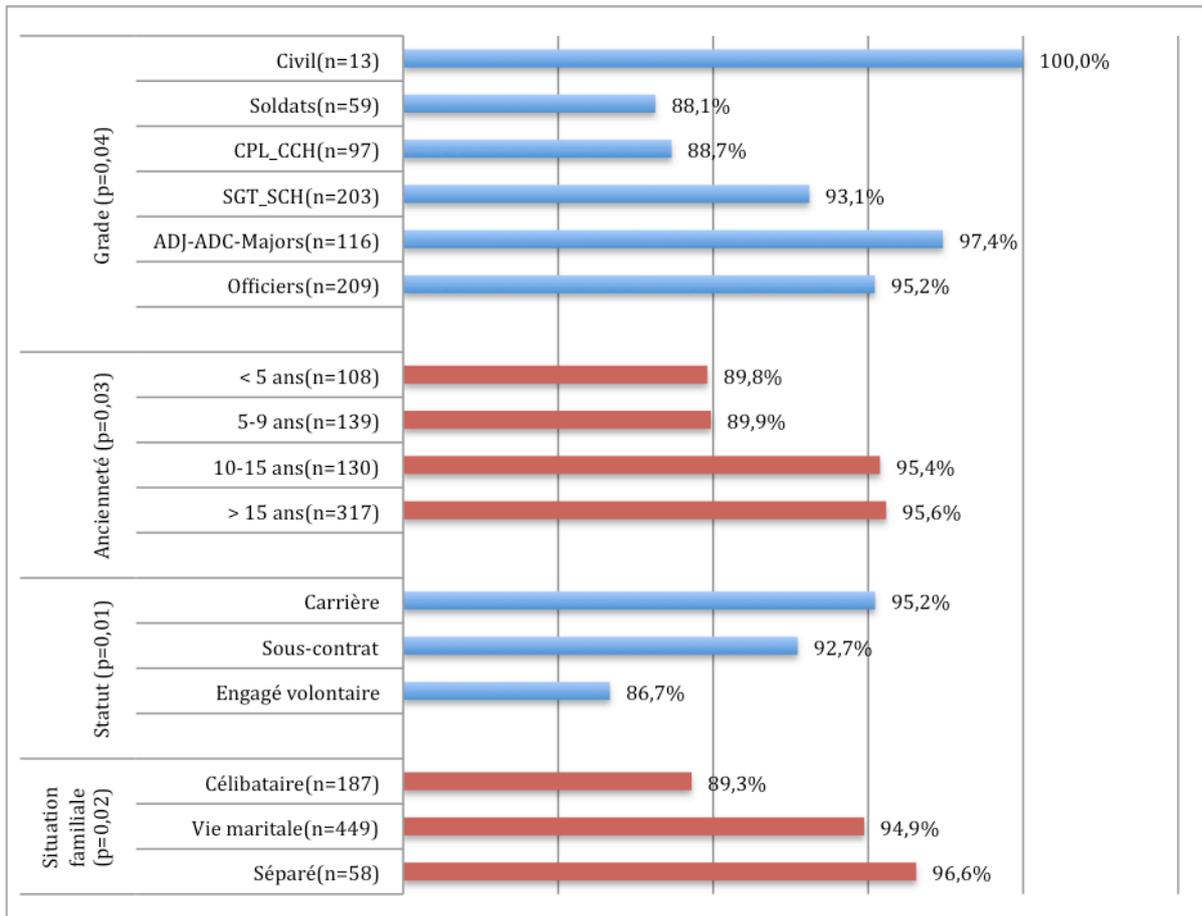


Figure 33 : répartition des personnels selon leur satisfaction de la qualité des soins en fonction du grade, de l'ancienneté, du statut d'engagement et de la situation familiale

La proportion de personnels satisfaits augmente avec le grade (88,5 % des militaires du rang pour 96 % des sous-officiers supérieurs et officiers), et l'ancienneté de service (89,9 % des moins de 10 ans et 95,5 % des plus de 10 ans de service). Les personnels engagés volontaires (13,2 %) et célibataires sont proportionnellement moins satisfaits (10,7 %).

2. Concernant l'importance accordée à la participation du médecin militaire aux OPEX

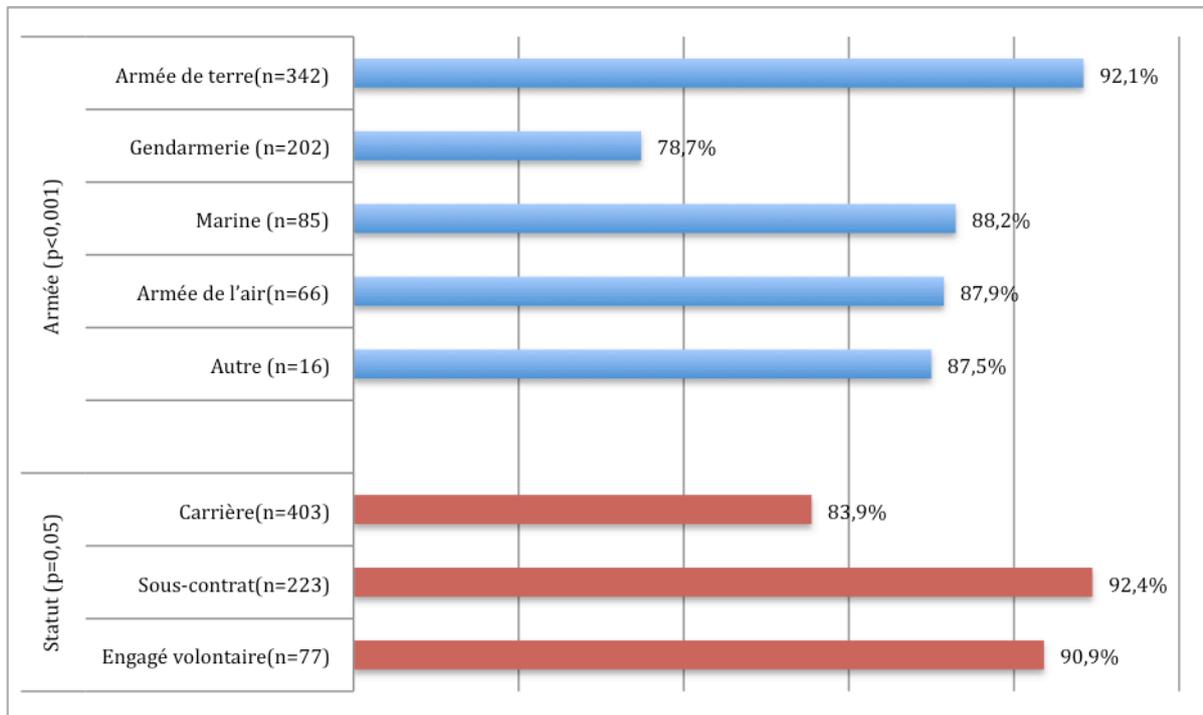


Figure 34 : importance accordée à la participation aux OPEX selon les armées et le statut d'engagement

Les personnels de la gendarmerie (78,7 %) et les personnels de carrière (83,9 %) attachent moins d'importance à la participation du médecin aux OPEX, contrairement aux personnels de l'armée de terre (92,1 %) et ceux servant sous contrat ou engagés volontaires (92 %).

3. Concernant l'importance accordée à la formation à l'urgence du médecin militaire

Il n'existe pas de différence statistiquement significative.

4. Concernant les connaissances des capacités de prise en charge de l'antenne médicale

Il existe une tendance non significative telle que les personnels civils (100 % des répondants) ne connaissent pas les capacités de prise en charge du service ($p = 0,09$). Il existe une différence significative selon l'armée et le groupe comportement de consultation.

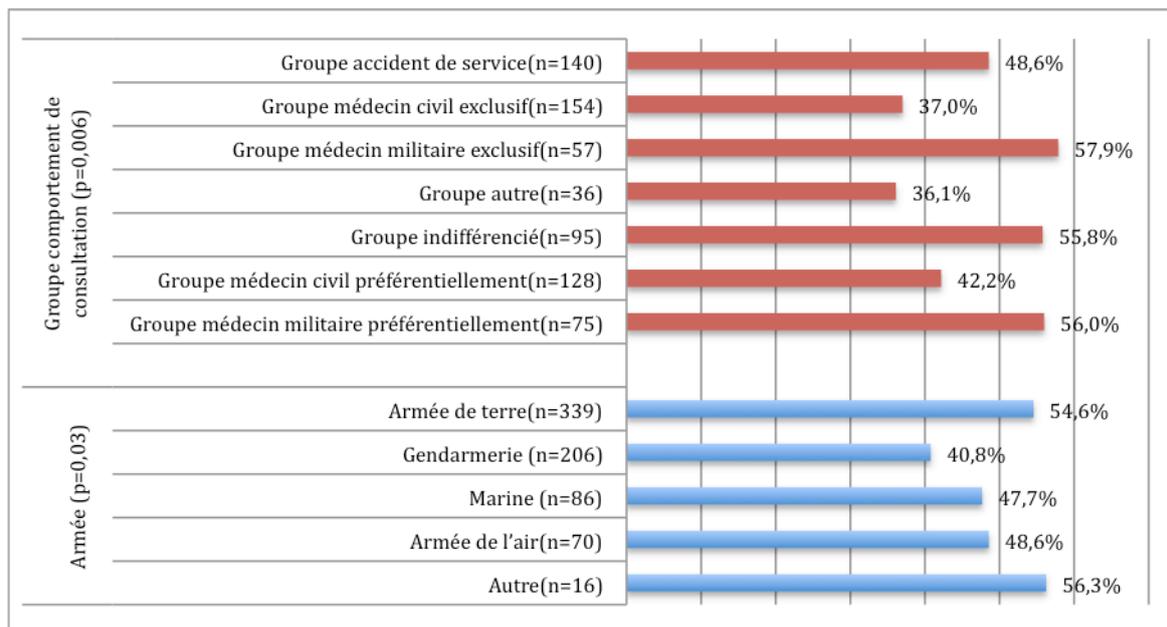


Figure 35 : répartition de la population selon ses connaissances des capacités de l'antenne médicale en fonction de l'armée et du groupe comportement de consultation

Les groupes ayant habituellement recours au médecin militaire pour une activité de soins, que ce soit de manière exclusive, privilégiée ou indifférenciée, connaissent mieux les capacités de prise en charge du service médical (56,4 %), contrairement aux personnels consultant prioritairement un médecin civil (42,4 %).

Les personnels de l'armée de terre et des services connaissent mieux les capacités de prise en charge de l'infirmerie que les autres personnels (respectivement 54,6 % et 56,3 %), notamment que les gendarmes (40,8 %).

5. Concernant le fait que le médecin militaire soit le médecin traitant par défaut

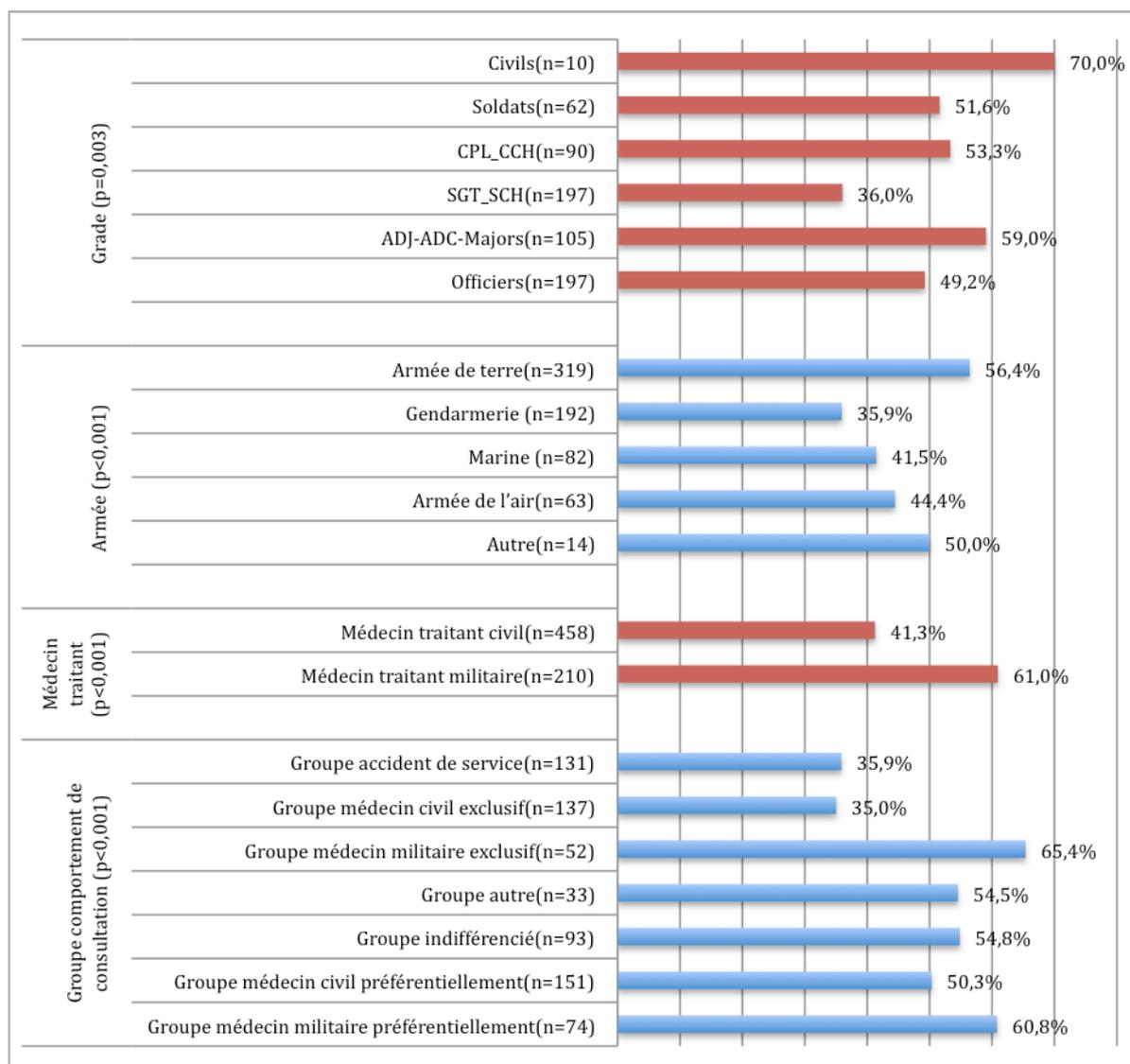


Figure 36 : répartition de la population selon la connaissance de la législation en fonction du grade, de l'armée, de la déclaration d'un médecin traitant et du comportement de consultation

Les personnels ne connaissant pas la législation concernant le médecin traitant sont plus nombreux au sein :

- des sous-officiers subalternes (64 %) ;
- de la gendarmerie (64,1 %) ;
- des personnels ayant déclaré un médecin traitant civil (58,7 %) ;
- des personnels consultant exclusivement un médecin civil ou n'ayant recours au médecin militaire que pour les accidents de service (64,6 %).

Au contraire, sont plus au fait cette législation :

- les sous-officiers supérieurs (59 %) ;
- les personnels de l'armée de terre (56,4 %) ;
- les personnels n'ayant pas déclaré de médecin traitant civil (6,1 %) ;
- les personnels privilégiant le recours au médecin militaire pour des consultations de soins (62,7 %).

6. Concernant l'absence de culture militaire du médecin civil

Il existe une tendance non significative sur le plan statistique telle que les hommes ont tendance à trouver ce manque de culture plus préjudiciable que les femmes (pour 32,3 % des hommes et 24,6 % des femmes ; $p = 0,09$). Il existe des différences significatives pour l'ancienneté, l'existence de pathologie liée au service et la déclaration d'un médecin traitant civil.

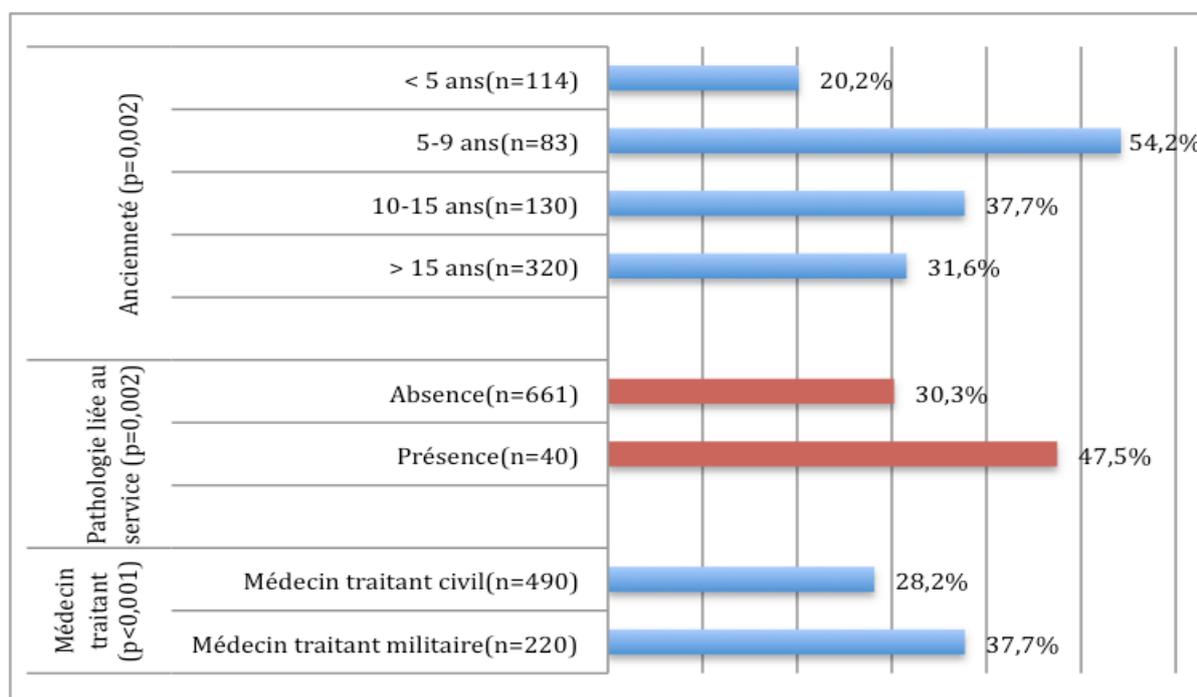


Figure 37 : répartition de la population estimant que l'absence de culture militaire est un handicap selon l'ancienneté, l'existence d'une pathologie de service et la déclaration d'un médecin traitant

L'absence de culture militaire du médecin civil apparaît comme un handicap essentiellement pour les personnels de plus de 5 ans d'ancienneté de service (pour 36,6% des plus de 5 ans de service), ceux ayant une pathologie liée au service (47,5 %) et ceux n'ayant pas déclaré de médecin traitant civil (37,7 %). Au contraire, cela ne

semble pas préjudiciable pour les engagés depuis moins de 5 ans (20,2 %) et les personnels ayant déclaré un médecin traitant civil.

C. Concernant l'expertise

Dans cette partie, les personnels devaient exprimer leur ressenti par rapport aux consultations d'expertise concernant leur utilité, leur justesse et leur connaissance de l'existence de voies de recours. Par ailleurs, 2 questions étaient relatives au fait qu'une VSA soit considérée comme une consultation permettant de faire le point sur son état de santé et pas simplement une visite d'expertise et 2 autres abordaient l'acceptabilité par les patients d'un cumul des rôles de soignant et d'expert et leur retentissement au cours de la consultation.

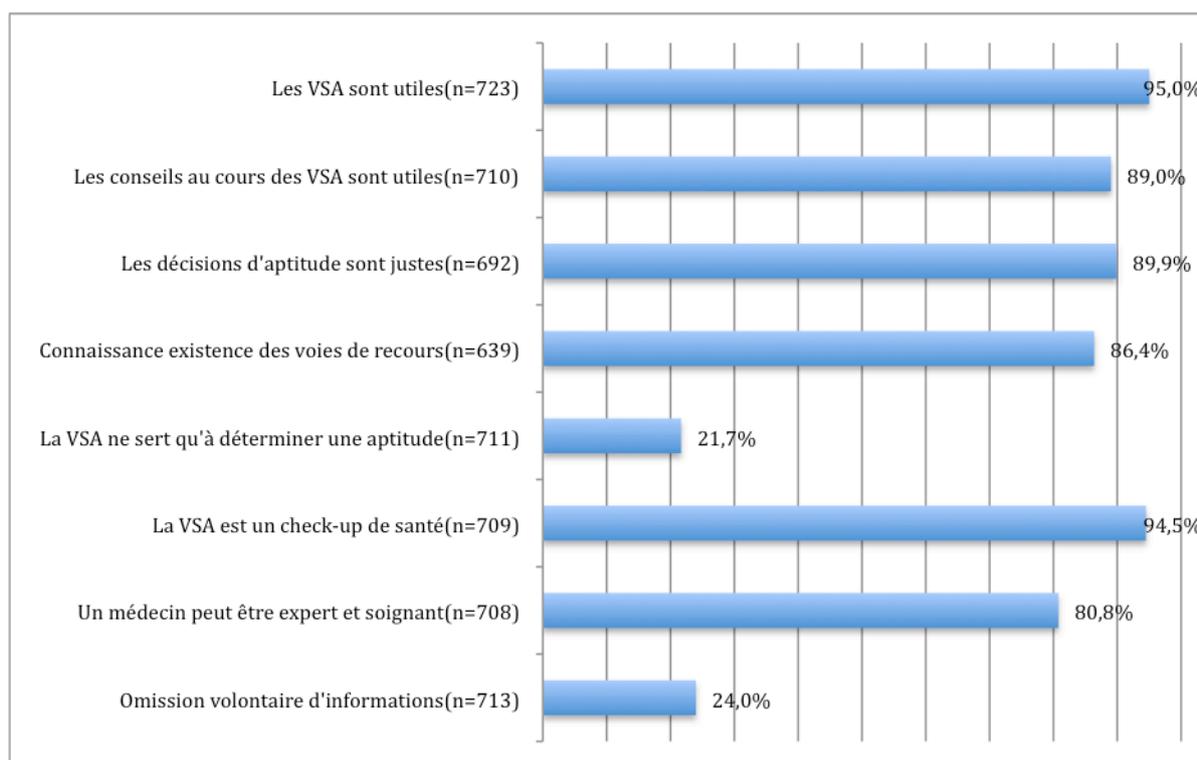


Figure 38 : répartition des personnels selon leur ressenti concernant l'expertise

Au total, une très large majorité de patients trouve la VSA à la fois utile (95 %) et comme l'occasion de faire le point sur leur état de santé (94,5 %), satisfaite des conseils qui y sont dispensés (89 %) et des décisions qui en découlent (89,9 %). L'existence de voies de recours en cas de litige est bien connue également (86,4 %).

En revanche, 21,7 % de la population étudiée estime que la VSA ne permet que de déterminer une aptitude et qu'un médecin ne peut être à la fois soignant et expert (19,2 %). Par ailleurs, 24 % de la population prétend omettre sciemment des informations en VSA de crainte d'un retentissement sur l'aptitude.

1. Concernant l'utilité de la VSA

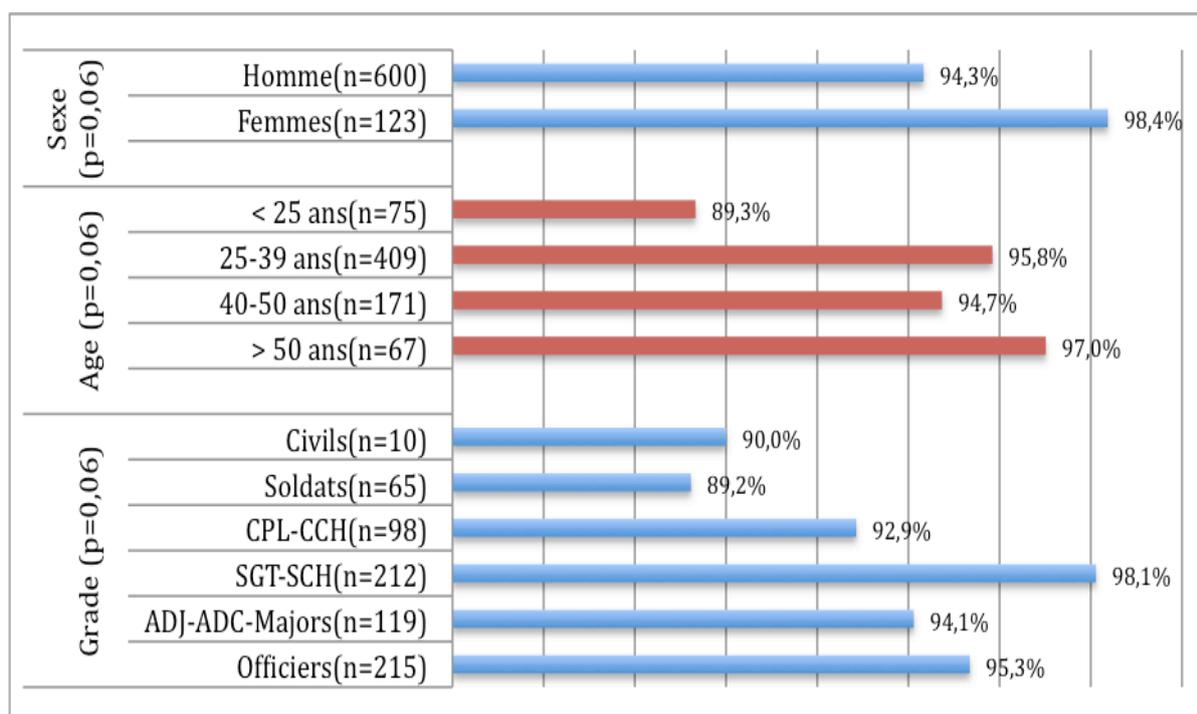


Figure 39 : répartition de la population trouvant la VSA utile selon le sexe, l'âge et le grade

Il existe une tendance non significative sur le plan statistique telle que les femmes trouvent la VSA plus utile que les hommes et que la proportion de la population convaincue de l'utilité de la VSA est plus faible chez les personnels de moins de 25 ans (89,3 %) et les militaires du rang (8,6 % ne la jugeant pas utile).

2. Concernant l'utilité des conseils dispensés au cours de la VSA

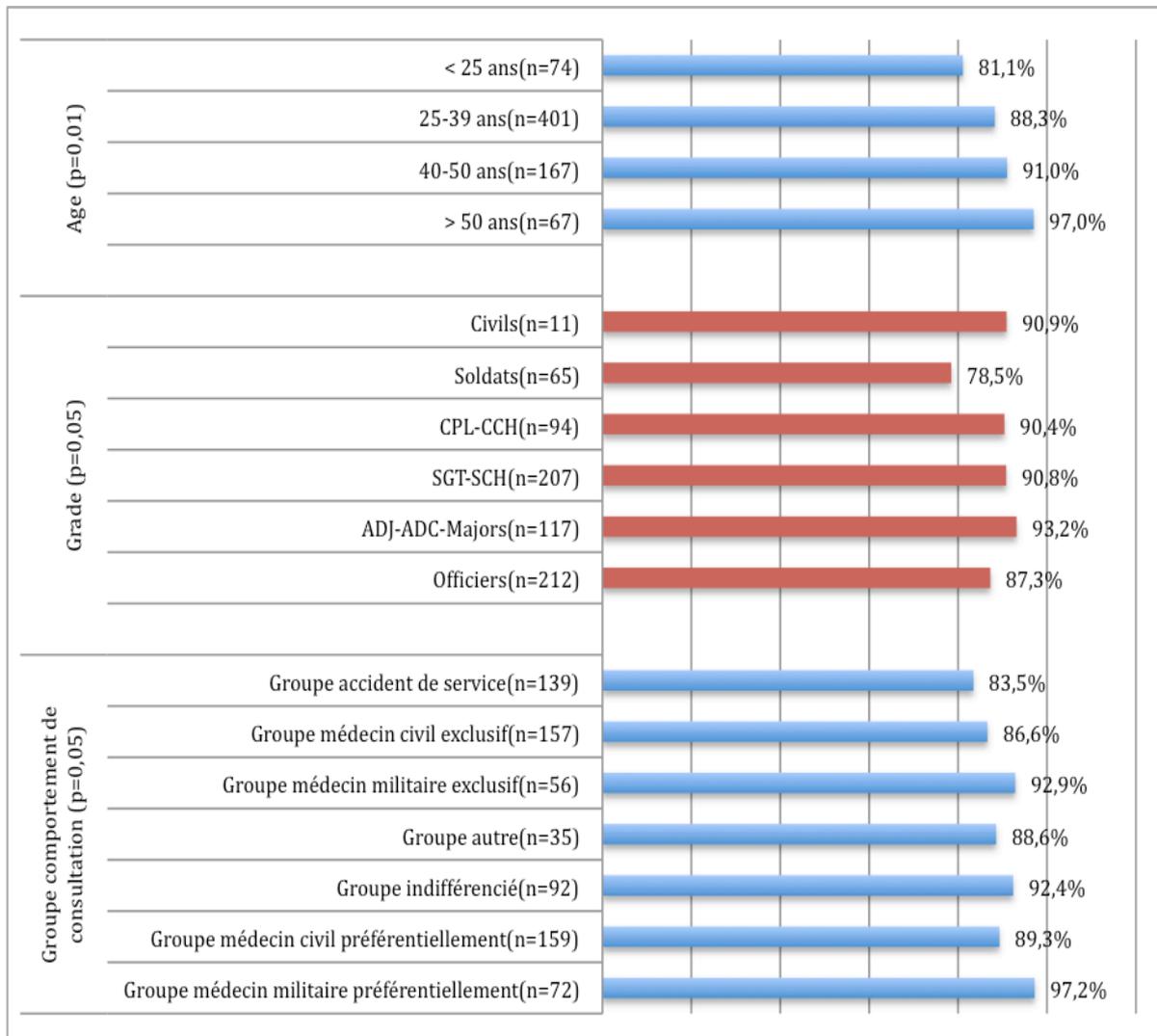


Figure 40 : répartition de la population trouvant les conseils donnés en VSA utiles selon l'âge, le grade et le groupe comportement de consultation

Au total, les soldats (pour 21,5 % d'entre eux) trouvent les conseils dispensés en VSA moins utiles que les autres catégories de grades. Par ailleurs, la proportion de la population trouvant ces conseils utiles augmente avec l'âge et dans les groupes de patients ayant recours au médecin militaire de manière privilégiée ou indifférenciée (94,1 %).

3. Concernant la justesse des décisions prises en VSA

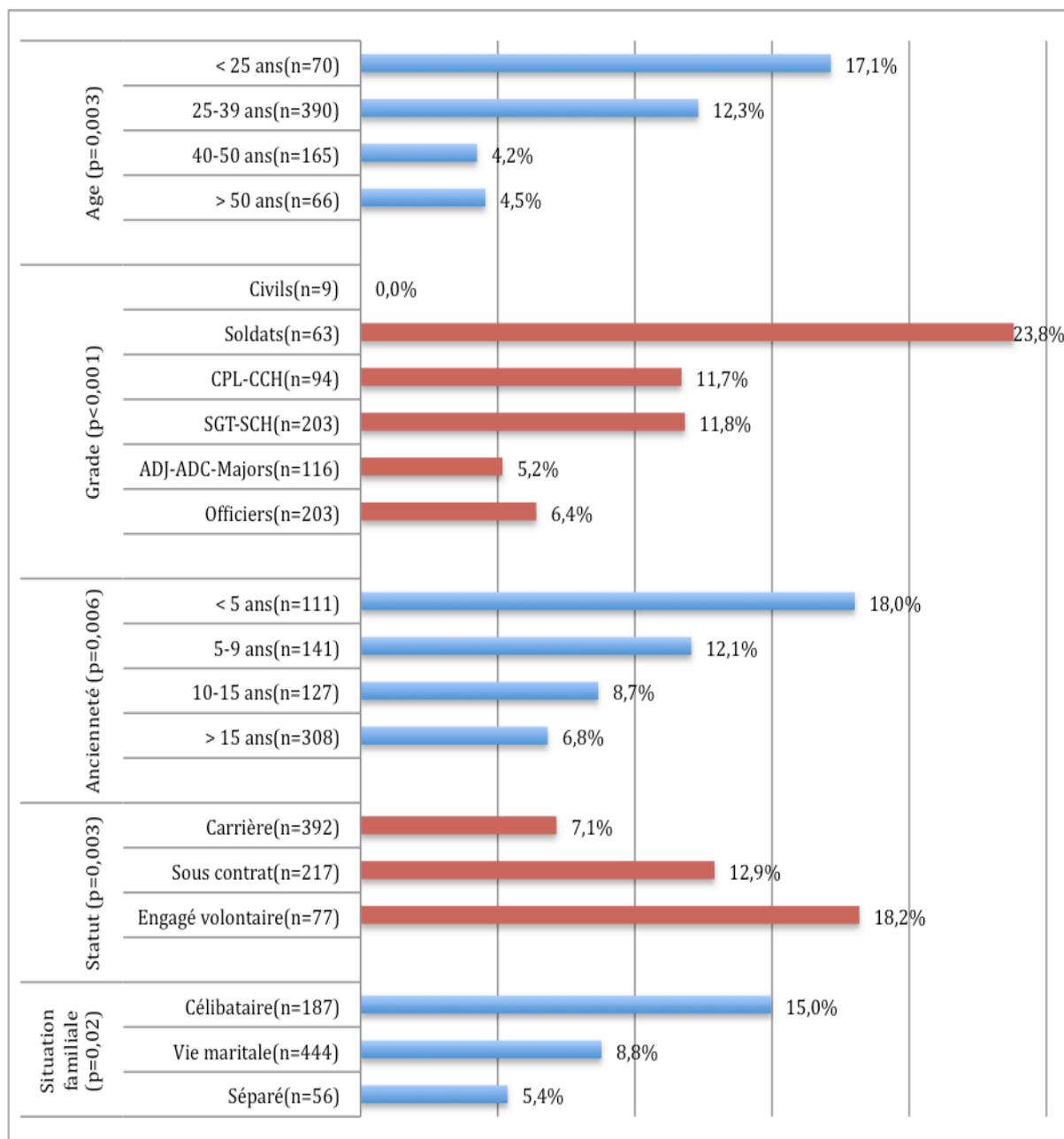


Figure 41 : répartition des personnels ne trouvant pas les décisions de VSA appropriées selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement et la situation familiale

Au total, la proportion de la population trouvant les décisions prises en VSA justes augmente avec l'âge (87 % des moins de 40 ans et 95,7 % des plus de 39 ans), le grade (83,5 % des militaires du rang pour 94 % des sous-officiers supérieurs et officiers) et l'ancienneté de service (85,3 % des personnels de moins de 10 ans de service pour 92,6 % des plus de 10 ans de service). Les célibataires ont tendance à être plus critiques vis-à-vis de ces décisions pour 15 % d'entre eux, comme les engagés volontaires (18,2 %).

4. Concernant la connaissance des voies de recours

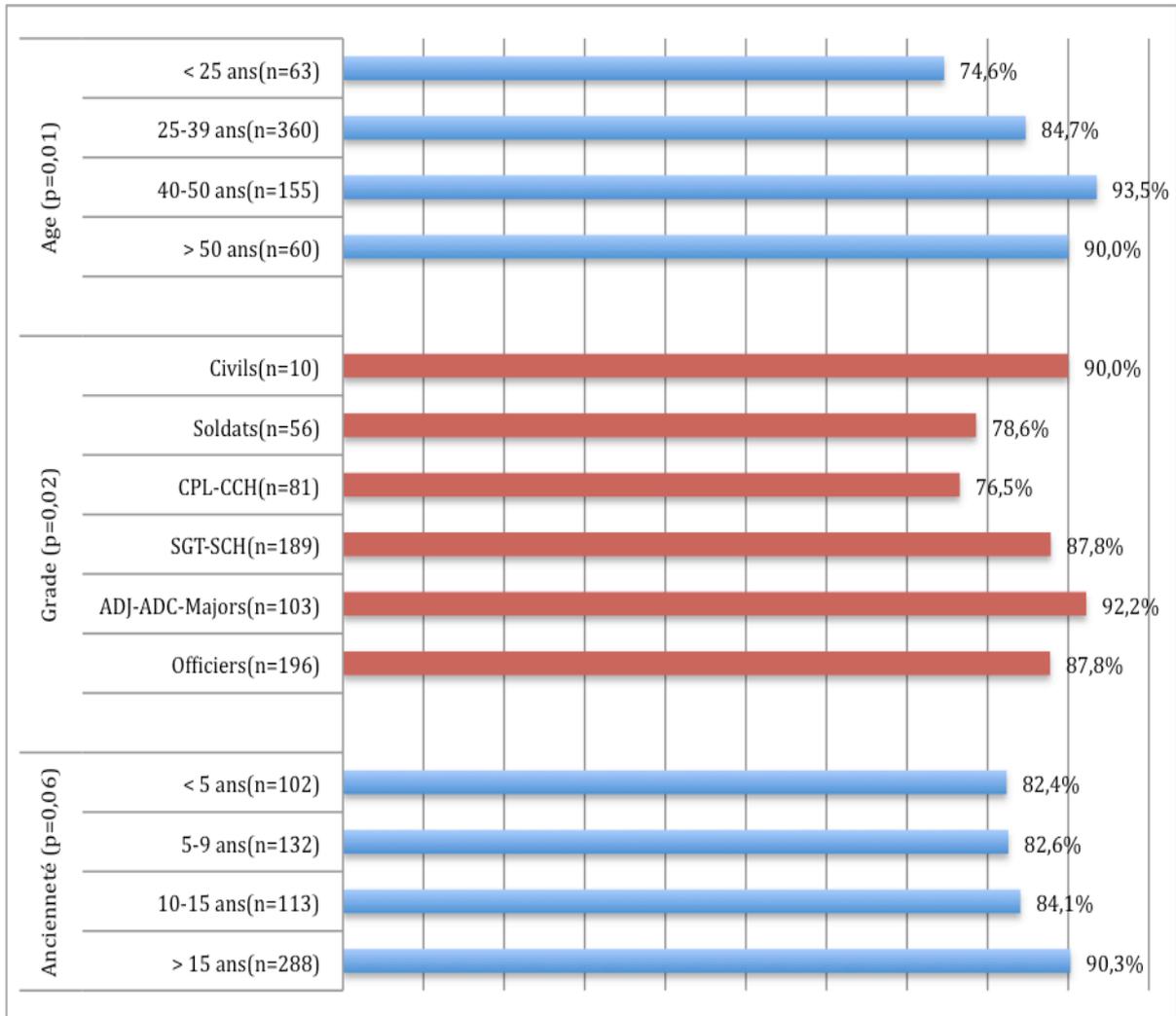


Figure 42 : répartition de la population connaissant les voies de recours selon l'âge, le grade et l'ancienneté

Au total, l'existence de voies de recours est surtout méconnue des militaires du rang (pour 32,5 % d'entre eux), phénomène qui diminue avec l'âge (83,2 % des personnels de moins de 40 ans et 92,6 % des plus de 39 ans) et, quoique de manière non statistiquement significative, avec l'ancienneté de service.

5. Concernant la croyance que la VSA est une consultation ne permettant que de déterminer une aptitude

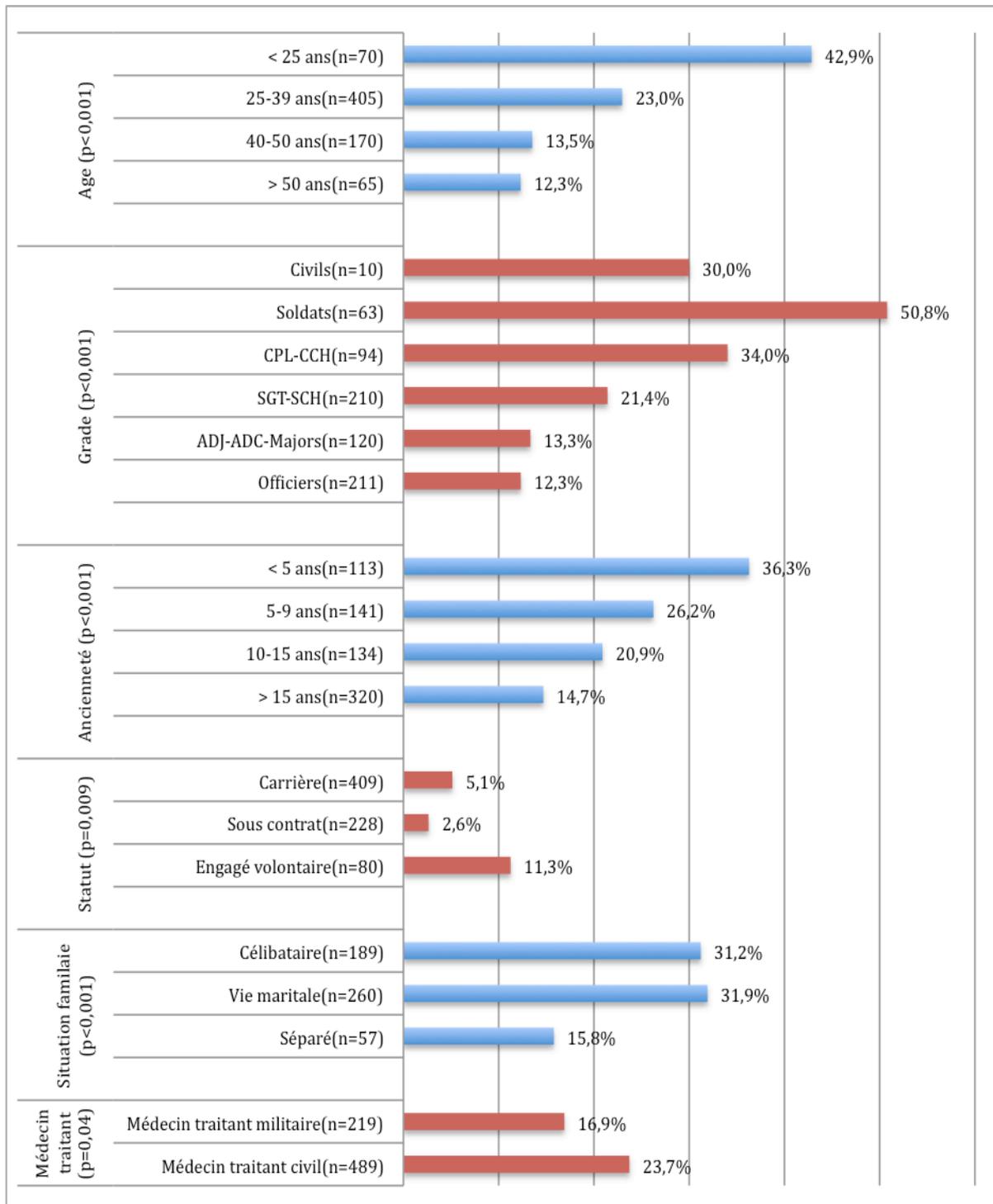


Figure 43 : répartition de la population considérant la VSA comme une visite d'aptitude uniquement selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale et la déclaration d'un médecin traitant

Au total, la proportion de personnels estimant que la VSA permet de faire le point sur leur état de santé augmente avec l'âge (74,1 % des moins de 40 ans pour 86,8 % des plus de 40 ans), le grade (59,2 % des militaires du rang, 87,3 % des sous-officiers supérieurs

et officiers) et l'ancienneté de service (69,3 % des personnels de moins de 10 ans d'ancienneté et 83,5 % des plus de 10 ans de service).

Les engagés volontaires (11,3 %), tout comme les personnels ayant déclaré un médecin traitant civil (23,7 %), sont proportionnellement plus nombreux à estimer que la VSA n'est qu'une visite d'aptitude, contrairement aux personnels séparés (15,8 %).

6. Concernant le fait que la VSA est une consultation permettant de faire le point sur l'état de santé

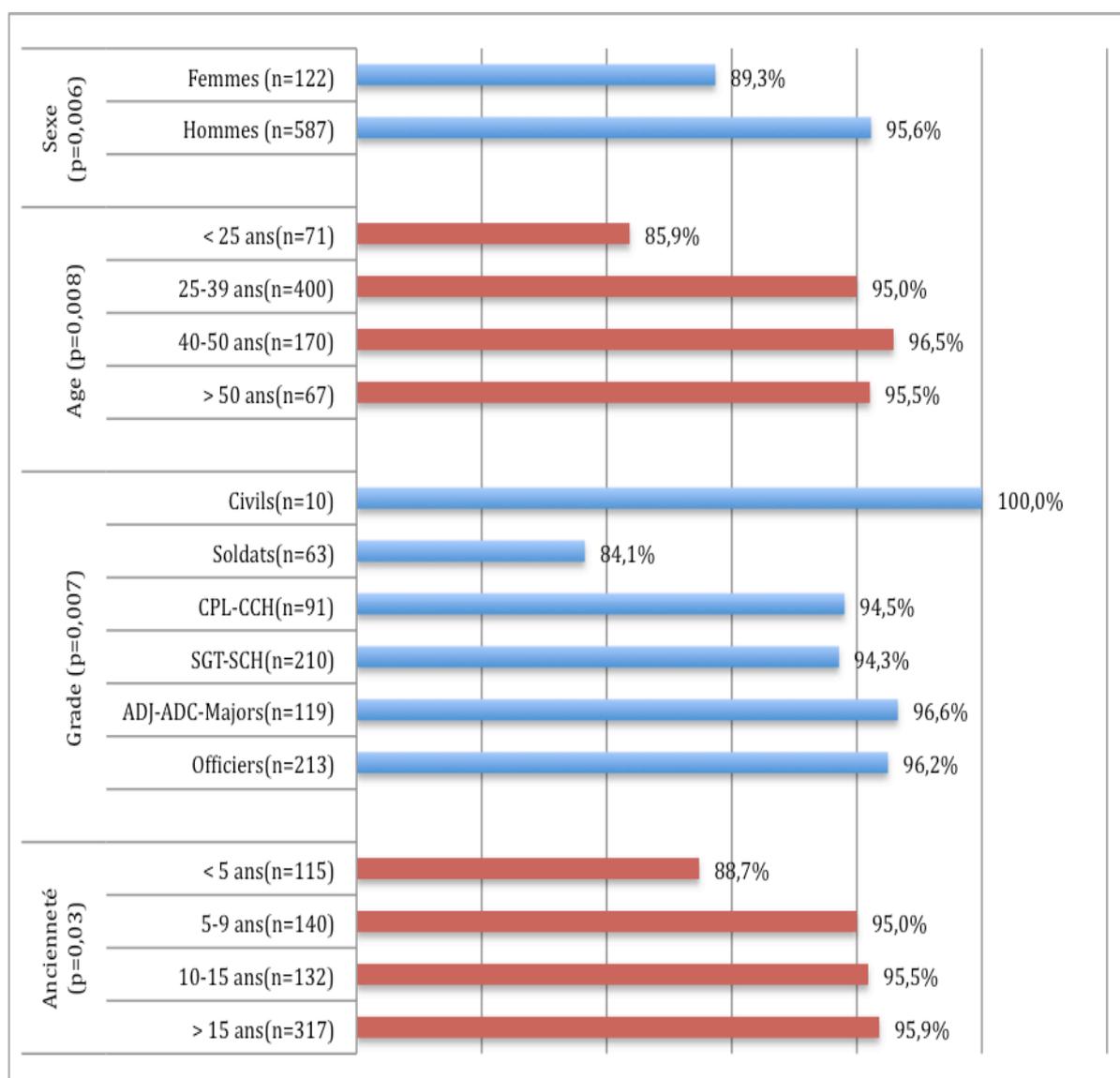


Figure 44 : répartition de la population considérant que la VSA permet de faire le point sur leur état de santé selon le sexe, l'âge, le grade et l'ancienneté

Ainsi, ce sont principalement les personnels féminins (10,7 %), de moins de 25 ans (14,1 %), les soldats (15,9 %) et ceux de moins de 5 ans d'ancienneté de service (11,3 %) qui considèrent que la VSA ne permet pas de faire le point sur l'état de santé.

7. Concernant la possibilité de cumul des missions de soins et d'expertise

Il existe une tendance non significative sur le plan statistique telle que les patients ayant déclaré un médecin traitant civil soient contre le cumul des fonctions pour 32,5 % d'entre eux contre 24,6 % des personnels ayant un médecin traitant militaire ($p = 0,06$). Il existe des différences significatives pour le grade et l'ancienneté de service.

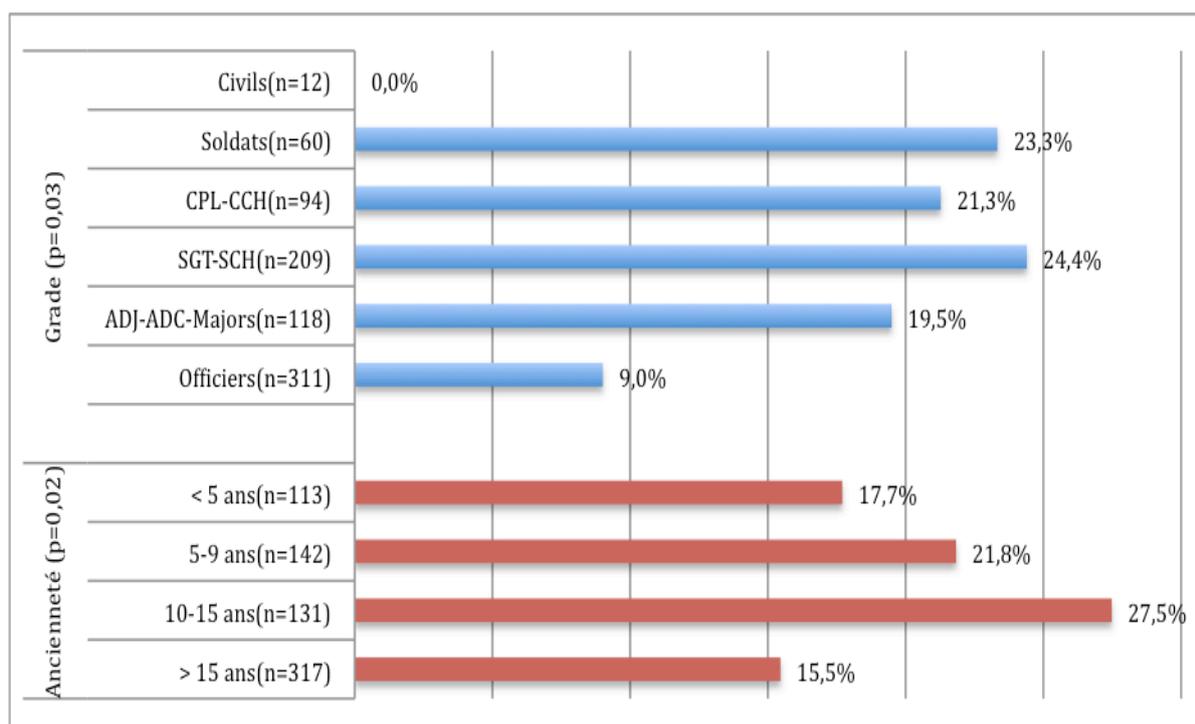


Figure 45 : répartition de la population s'opposant au cumul des fonctions de soins et d'expertise selon le grade et l'ancienneté de service

Au total, les officiers sont plus enclins à penser qu'un médecin peut-être à la fois soignant et expert (91 %). Par ailleurs, la tranche d'ancienneté de service la plus méfiante vis-à-vis de cette double casquette est celle comprise entre 5 ans et 15 ans de service (24,5 %).

8. Concernant l'omission volontaire d'information au cours de la VSA de crainte d'un retentissement sur l'expertise

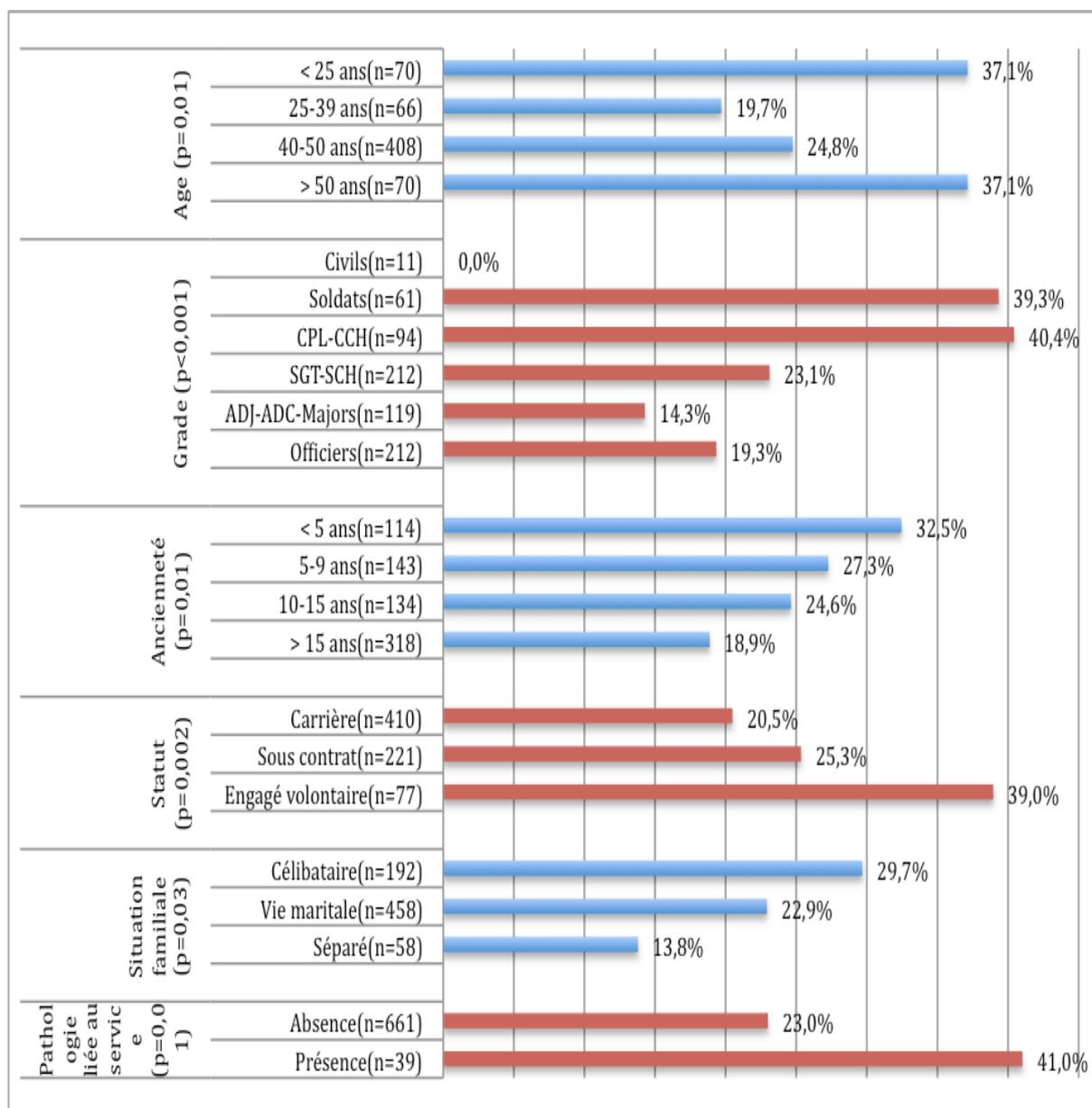


Figure 46 : répartition de la population dissimulant des informations en VSA selon l'âge, le grade, l'armée, l'ancienneté, le statut d'engagement et l'existence de pathologies liées au service

Au total, la proportion de personnels dissimulant des informations au médecin militaire diminue avec l'âge (maximum chez les moins de 25 ans avec 37,1 % de dissimulation, 26,7 % des personnels de moins de 40 ans, 18,8 % des plus de 39 ans), le grade (40 % des militaires du rang, 17,5 % des sous-officiers supérieurs et officiers) et l'ancienneté de service (29,6 % des moins de 10 ans et 20,6 % des plus de 10 ans).

Par ailleurs, les personnels engagés volontaires (39 %), atteints d'une pathologie liée au service (41 %) et célibataires (29,7 %) sont proportionnellement plus enclins à omettre sciemment des informations, contrairement aux personnels séparés (13,8 %).

De manière non significative sur le plan statistique, les personnels de la gendarmerie (17,6 %) et des services (14,3 %) ont moins tendance à dissimuler des pathologies en consultation que les autres armées (> 26 %).

9. Nombre de consultations de médecine générale au cours de l'année écoulée

La question 51 visait à établir, de manière comparative, le nombre de consultations faites au cours des 12 mois précédant la réponse au questionnaire, chez le médecin généraliste civil et chez le médecin militaire hors visites obligatoires. Il s'agissait de 2 questions ouvertes. De manière arbitraire, il a été décidé de faire plusieurs groupes selon le nombre de consultations indiquées, à savoir :

- pas de réponse ;
- 1 consultation ;
- 2 consultations ;
- 3 consultations ;
- 4 à 9 consultations ;
- plus de 9 consultations.

Les questionnaires sans réponse n'ont pas été pris en compte.

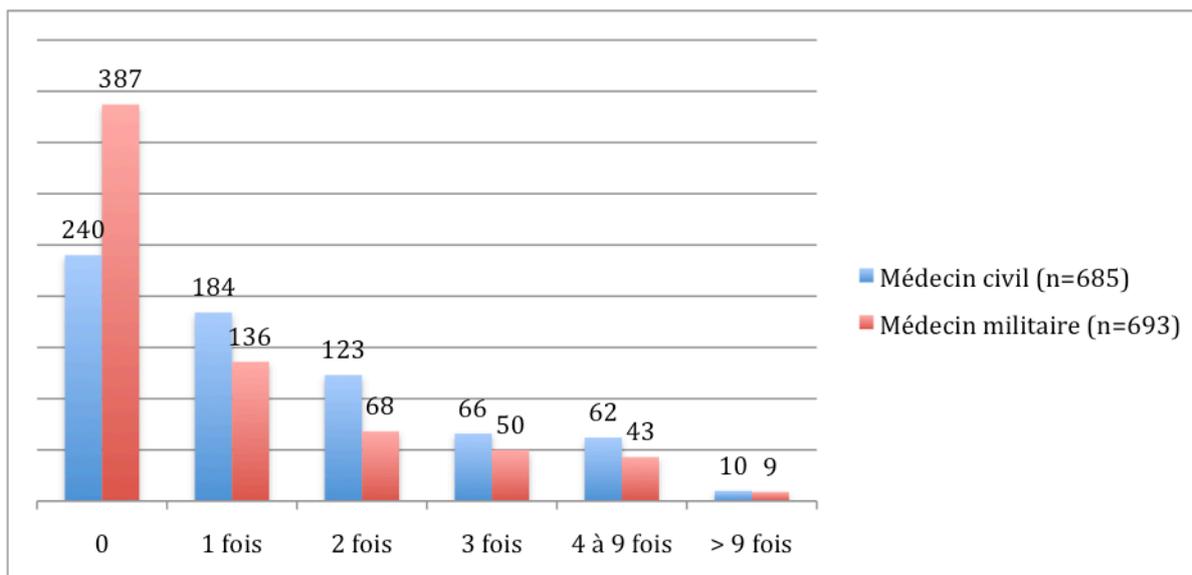


Figure 47 : répartition de la population selon le nombre de consultations chez un médecin généraliste civil et militaire au cours de l'année écoulée

Au total, 55,8 % des personnels ne consultent jamais un médecin militaire hormis pour les visites obligatoires. Par ailleurs, la majorité des patients semble consulter de manière ponctuelle :

- 445 personnels ont consulté un médecin civil au cours de l'année écoulée (64,9 %) dont 313 patients ont consulté à 1 ou 2 reprises (70,3 % des patients) ;
- 306 personnels ont consulté un médecin militaire (44,1 %) dont 204 patients ont consulté à 1 ou 2 reprises (66,7 % des patients).

Par ailleurs, le médecin civil voit en consultation environ 33 % de patients de plus que le médecin militaire, quel que soit le nombre de consultations. Cette tendance s'équilibre pour les personnels consultant plus de 9 fois par an, avec un nombre de consultants presque identique.

En analysant de manière comparative le nombre de consultations chez le médecin militaire en fonction du nombre de consultations chez le médecin militaire, il est possible de définir 6 groupes, représentés dans la figure ci-dessous.

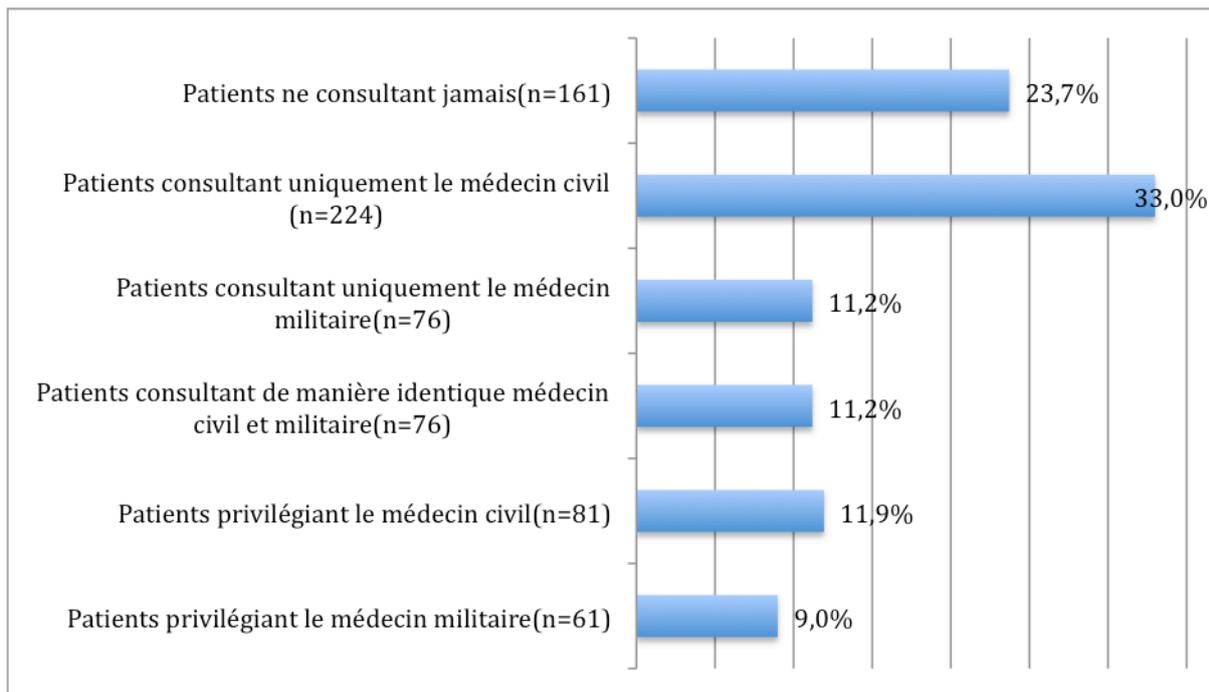


Figure 48 : répartition de la population (N = 679) en fonction des consultations chez le médecin civil et militaire au cours de l'année écoulée

Il existe 2 principaux groupes, à savoir celui composé des patients n'ayant pas consulté au cours des 12 mois écoulés (23,7 %), soit près d'un quart de la population dont le seul lien avec un médecin a lieu au cours de la VSA et celui composé des patients n'ayant recours qu'à un médecin civil (33 %).

Les autres groupes, déterminés en fonction du médecin privilégié pour les consultations, sont équivalents en termes d'effectif.

D. Concernant le secret médical

Dans cette partie, les objectifs étaient d'estimer la proportion de personnels hésitant à se confier de peur que la confidentialité vis-à-vis du commandement ne soit pas respectée ainsi que leur sentiment concernant le respect du secret médical en milieu militaire. Enfin, la question 57 avait pour but d'évaluer les connaissances des personnels sur la possibilité pour le médecin militaire de rompre le secret médical dans certaines circonstances, notamment dans le cadre d'action de santé publique.

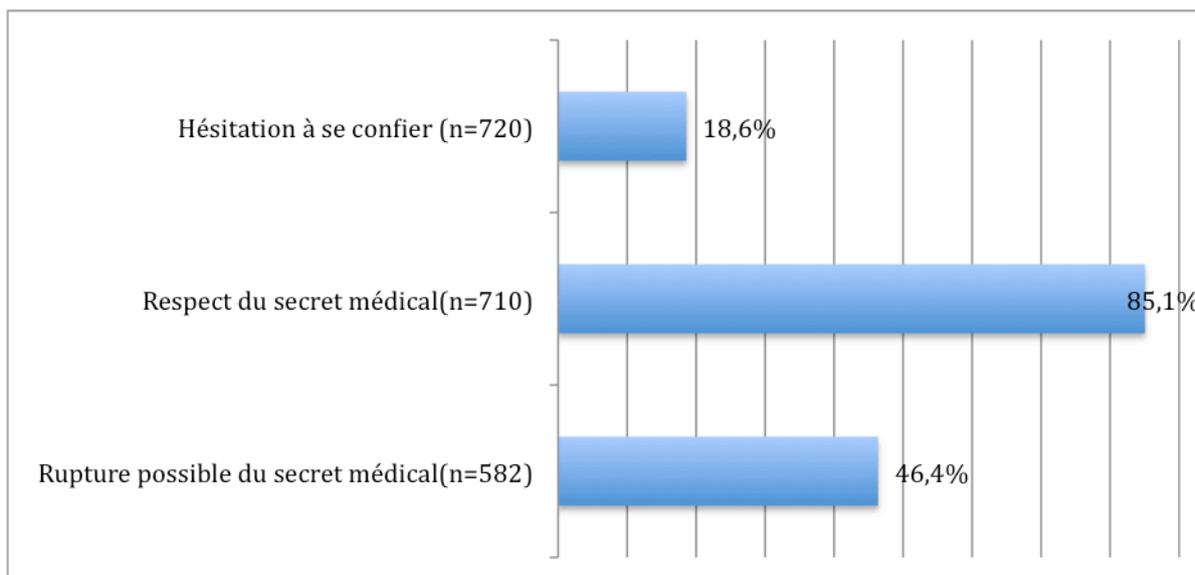


Figure 49 : répartition de la population selon son ressenti sur le secret médical

Au total, **18,6 % des personnels hésitent à se confier** par peur d'un manque de confidentialité par rapport au commandement et **14,9 % pensent que le secret médical n'est pas respecté** (106 personnels). Par ailleurs, il existe une profonde méconnaissance concernant la possibilité de rupture de secret médical, puisque seuls 46,4 % des patients ont connaissance de cette possibilité. Ce taux est probablement surestimé du fait du faible taux de réponse à cette question (78,1 %).

Les 106 personnels estimant que le secret médical n'était pas respecté devaient en expliquer les raisons avec la question 56. Pour cela, les personnels avaient le choix entre 4 causes prédéterminées responsables de ce manque de confidentialité qui sont présentées dans la figure ci-dessous. Chaque personnel était libre de donner plusieurs réponses.

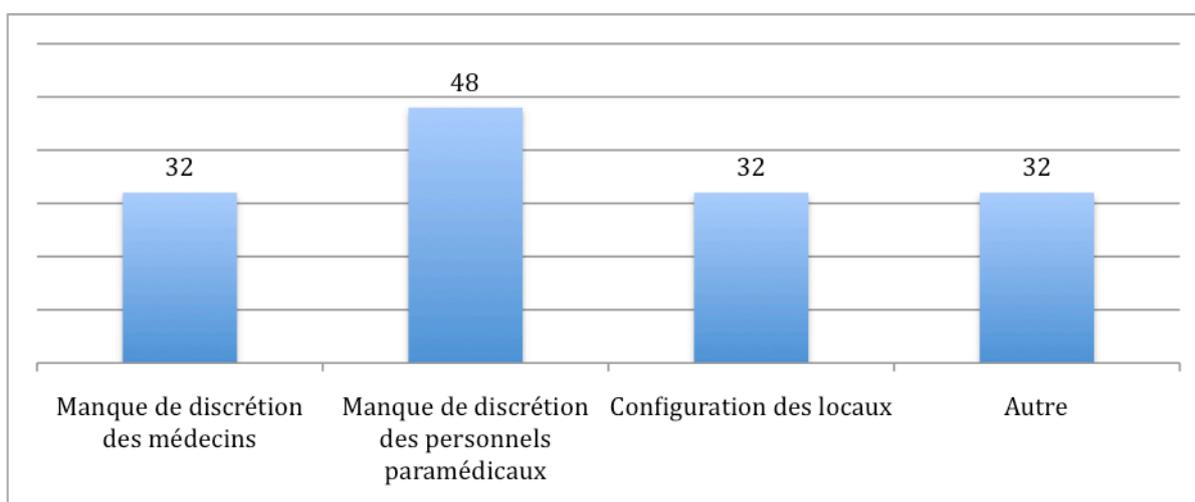


Figure 50 : répartition des causes responsables du non-respect du secret médical, en nombre de réponses

La cause « autres raisons » s'accompagnait d'un espace de commentaire libre afin d'explicitier son choix. Ces commentaires ont été classés en catégories présentées ci-après, avec quelques commentaires marquants. L'intégralité des commentaires se trouve en annexe (annexe 6). Ainsi, on distingue une suspicion de rupture du secret médical suite :

- aux pressions du commandement, évoquées à 5 reprises ;
- aux relations entre le médecin et le commandement, évoquées à 2 reprises ;
- à l'organisation intrinsèque du service médical et à l'organisation des consultations, à 10 reprises :
 - o cahier d'évènements signé en consultation, compte rendu hiérarchique ;
 - o turn-over médecins, accès au dossier ;
- à d'autres raisons, à 4 reprises.

La principale cause responsable d'un sentiment de non-respect du secret médical vient du manque de discrétion des personnels paramédicaux (33,3 %), le manque de discrétion des médecins, la configuration de locaux et les autres causes étant responsables chacune de manière équivalente à hauteur de 22,2 %.

Les autres causes, notamment la pression du commandement, le cahier de suivi de consultation (qui est un cahier transitant par le biais du consultant, visé par le médecin précisant la date de la consultation et les éventuelles inaptitudes en résultant) et le compte rendu hiérarchique illustrent le fait que les personnels ignorent quelles informations sont transmises au commandement. En effet, ne sont mentionnées à la hiérarchie que les aptitudes (ou inaptitudes) à effectuer une tâche ou une mission sans fournir aucun élément d'ordre médical, en dehors de procédures exceptionnelles.

1. Concernant l'hésitation à se confier

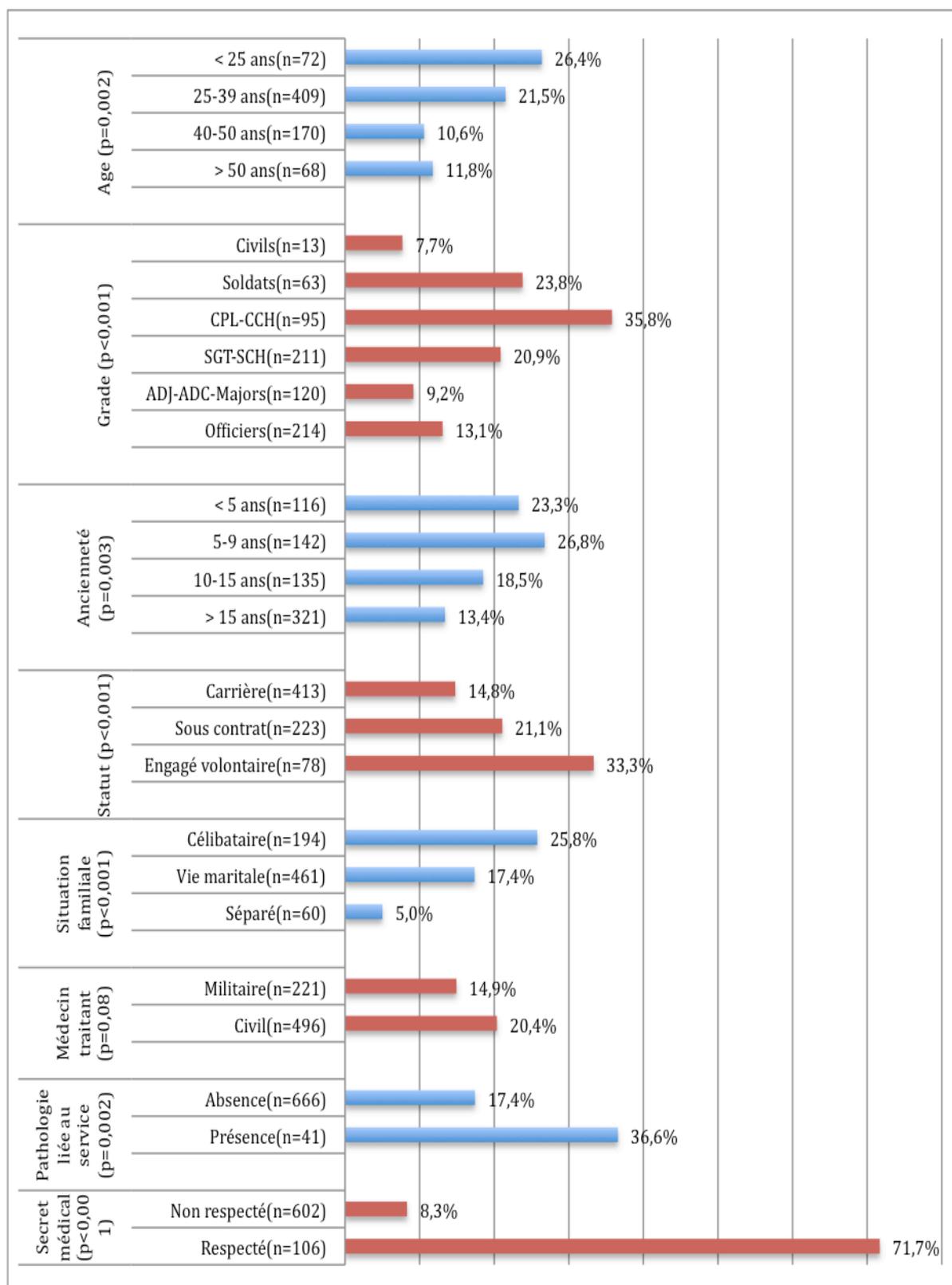


Figure 51 : répartition de la population hésitant à se confier selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale, la déclaration d'un médecin traitant, l'existence d'une pathologie liée au service, l'impression d'un non-respect du secret médical

Ainsi, la proportion de personnels hésitant à se confier, de peur d'un manque de confidentialité vis-à-vis du commandement, diminue avec l'âge (22,2 % des personnels de moins de 40 ans, 10,9 % des personnels de plus de 39 ans), le grade (31 % des militaires du rang, 11,7 % des sous-officiers supérieurs et officiers) et l'ancienneté de service (25,2 % des personnels de moins de 10 ans de service, 14,9 % des plus de 10 ans d'ancienneté).

Les personnels engagés volontaires (33,3 %) sont proportionnellement plus hésitants, contrairement aux personnels de carrière (14,8 %). Il en est de même pour les personnels célibataires (25,8 %) par rapport aux personnels séparés (5 %).

Les personnels atteints de pathologies liées au service (36,6 %) et ceux n'ayant pas confiance dans le secret médical en milieu militaire (71,7 %) sont plus également plus hésitants lors des consultations.

Enfin, de manière statistiquement non significative, les patients ayant déclaré un médecin traitant civil sont plus méfiants que ceux ayant un médecin militaire.

2. Concernant le sentiment que le secret médical est respecté

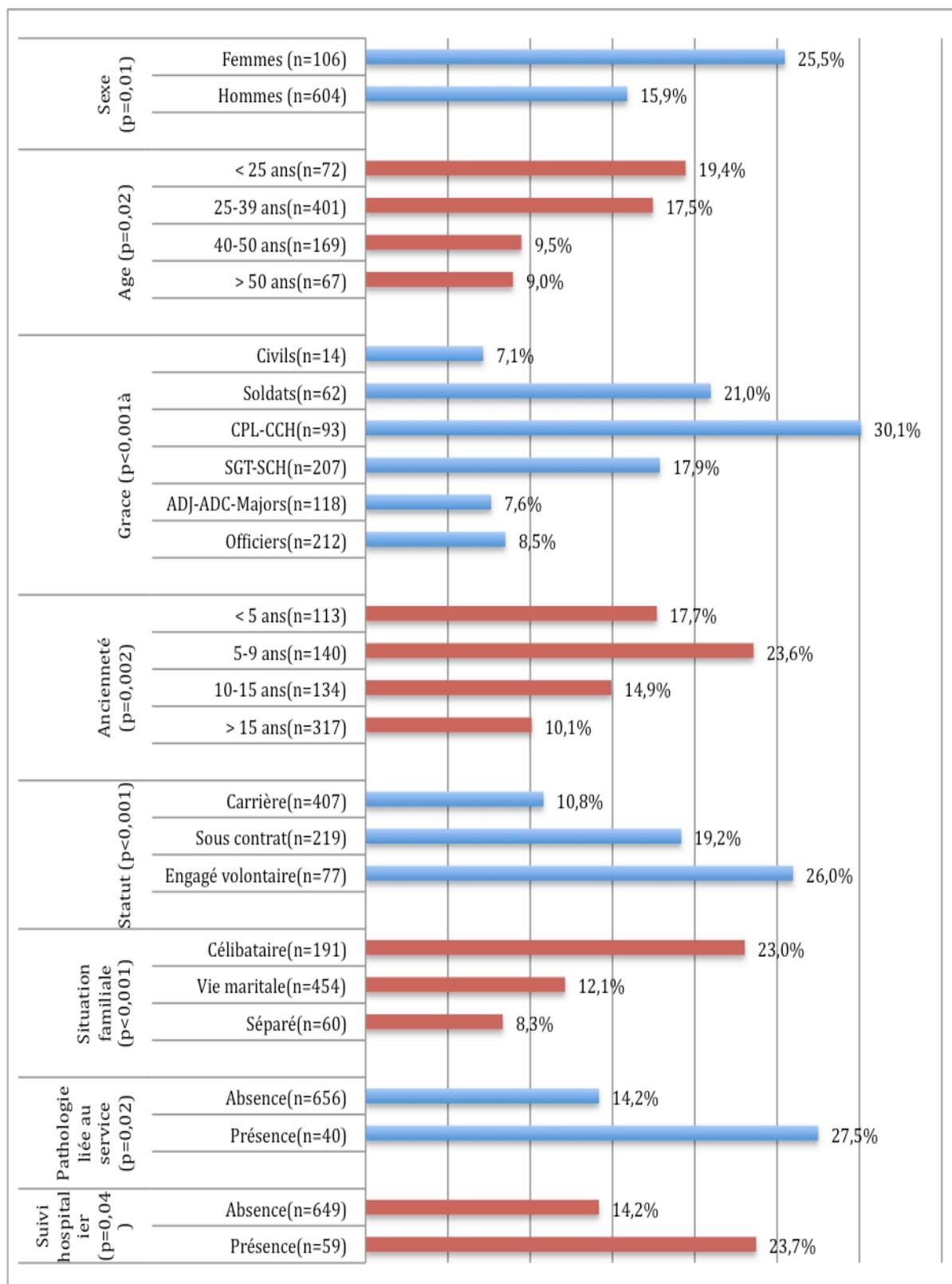


Figure 52 : répartition de la population estimant que le secret médical n'est pas respecté selon le sexe, l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale, l'existence de pathologies liées au service et d'un suivi hospitalier

Le sentiment que le secret médical n'est pas respecté en milieu militaire est plus important dans la population féminine (25,5 % pour 15,9 % des hommes) et diminue avec l'âge (17,8 % des personnels de moins de 40 ans ; 9,3 % des personnels de plus de 39 ans), le grade (26,5 % des militaires du rang ; 8,2 % des sous-officiers supérieurs et officiers), l'ancienneté de service (20,9 % des personnels de moins de 10 ans de service ; 11,5 % des personnels de plus de 10 ans d'ancienneté).

Proportionnellement, le secret semble moins respecté chez les personnels engagés volontaires (26 %), les célibataires (23 %) et les patients atteints de pathologies liées au service (27,5 %) ou soumis à un suivi hospitalier (23,7 %) contrairement aux personnels séparés (13,3 %).

3. Concernant la connaissance de l'existence d'une possible rupture du secret médical

Il n'existe pas de différence significative entre les catégories de personnels.

E. Concernant la relation médecin-malade

Cette partie, composée de 4 questions, avait pour but d'évaluer la vision des patients sur le statut du médecin militaire, à savoir s'il était considéré comme médecin et officier ainsi que le retentissement du poids hiérarchique et de la mission de conseil au commandement sur la relation médecin-malade.

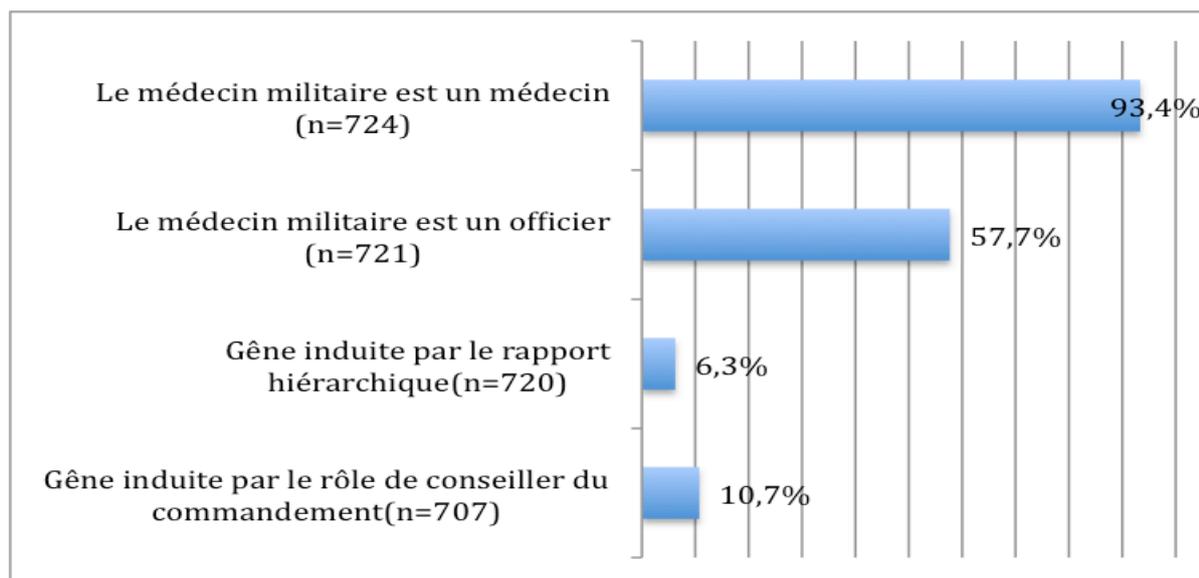


Figure 53 : répartition de la population selon son ressenti concernant la relation médecin-malade

Au total, si le médecin militaire est largement perçu comme un médecin (93,4 %), il n'en est pas de même pour son statut d'officier puisque 42,3 % ne le voient pas comme tel. Le rapport hiérarchique induit par le grade, comme la mission de conseiller du commandement, ne semblent que peu affecter la relation médecin-malade.

1. Concernant la vision du médecin militaire comme médecin

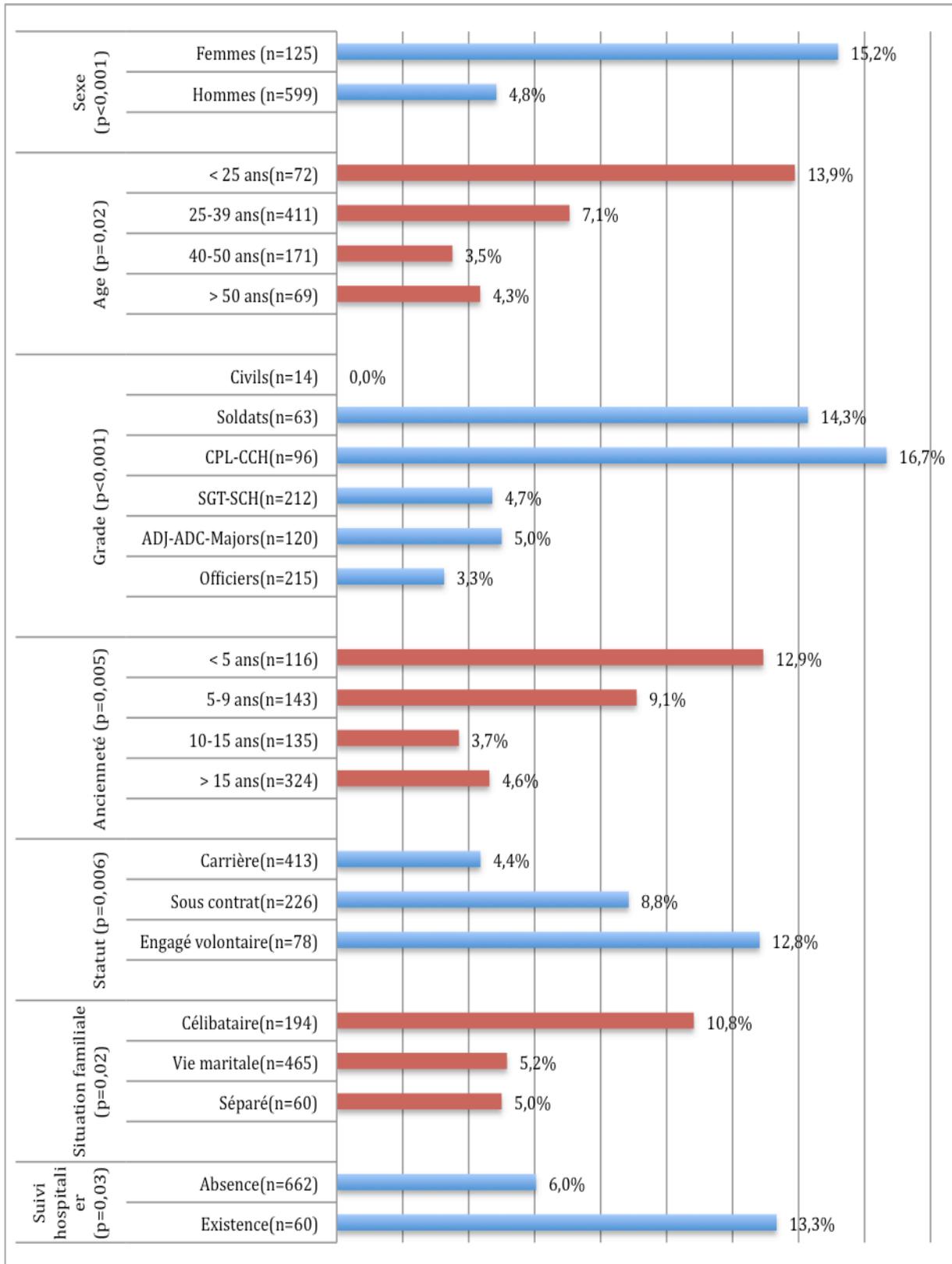


Figure 54 : répartition de la population ne considérant pas le médecin militaire comme un médecin, selon le sexe, l'âge, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale et le suivi hospitalier

Proportionnellement, les personnels féminins (15,2 %), de moins de 25 ans (13,9 %), les engagés volontaires (12,8 %), les célibataires (10,8 %) et les patients suivis en milieu hospitalier ont tendance à moins considérer le médecin militaire comme un médecin que les autres personnels. Cette tendance diminue avec le grade (15,7 % des militaires du rang et 4,4 % des sous-officiers et officiers) et l'ancienneté de service (10,8 % des personnels de moins de 10 ans de service, 4,6 % des personnels de plus de 10 ans d'ancienneté).

2. Concernant la vision du médecin militaire comme officier

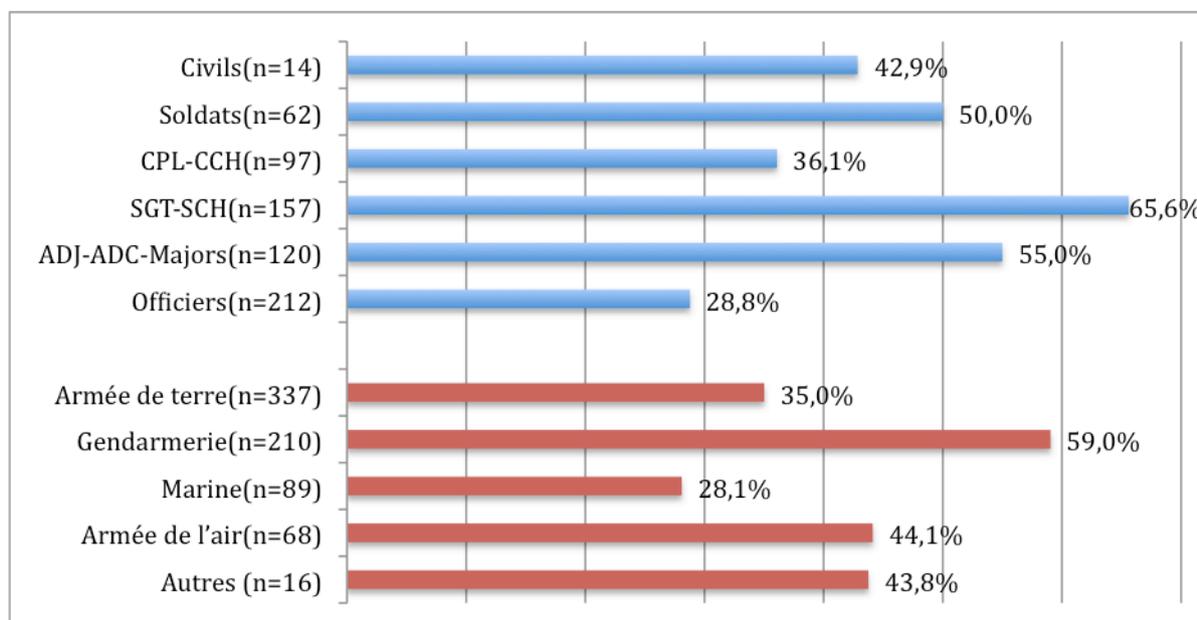


Figure 55 : répartition de la population ne considérant pas le médecin militaire comme un officier selon le grade et l'armée

Au total, la proportion de personnels considérant le médecin militaire comme un officier prédomine chez les officiers (71,8 %) et les caporaux (64,9 %) ainsi que dans l'armée de terre (65 %) et la marine (71,9 %), contrairement à la gendarmerie (41 %).

3. Concernant la gêne induite par le rapport hiérarchique dans la relation médecin-malade

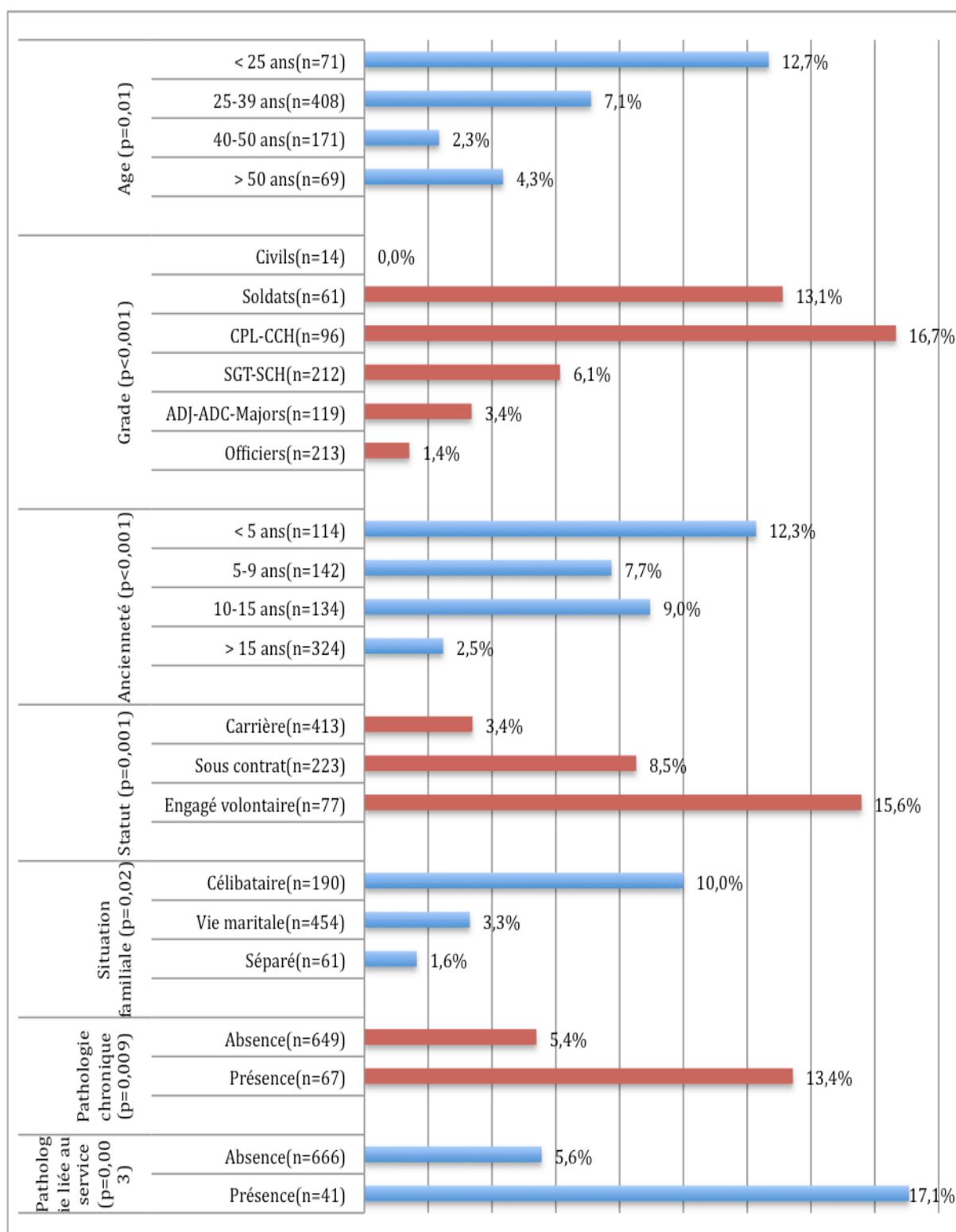


Figure 56 : répartition de la population gênée par le rapport hiérarchique selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement, la situation familiale et l'existence d'une pathologie chronique ou liée au service

Le rapport hiérarchique est responsable d'une gêne au sein de la relation médecin-malade principalement au sein :

- de personnels jeunes (12,7 % et 5,6 % pour les personnels des autres catégories d'âge) ;
- des militaires du rang (15,3 % pour 3,7 % des sous-officiers et officiers) ;
- des jeunes engagés (12,3 % des moins de 5 ans d'ancienneté et 5,2 % des personnels de plus de 5 ans) ;
- des engagés volontaires (15,6 %), contrairement aux personnels de carrière (3,4 %) ;
- des personnels célibataires (10 %) ;
- des patients atteints de pathologies chroniques (13,4 %) ou liées au service (17,1 %).

4. Concernant la gêne induite par le rôle de conseiller du commandement dans la relation médecin-malade

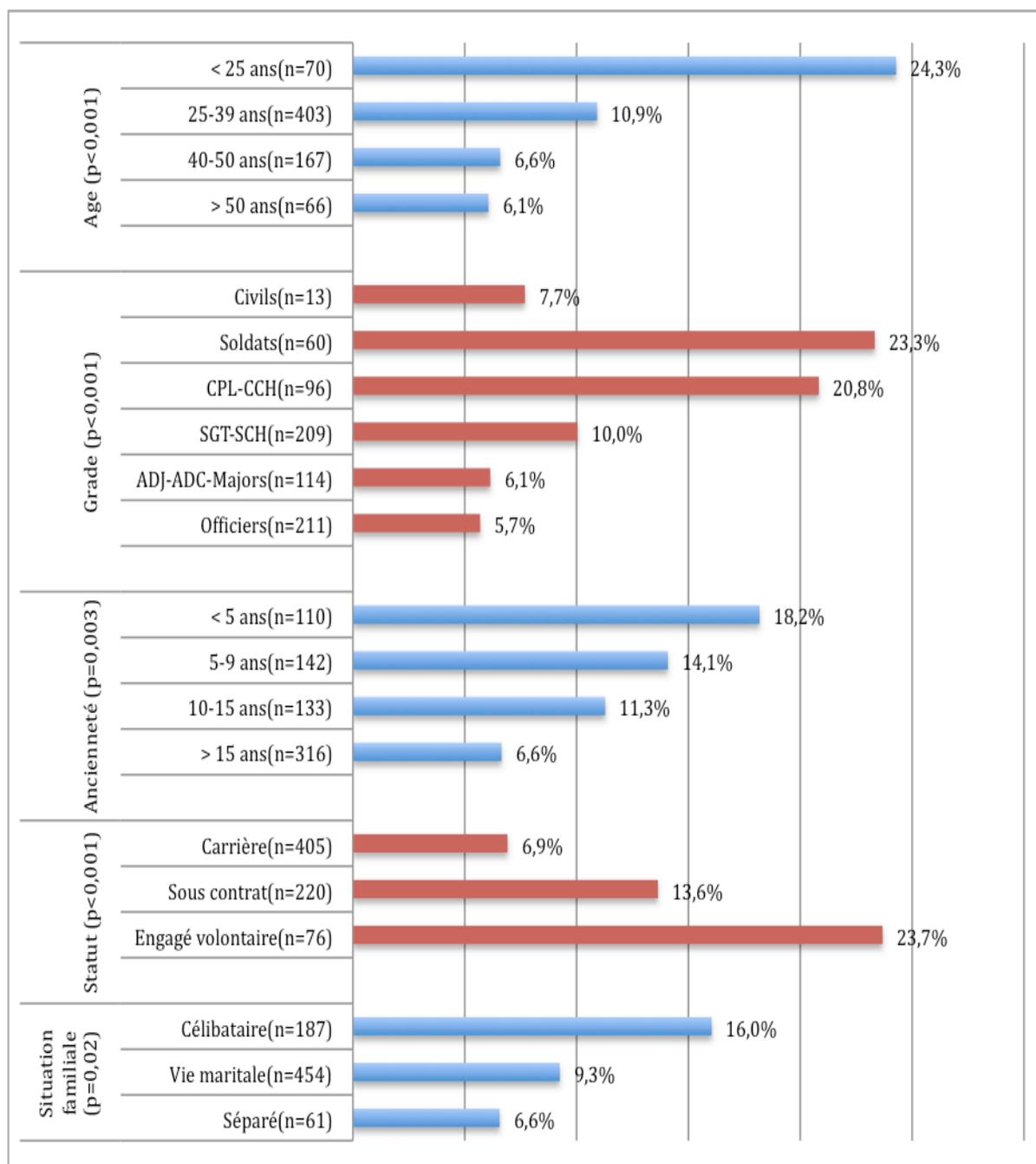


Figure 57 : répartition de la population gênée par la mission de conseil au commandement selon l'âge, le grade, l'ancienneté, le statut d'engagement et la situation familiale

Au total, le rôle de conseiller du commandement induit une gêne dans la relation médecin malade principalement au sein :

- de personnels jeunes (12,9 % des moins de 40 ans et 6,4 % pour les personnels de plus de 39 ans) ;
- des militaires du rang (21,8 % pour 7,5 % des sous-officiers et officiers) ;

- des jeunes engagés (15,9 % des moins de 10 ans d'ancienneté et 0% des personnels de plus de 10 ans de service) ;
- des engagés volontaires (23,7 %), contrairement aux personnels de carrière (6,9 %) ;
- des personnels célibataires (16 %).

F. Attentes des patients vis-à-vis du médecin militaire

325 personnels ont répondu à la question 61 leur demandant de définir les compétences du médecin militaire, soit un taux de réponse de 56,4 %.

Les commentaires ont été classés selon leur thème et sont présentés dans leur intégralité en annexe (annexe 7). Ne seront présentés ici que les grandes catégories de compétences avec le nombre de réponses associées, ainsi que les commentaires les plus marquants. Ces données sont présentées ci-dessous.

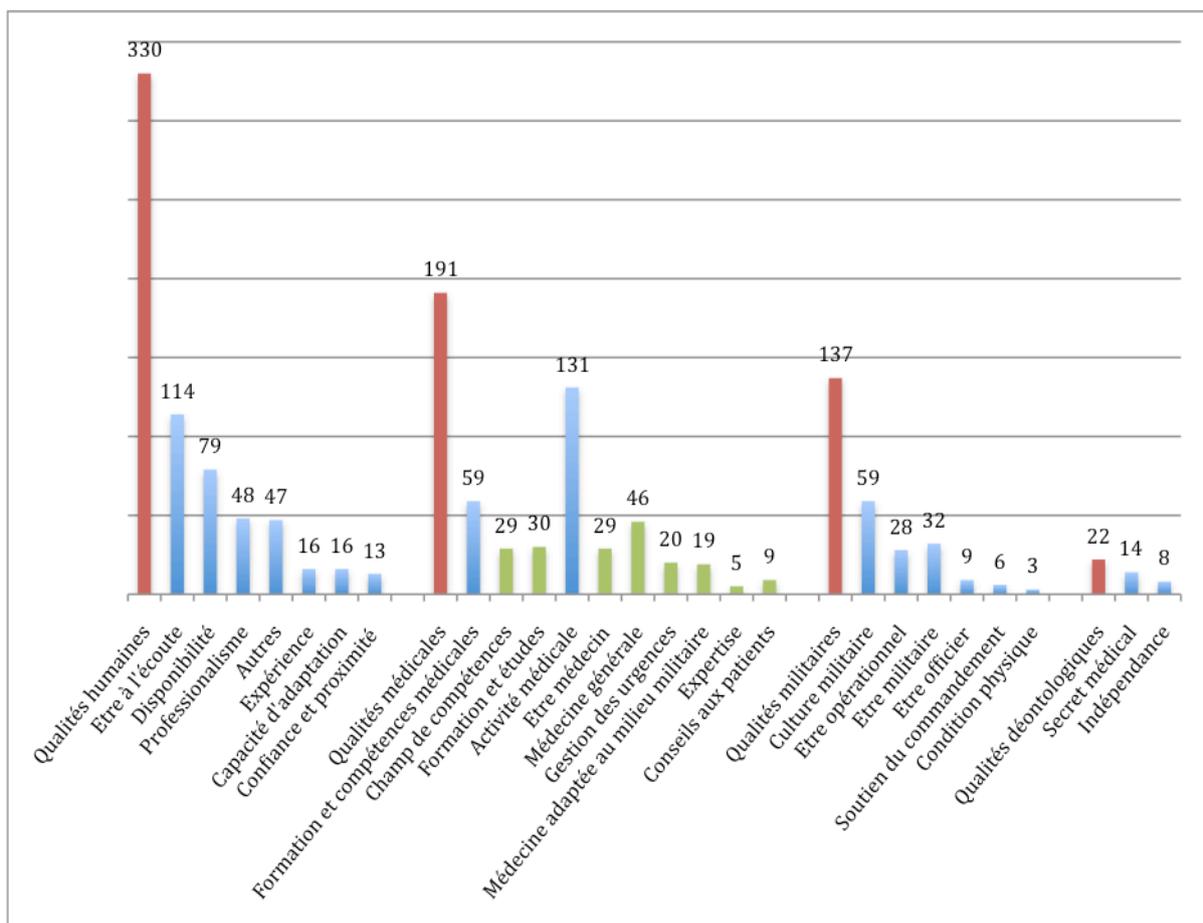


Figure 58 : principales compétences attendues du médecin militaire, en nombre de réponses

Les personnels ont fréquemment associé plusieurs compétences différentes. Afin de mettre en évidence les grandes tendances, ces commentaires ont été réorganisés en grandes catégories (qualités humaines, médicales, militaires et déontologiques), puis en sous-catégories. Ainsi, sont principalement mentionnées :

- Au niveau des qualités humaines (330 réponses) :

- être à l'écoute à 114 reprises ;
- être disponible à 79 reprises ;
- être professionnel à 48 reprises ;
- la capacité d'adaptation à 16 reprises : « *polyvalence* », « *adaptation à la population soignée* » et « *à tous les milieux* » ;
- l'expérience à 13 reprises ;
- la confiance, la proximité et le suivi à 13 reprises : « *connaissance des patients* », « *aller au contact des hommes* » ;
- les compétences humaines diverses à 47 reprises. Parmi les plus fréquentes, nous noterons l'importance de la « *rigueur* » et du « *sérieux* » (16 fois) et de « *l'empathie* » 11 fois.

- Au niveau médical (191 réponses) :

- **la formation et les compétences médicales mentionnées 60 fois** sous les intitulés suivants :
 - **le champ de compétences** (29 fois) avec :
 - compétences « *médicales* » et « *techniques* » à 23 reprises, « *compétences de médecine générale* » ;
 - **les formations et études** (30 fois) :
 - « *avoir des diplômes de médecine* », avoir fait des études et formations médicales à 25 reprises ;
 - à noter des considérations sur la **formation continue** (5 fois) :
 - « *capacité à faire évoluer ses pratiques* » ;
 - « *formation continue* » ;
 - « *stage en CHU* » ;
 - « *se tenir au courant de l'actualité de santé publique* » ;
 - « *diplômes et stages réguliers* » ;

- **l'activité médicale à 131 reprises :**

- être médecin (29 reprises) ;
- médecine générale (46 reprises) : « *comme un médecin civil* » (44 fois) ;
- la gestion des urgences (20 reprises) ;
- la médecine adaptée au milieu militaire (19 reprises) : « *être compétent de la bobologie à la médecine de guerre* », « *connaissance des pathologies de l'OPEX* » ;
- la connaissance de l'expertise (15 reprises) ;
- le rôle de conseiller du patient (9 reprises) : « *orientation vers le spécialiste* » et « *prescription adaptée* » ;
- la lutte contre la fraude aux arrêts de travail (3 reprises).

- **Au niveau militaire (137 réponses) :**

- la connaissance de la culture militaire à 59 reprises : « *connaissance du milieu militaire* », « *de ses contraintes* » et « *de ses spécificités* » « *en métropole et OPEX* », « *immersion dans la vie d'unité, en connaître les spécificités et en acquérir les compétences* » ;
- être opérationnel à 28 reprises ;
- être militaire à 32 reprises ;
- être officier à 9 reprises ;
- soutien du commandement à 6 reprises ;
- la condition physique à 3 reprises.

- **Au niveau déontologique (22 réponses) :**

- préserver le secret médical à 14 reprises ;
- la déontologie à 8 reprises : « *indépendance* » *hiérarchique* ».

G. Réactions des patients face aux orientations du SSA

Le SSA est actuellement en pleine réforme. Trois questions visant à évaluer l'impact de pistes de réflexion qui, si elles venaient à être mises en place, seraient susceptibles de profondément modifier le recours au médecin d'unité.

Ces projets potentiels sont :

- l'introduction de consultations de soins payantes avec l'instauration de tarification à l'acte de la même manière qu'en secteur libéral civil ;
- le regroupement géographique des moyens entraînant une délocalisation possible, et donc un éloignement géographique.

Nous avons également voulu évaluer l'attrait de la mise en place d'un suivi gynécologique en unité.

Ainsi :

- 58,7 % de la population étudiée (N = 699) continueraient à consulter si les actes devenaient payants ;
- 47,7 % de la population (N = 704) continueraient à consulter en cas de délocalisation de l'infirmierie ;
- 23,9 % des personnels féminins souhaiteraient bénéficier d'un suivi gynécologique en unité.

1. Concernant l'introduction de consultations payantes

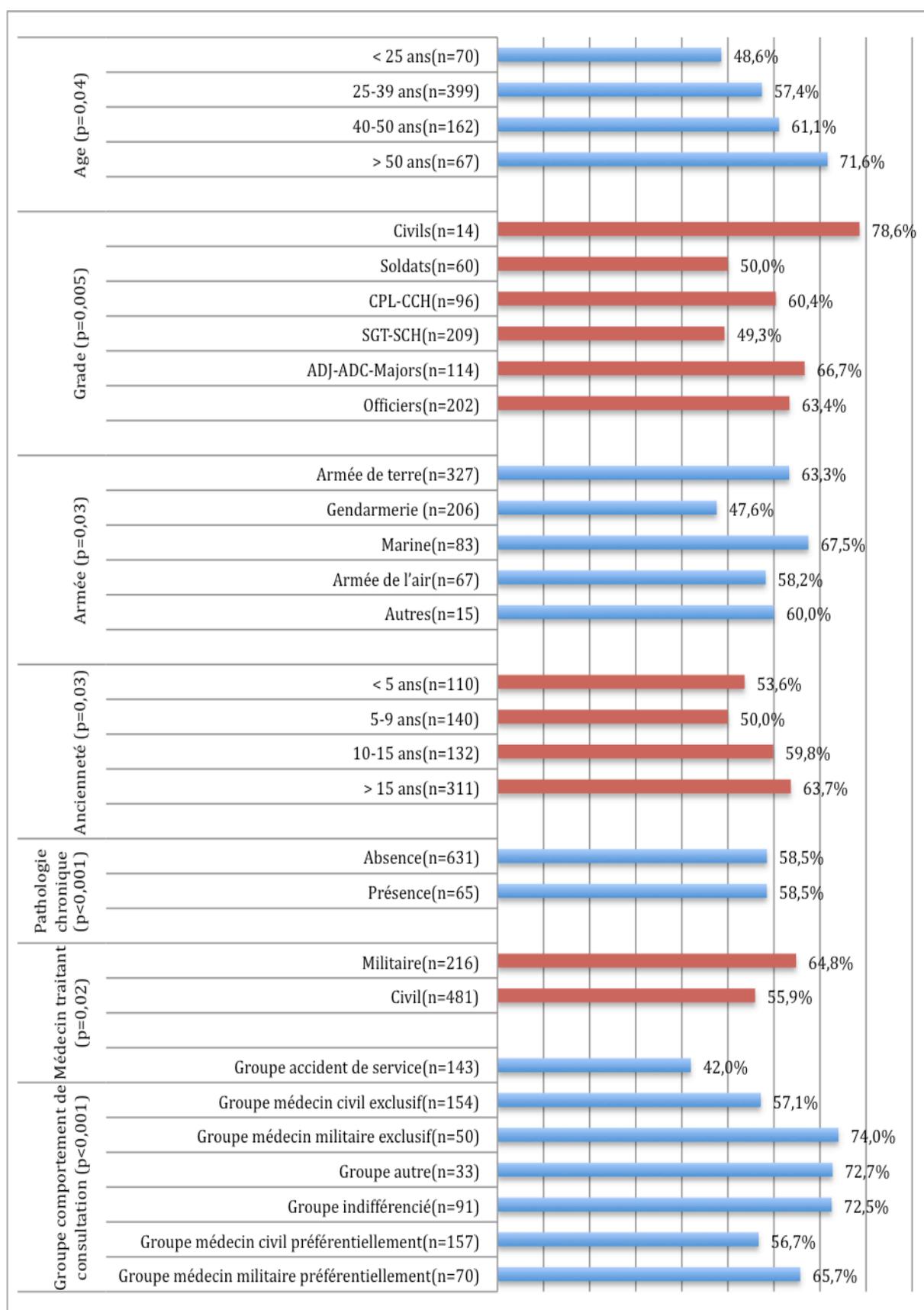


Figure 59 : répartition de la population consultant en cas de paiement à l'acte, selon l'âge, le grade, l'armée, l'ancienneté, l'existence de pathologie chronique et la déclaration d'un médecin traitant

La population étudiée ayant tendance à continuer de consulter en cas de tarification à l'acte :

- augmente avec l'âge (48,6 % des personnels de moins de 25 ans ; 59,8 % des plus de 25 ans ; jusqu'à 64,2 % des plus de 40 ans) ;
- augmente avec le grade (52,3 % des militaires du rang et sergents ; 64,6 % des sous-officiers supérieurs et officiers) ;
- prédomine au sein de la marine nationale (67,5 %) et est moindre dans la gendarmerie (47,6 %) ;
- augmente avec l'ancienneté de service (51,6 % des moins de 10 ans ; 61,5 % des plus de 10 ans d'ancienneté) ;
- est plus importante au sein de la population ayant un médecin traitant militaire (64,8 %) que celle ayant un médecin civil (55,9 %) ;
- prédomine au sein des groupes consultant le médecin militaire pour des soins de manière exclusive, préférentielle ou indifférenciée (70,6 %) contrairement à ceux privilégiant le médecin civil (52,2 %).

2. Concernant la délocalisation du service médical

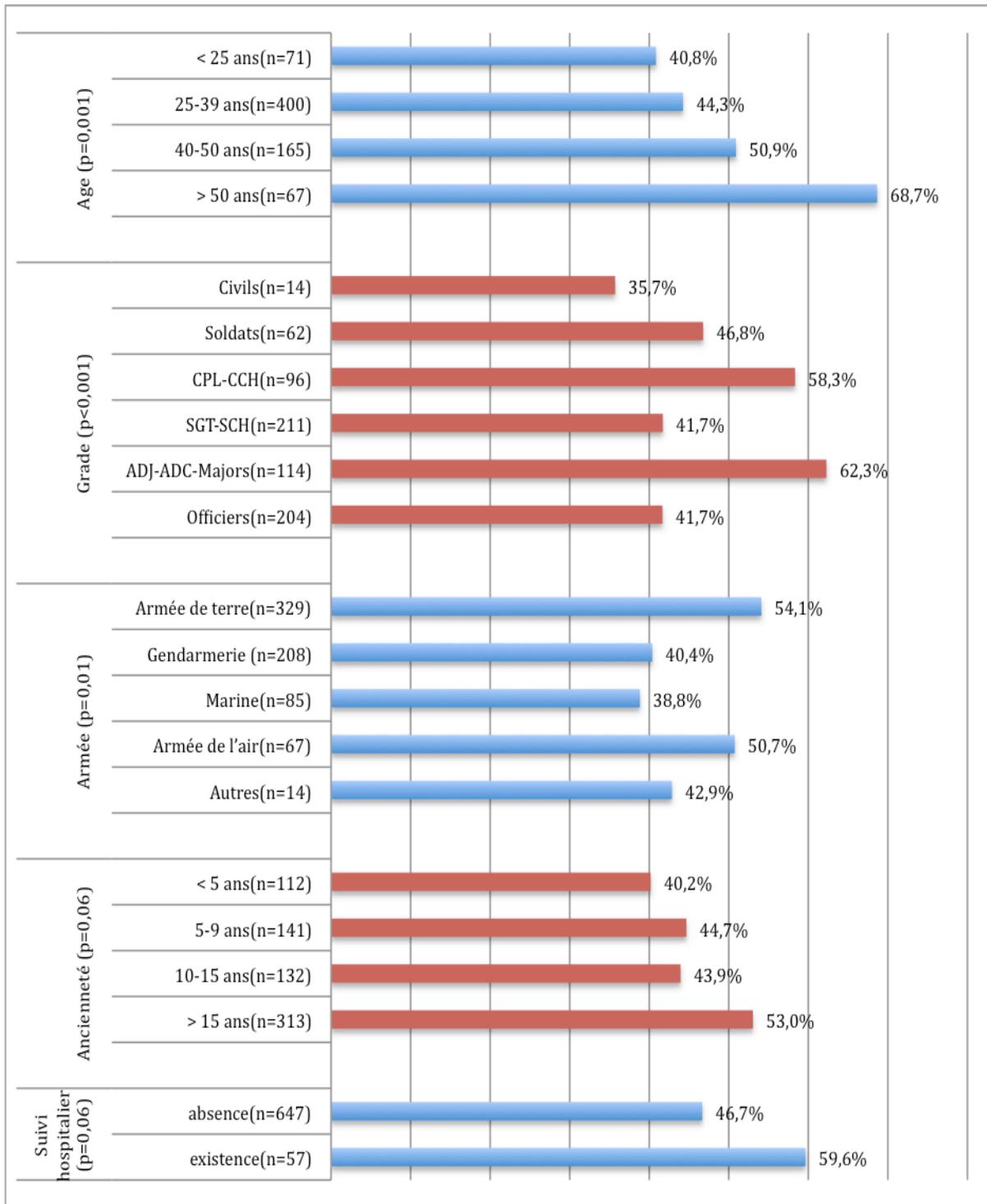


Figure 60 : répartition de la population consultant en cas de délocalisation selon l'âge, le grade, l'armée, l'ancienneté et l'existence d'un suivi hospitalier

La proportion de personnels qui continueraient à consulter en cas de délocalisation du service médical :

- augmente avec l'âge (43,7 % des moins de 40 ans, 56 % des plus de 39 ans) ;
- est plus importante dans les catégories de grade de caporaux-chefs et sous-officiers supérieurs (respectivement 58,3 % et 62,3 %), et est moindre pour les sergents et officiers (41,7 %) ;
- est plus importante dans l'armée de l'air (50,7 %) et l'armée de terre (54,1 %) ;
- est plus importante chez les personnels de plus de 15 ans d'ancienneté de service (53 % pour 43,1 % des moins de 15 ans de service) ;
- est plus importante chez les personnels ayant un suivi hospitalier (59,6 %) que chez ceux qui n'en ont pas (46,7 %).

Quatrième partie : discussion

I. Pertinence de la méthodologie employée

A. Nature de l'étude

Le choix d'une étude transversale descriptive prospective a été motivé par la volonté de recueillir les réponses et commentaires de la population cible interrogée au cours de son activité de consultation habituelle, permettant ainsi d'obtenir les données les plus objectives possibles concernant les motifs et motivations de recours au médecin civil ou militaire. Un effort particulier a été fourni pour garantir le caractère anonyme de cette étude, en permettant aux consultants de répondre sans pression extérieure ni interférence avec le médecin d'unité, afin de garantir au mieux la qualité et la franchise des réponses.

B. Analyse critique du questionnaire

Une longueur excessive associée à une certaine monotonie en termes de questions et de présentation a probablement été à l'origine de la répétition de certaines réponses, notamment en ce qui concerne les motivations à consulter un médecin civil et militaire et les attentes des personnels. Le fait d'avoir posé la question sur les motifs de non-réponse en fin de questionnaire avait pour but de s'assurer que le personnel avait pris le temps de prendre connaissance de celui-ci.

Nous noterons deux biais importants influant sur les données du recours au médecin militaire pour des soins. Le premier est la non-prise en compte des consultations de soins couplées aux VSA, entraînant une sous-estimation de l'activité de soins dans des proportions dont l'estimation est difficile. Le deuxième biais provient du changement de recrutement en cours d'étude. En effet, la prise en compte des personnels venant consulter uniquement dans le cadre de l'expertise permettait de s'affranchir d'une surestimation du nombre de consultants pour des soins et d'obtenir, dans des

proportions proches de la réalité, les effectifs des personnels ne recourant au praticien militaire que pour des visites d'expertise. En recrutant des « patients » venant en consultation de médecine générale, nous augmentons artificiellement les effectifs des personnels répondant à notre questionnaire et consultant pour des soins, et donc l'activité de soins. Là encore, ce biais a des conséquences difficilement estimables.

C. Population cible de l'étude

Les modalités de sélection des services médicaux d'unité participant à l'étude constituent une de ses limites en termes de représentativité, et donc un biais de sélection. En effet, si les cinq services retenus ont permis de toucher une population globale interarmées, il s'agit néanmoins de centres médicaux implantés en zone urbaine et fortement médicalisée, contrairement à de nombreuses autres implantations militaires. Par ailleurs, ces infirmeries soutiennent une population travaillant principalement en état-major ou dans des services décisionnels et/ou de logistique, et ne comprenant de fait qu'une minorité de personnes œuvrant en unités opérationnelles. C'est pour compenser partiellement ce phénomène que le camp de Montlhéry a été inclus, afin de majorer la population de l'armée de terre et les militaires du rang. Le choix de ces centres d'étude a été guidé par la facilité d'accès aux services médicaux, l'accord préalable des médecins-chefs responsables d'antenne médicale, mais aussi selon le type d'armée soutenue afin d'être le plus représentatif possible de l'institution militaire.

Le nombre de questionnaires distribués dans les différentes unités a été défini en tenant compte des proportions de militaires présents dans chaque armée, et après avoir déterminé avec les médecins-chefs les armées soutenues et en quelles proportions (population interarmées à prédominance armée de terre pour l'Ecole Militaire, population marine pour l'Etat-Major de la Marine, population de gendarmes au 1^{er} RI de Nanterre, personnels de l'armée de l'air, de la DGA et, dans une moindre mesure, de la gendarmerie de l'air et de l'armement pour l'antenne de Balard et une population presque exclusivement armée de terre pour Montlhéry).

Une prise en compte de l'ensemble des services médicaux d'Ile-de-France avec un échantillonnage par tirage au sort afin d'assurer une meilleure représentativité de la population d'étude par rapport à la population militaire générale aurait permis de minimiser ce biais de sélection.

Les périodes d'étude ont différé selon les services médicaux en raison du délai d'approvisionnement, de distribution et de réponse des questionnaires. Les taux de participation des services médicaux n'ont pas été précisés pour plusieurs raisons, à savoir le changement de mode de distribution du questionnaire en cours d'étude, le fait que deux études de thème semblable aient eu lieu en même temps et la perte de questionnaires par voie postale. A noter que les causes de refus de participation n'ayant pas été recensées en l'absence de consignes données en ce sens, cette population n'a pas pu être analysée.

II. Caractéristiques de la population étudiée par rapport à la population militaire française

Avant de pouvoir discuter sur les données de cette étude, nous avons souhaité dans un premier temps savoir si notre échantillon interrogé était représentatif de la population militaire générale française, et ce notamment en termes de sexe, d'âge, de grade et d'arme d'appartenance. Ces données biographiques recueillies seront notamment comparées aux données éditées par *L'annuaire statistique de la Défense 2010/2011*, établi par le ministère de la Défense [8], ainsi qu'au rapport *Les militaires et leur famille*, édité en juin 2010 par la direction des ressources humaines du ministère de la Défense [24].

A. Concernant le sexe

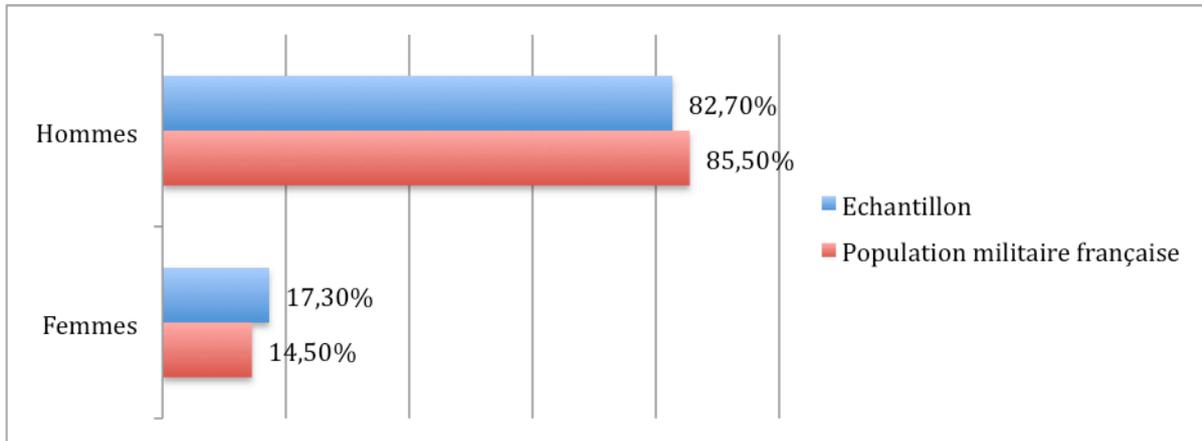


Figure 61 : comparaison de la répartition des personnels selon leur sexe dans l'échantillon d'étude et la population militaire française

L'échantillon ne diffère que peu de la population militaire générale, avec des personnels féminins discrètement surreprésentés, mais sans valeur statistiquement significative ($p = 0,08$). Cette tendance peut s'expliquer par le fait que notre échantillon est principalement composé de personnels d'état-major où les femmes ont tendance à être plus nombreuses qu'en unités qualifiées d'opérationnelles compte tenu de la sédentarité des postes.

B. Concernant l'âge

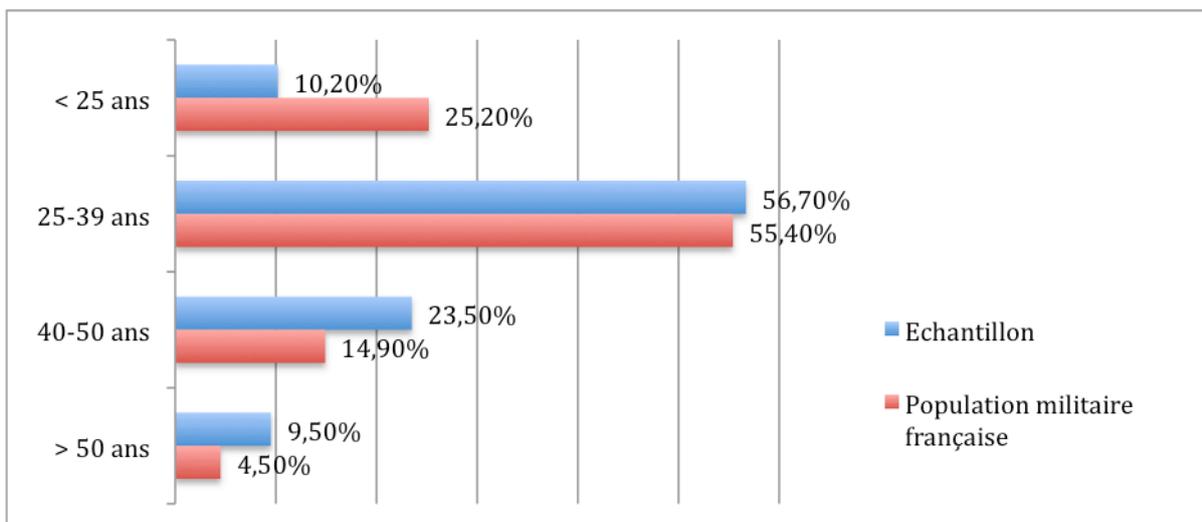


Figure 62 : comparaison de la répartition des personnels selon leur âge dans l'échantillon d'étude et la population militaire française

Notre population d'étude est significativement plus âgée que la population militaire française ($p < 0,001$) avec 33 % des personnels de notre échantillon ayant plus de 39 ans et seulement 10,2 % de moins de 25 ans (respectivement 19,4 % et 25,2 % dans la population militaire française). Là encore, c'est le recrutement principalement au sein d'unités et structures de commandement où les postes sont souvent confiés à des militaires en seconde partie de carrière et donc plus âgés que dans les unités opérationnelles qui induit ce biais.

C. Concernant le grade

Nous avons comparé notre population d'étude à la population dépendant du ministère de la Défense avec et sans les civils du fait de leur importance en termes d'effectif au sein des armées comparativement à la faiblesse de notre recrutement.

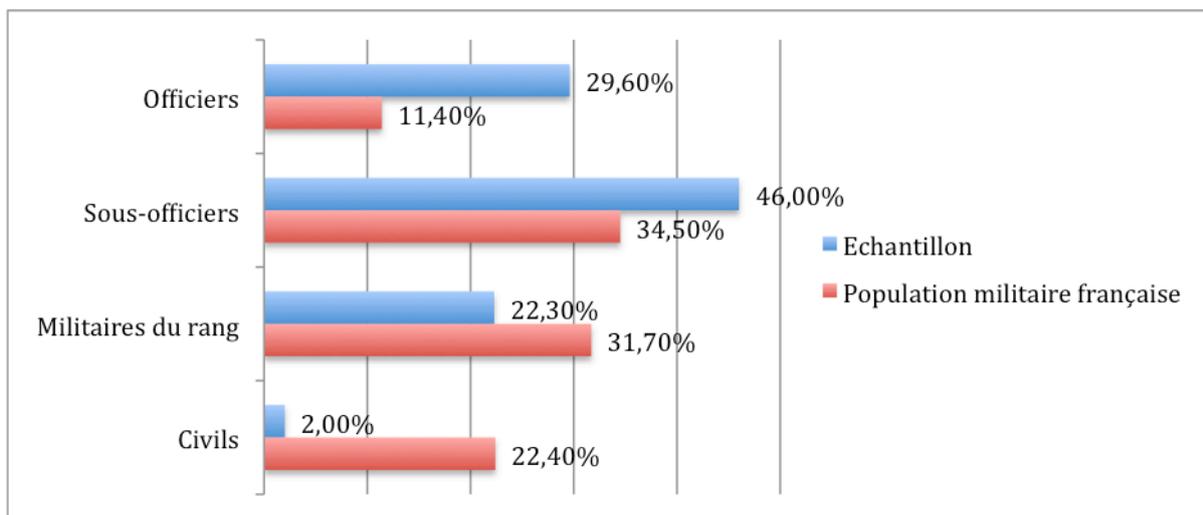


Figure 63 : comparaison de la répartition des personnels selon leur grade (civils inclus) dans l'échantillon d'étude et la population militaire française ($p < 0,001$)

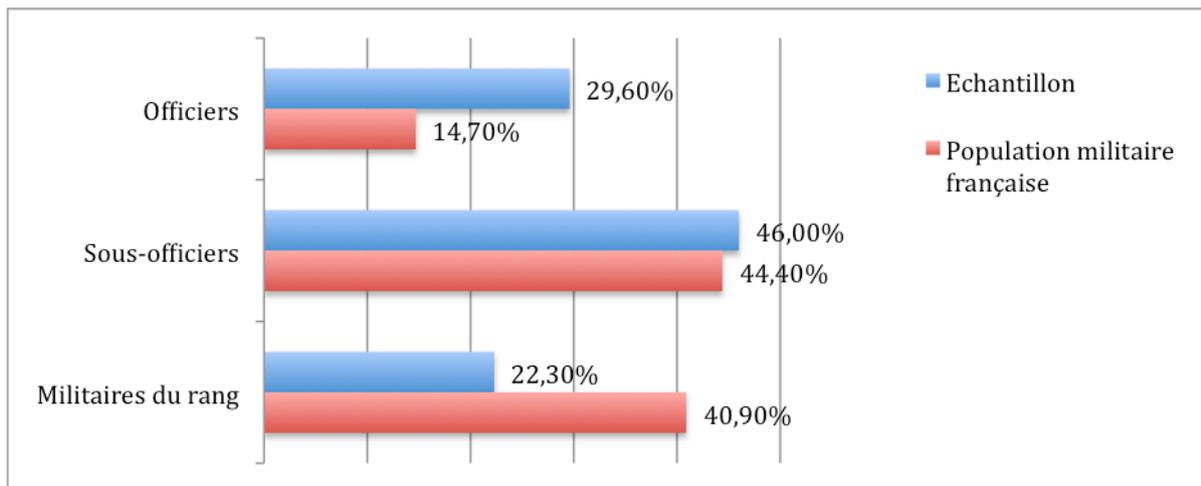


Figure 64 : comparaison de la répartition des personnels selon leur grade (civils exclus) dans l'échantillon d'étude et la population militaire française ($p < 0,001$)

La population d'étude contient significativement plus d'officiers et moins de militaires du rang que dans la population militaire française. En effet, l'échantillon comprend 29,6 % d'officiers et seulement 22,3 % de militaires du rang, alors que l'ensemble de la population militaire comprend seulement 14,7 % d'officiers et 40,9 % de militaires du rang. La proportion de sous-officiers dans la population d'étude (46 %) est quant à elle approximativement équivalente à celle de la population militaire française (44,4 %).

Cette différence est de nouveau la conséquence du biais de sélection de la population, puisque la région parisienne, de par la centralisation des états-majors et structures de commandement, concentre une proportion importante de postes décisionnels tenus par des officiers et, à l'inverse, une faible proportion de militaires du rang qui sont principalement rattachés au sein des forces. Ainsi, plus d'un tiers des officiers sont affectés dans la région Ile-de-France, qui ne concentre pourtant que 11 % de la population militaire. A l'inverse, seulement 7 % des militaires du rang y sont affectés alors qu'ils sont 29 % au sein des armées [24].

Concernant la population civile, bien que faisant partie des ayants droit bénéficiant de la prise en charge par le SSA, nous n'avons qu'un faible recrutement dans la mesure où :

- seuls très peu de personnels civils sont soumis à des visites d'aptitude, d'autant plus qu'ils disposent d'antennes médicales tenues par des médecins du travail ;
- ils consultent principalement en urgence, situation peu propice au remplissage de questionnaire ;
- c'est une population traditionnellement attachée à un médecin traitant civil.

D. Concernant la répartition des personnels dans les armées

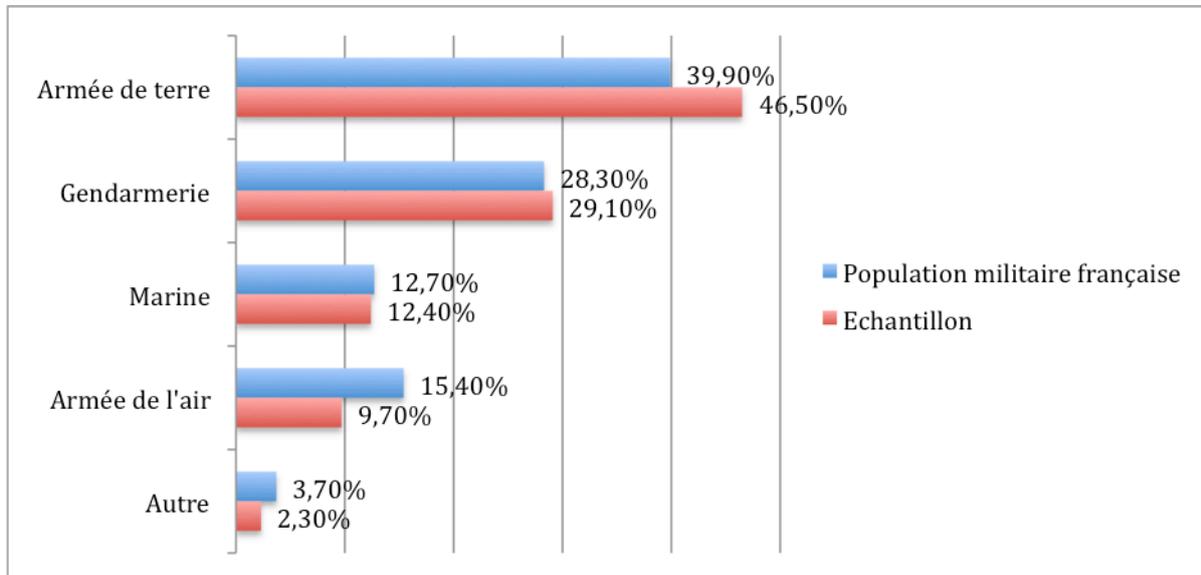


Figure 65 : comparaison de la répartition des personnels selon l'armée d'appartenance dans l'échantillon d'étude et la population militaire française ($p < 0,001$)

La population d'étude est significativement différente de la population militaire française puisque l'armée de terre est surreprésentée avec 46,5 % des personnels de l'échantillon pour 39,9 % de la population militaire française et l'armée de l'air sous-représentée avec seulement 9,7 % de personnels au lieu de 15,4 %.

E. Concernant la situation familiale

Il nous a semblé intéressant d'analyser la population de célibataires dans la mesure où d'un point de vue statistique, ils sont très fréquemment associés à des différences significatives dans les résultats précédents. Ainsi, les célibataires représentent :

- 53,2 % des militaires du rang et 24,3 % des sous-officiers subalternes ($p < 0,001$) ;
- 82,9 % des moins de 25 ans ($p < 0,001$) ;
- 77,9 % des moins de 10 ans d'ancienneté de service ($p < 0,001$).

La population de personnels célibataires est donc globalement assimilable à la portion de l'échantillon de jeunes engagés avec un grade de militaire du rang ou de sous-officier subalterne.

III. Discussion

A. Recours au médecin militaire comme médecin traitant

1. Répartition de la population selon son médecin traitant

Concernant la déclaration d'un médecin traitant, 69,9 % des répondants ont déclaré un médecin civil, ce qui concorde avec les résultats des précédentes études, à savoir 70,3 % dans le travail de J. Comblet [4] et 69,2 % dans celui d'A. Bercher [7]. Comme vu précédemment, la proportion de personnels ayant tendance à n'avoir pas déclaré de médecin traitant civil est plus importante au sein des personnels masculins (33,6 % des hommes et 16,3 % des femmes ; $p < 0,001$) et augmente sensiblement avec le grade (23 % des militaires du rang ; 28,5 % des sous-officiers ; 41,7 % des officiers ; $p < 0,001$) et l'ancienneté de service (24,2 % des personnels de moins de 10 ans d'ancienneté ; 34,8 % de ceux de plus de 9 ans d'ancienneté ; $p < 0,001$).

Par rapport aux études précédentes [7] [4], aucune différence en fonction du sexe n'avait été mise en évidence. Néanmoins, il semble intéressant de soulever l'impact de l'absence de prise en charge gynécologique dans le cadre d'un suivi au long cours des personnels féminins, puisque nombre d'entre eux ont facilement recours à un médecin ayant des compétences dans ce domaine (un médecin généraliste pour 15 % des femmes ou un gynécologue dans 85 % des cas) [25] à une fréquence minimum annuelle. D'ailleurs, à la question « souhaiteriez-vous que votre médecin d'unité réalise votre suivi gynécologique », 23,9 % des femmes (N = 42) répondent par l'affirmative, dont 78,6 % (N = 33) ont déclaré un médecin traitant civil. Cette question avait été posée dans la thèse *Perception par les militaires de leur médecin d'unité* [7] et retrouvait 30,9 % de patientes favorables. Ce faible engouement pour un suivi gynécologique en milieu militaire tient possiblement au fait que les médecins d'unité soient, d'une part, des médecins généralistes et, d'autre part, que la majorité d'entre eux soient des hommes.

Par ailleurs, il existe probablement un deuxième facteur responsable d'un recours plus fréquent au médecin militaire par la population masculine. En effet, nous verrons ultérieurement que le fait de considérer le médecin d'unité comme médecin traitant

augmente avec la participation aux missions (OPEX ou missions de courte durée) ainsi qu'avec leur nombre. Dans sa thèse, A. Bercher montre que les femmes partent significativement moins en mission que les hommes (39,7 % des femmes n'avaient jamais réalisé de mission pour 21,7 % des hommes ; $p < 0,001$), mais également qu'elles partent moins fréquemment (moyenne de missions réalisées par les personnels féminins = 1,3 mission ; moyenne de missions réalisées par les personnels masculins = 2,9 missions).

Concernant l'augmentation du recours au médecin militaire avec le grade, ce phénomène avait été mis en évidence dans des proportions similaires dans la thèse d'A. Bercher [7]. Cette tendance n'avait pas été retrouvée dans le travail de J. Comblet [4], qui a pour population d'étude un échantillon très semblable à la nôtre. Cela peut s'expliquer par deux phénomènes : l'étude de J. Comblet est de plus faible puissance ($N = 290$) et ne comporte que 18,1 % de militaires du rang. En ce qui concerne l'ancienneté, la thèse *Attentes des patients militaires envers leurs médecins d'unité en terme d'offre de soins*, seuls 15 % des militaires ayant moins de 5 années de service déclarent que leur médecin traitant est militaire, contre 33,8 % des militaires ayant plus de 15 ans de service ($p = 0,06$).

Nous avons voulu déterminer si le poids du grade et des fonctions de conseiller du commandement modifiait la vision du médecin militaire de ces personnels.

Il semble difficile d'incriminer ces arguments pour expliquer la défiance des personnels engagés depuis peu de temps et de bas grade. En effet, une écrasante majorité de la population considère le médecin d'unité comme un médecin (93,4 %), alors même qu'il n'est considéré comme un officier que pour 42,3 % des personnels, principalement par les autres officiers et dans les armées où la culture du grade est fermement ancrée (marine et armée de terre). De plus, ce grade d'officier ne doit pas être perçu par le patient comme un frein ou, pire, comme une sanction dans les décisions prises en consultation, mais comme un argument permettant d'être un conseiller écouté du commandement, au service du patient et du maintien de la capacité opérationnelle. Ainsi, il existe une gêne induite par le rapport hiérarchique s'estompant avec l'augmentation en grade et en ancienneté, estimée à 6,4 % de la population totale étudiée, mais qui reste importante chez les militaires du rang puisqu'estimée à 15,3 %,

la différence de grade renforçant un rapport asymétrique entre le personnel en demande de soins ou d'aptitude et le médecin qui soigne ou juge. D'ailleurs, plus que le poids de la hiérarchie, c'est le rôle de conseiller du commandement qui dérange 10,7 % des personnels dans la relation médecin-malade, principalement les militaires du rang (21,8 % pour 7,5 % des sous-officiers et officiers). Nous étudierons ces données ultérieurement, couplées aux données sur le secret médical.

Nous n'avons volontairement pas abordé le sujet des OPEX et missions de courte durée de manière à nous concentrer sur la pratique quotidienne, et ce d'autant plus que la majorité des personnels interrogés dans l'étude œuvrent en état-major et sont donc moins soumis aux contraintes opérationnelles. Dans les travaux précédents [7] [4], il a été mis en évidence que les personnels ayant déjà réalisé ce type de mission étaient plus enclins à considérer le médecin d'unité comme médecin traitant, et ce d'autant plus que le nombre de missions réalisé était important. Selon A. Bercher, 29,7 % des personnels ayant déjà participé à une OPEX avaient un médecin militaire comme médecin traitant contre 22,1 % des personnels qui n'étaient jamais partis. Indépendamment du fait qu'en mission le médecin militaire soit le seul recours en termes de soins, parfois dans des conditions précaires ou difficiles, permettant ainsi de « fidéliser » les personnels, ces résultats présentent un certain intérêt pour l'interprétation de la confiance accordée au médecin militaire en fonction de l'ancienneté et du grade. En effet, selon A. Bercher, les militaires du rang partent moins et moins souvent en mission que les sous-officiers et officiers :

- militaires du rang : 70,2 % ont réalisé au moins 1 mission ; moyenne du nombre de missions effectuées = 2,3 missions ;
- sous-officiers : 81,8 % ont réalisé au moins 1 mission ; moyenne du nombre de missions effectuées = 3,1 missions ;
- officiers : 80,8 % ont réalisé au moins 1 mission ; moyenne du nombre de missions effectuées = 2,7 missions.

Par ailleurs, il est aisé de considérer que plus l'ancienneté de service augmente, plus le nombre de missions réalisées est important. Nous noterons ainsi que dans cette étude, 87,3 % des personnels estiment qu'il est important pour le médecin de participer aux OPEX, ce qui est confirmé par les commentaires concernant la nécessité pour le médecin d'être opérationnel, citée à 28 reprises.

Il existe d'autres facteurs à prendre en compte pour expliquer cette augmentation de recours au médecin militaire avec le grade et l'ancienneté de service. A. Bercher avance l'argument de la fréquence des mutations. En effet, le militaire du rang s'engage dans un régiment bien précis et n'est jamais ou peu muté, le sous-officier est généralement muté tous les cinq à dix ans et l'officier tous les trois à cinq ans. Cette fréquence des mutations peut induire des difficultés à trouver un médecin traitant. Néanmoins, cet argument ne paraît pas réellement applicable à notre étude. La thèse d'A. Bercher avait pour cadre géographique la région militaire Terre Nord-Est, région dont la densité médicale, qu'elle concerne les médecins généralistes ou spécialistes, est moindre qu'en Ile-de-France où a eu lieu notre étude (226,9 généralistes pour 100 000 habitants à Paris) [26]. Ces données sont présentées dans les figures ci-dessous.

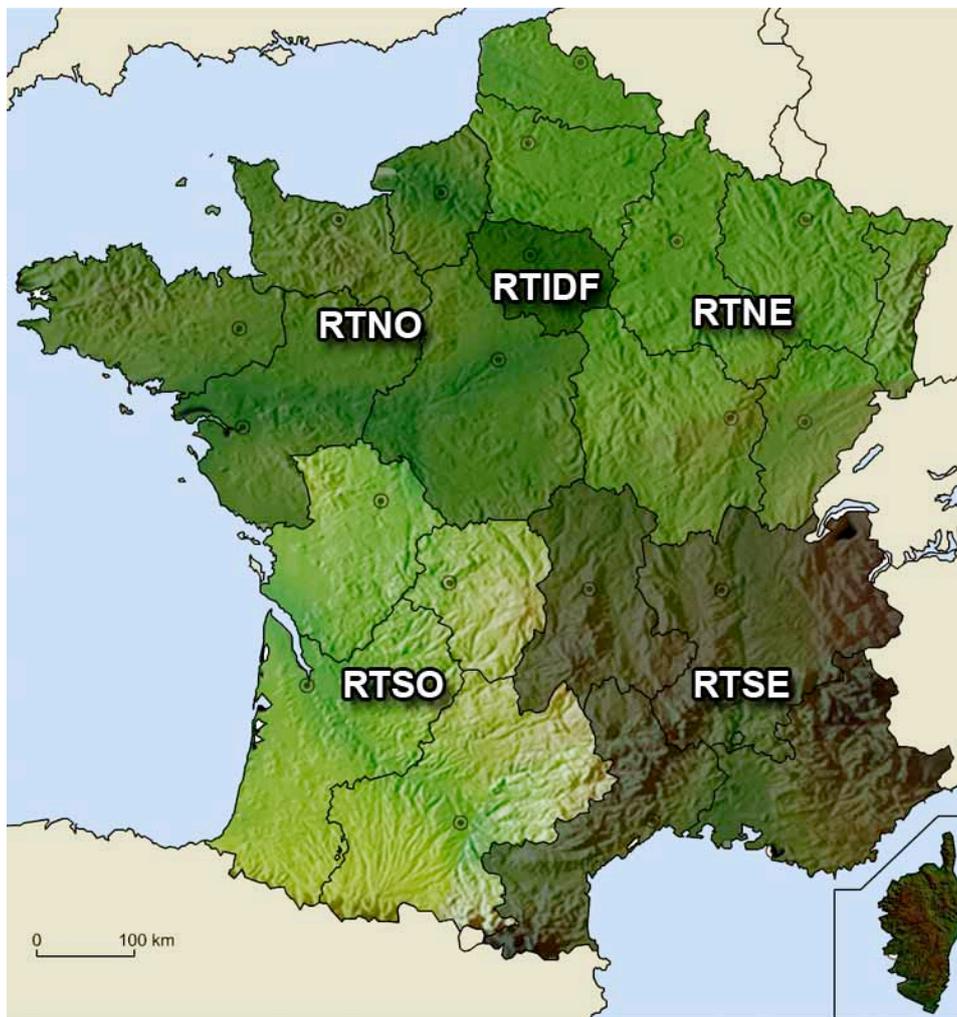


Figure 66 : représentation des « régions Terre » en 2009

Densité régionale en activité totale

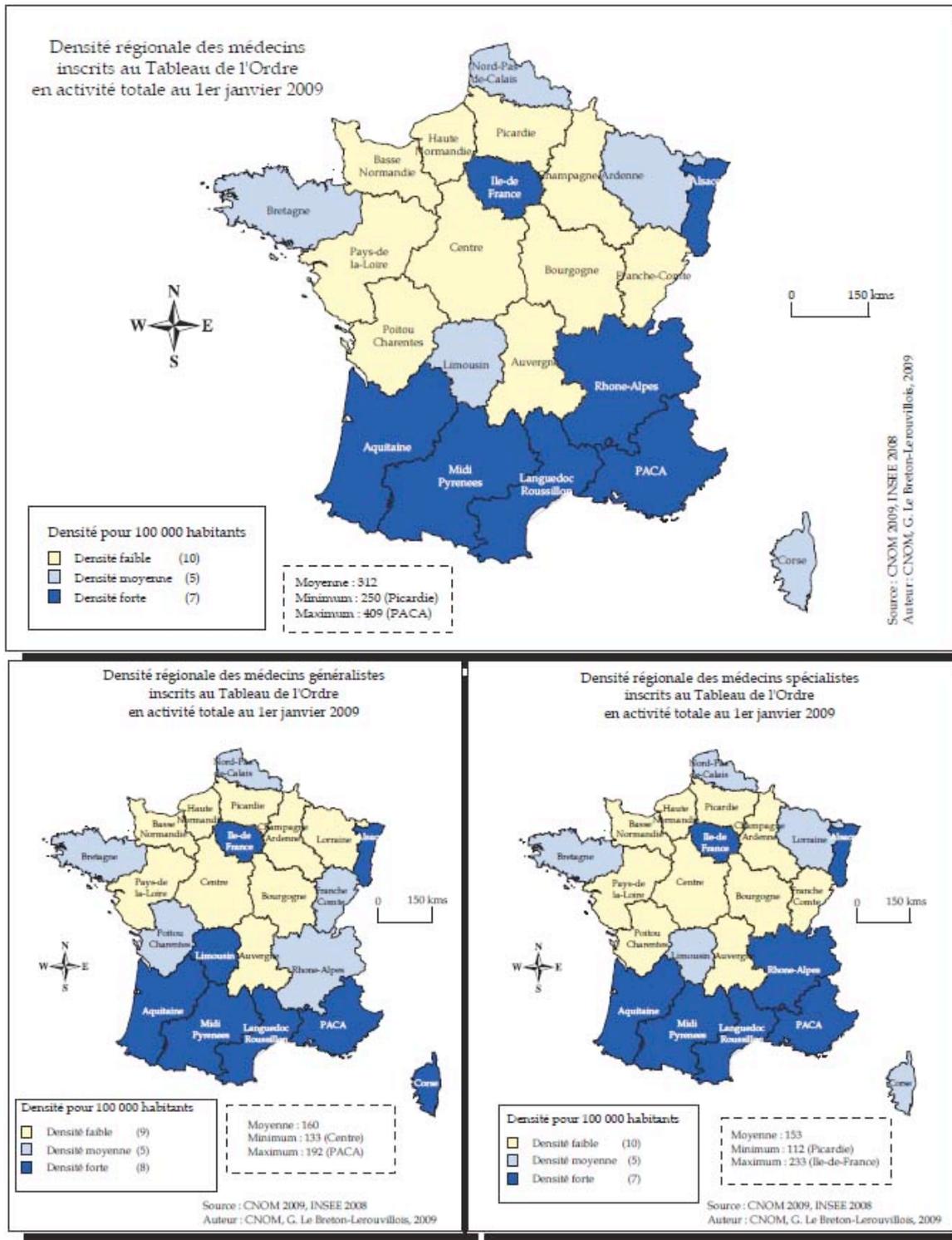


Figure 67 : représentation de la densité médicale régionale (globale, des généralistes et des spécialistes)

Si l'on considère ces mutations sous l'angle de la mutation du médecin, officier et donc mutable tous les trois à cinq ans, cela ne semble pas ou peu modifier le recours au médecin d'unité, puisque 51 % de la population de la thèse d'A. Bercher est indifférente quant au fait de consulter le même médecin militaire. Ceci est confirmé par le travail de

J. Comblet, dans lequel les patients accordent plus d'importance à la connaissance et à la tenue du dossier médical qu'à une connaissance de l'individu.

Il existe un autre argument sur lequel nous n'avons pas enquêté puisque ce phénomène avait été largement mis en évidence par l'étude d'A. Bercher, à savoir la méconnaissance du cursus universitaire et des compétences de médecine générale du médecin militaire. Il est à noter qu'en réponse à la question « à votre avis, quelles sont les compétences requises pour être médecin militaire ? » de nombreux patients ont évoqué la nécessité de « faire des études de médecine » et d'avoir des compétences « de médecin généraliste civil », preuve d'un important défaut d'information. Ainsi, selon A. Bercher, 68,2 % de la population étudiée admet ne pas connaître le parcours universitaire du médecin d'unité, même si la connaissance de ce parcours paraît progresser avec l'âge et surtout le grade, puisqu'une majorité des officiers le connaît (54,5 %). Concernant le diplôme du médecin d'unité, 52 % des personnes interrogées ne savent pas si c'est le même que celui des médecins civils. Cependant, nous constatons là encore que plus l'âge augmente et plus les personnels connaissent le cursus et les diplômes obtenus, ce qui est encore plus frappant avec l'élévation en grade (81,4 % des officiers pensent que le diplôme universitaire du médecin d'unité est le même que celui du médecin civil). Ceci pouvant s'expliquer par le fait qu'il existe une bonne connaissance mutuelle des cursus universitaires entre officiers, du fait de fréquents échanges en cours d'études et du travail effectué conjointement à l'unité puisque le médecin est conseiller du commandement. Ainsi, « avoir des diplômes de médecine », « fait des études » et « formations médicales » sont des commentaires apparaissant à 25 reprises.

Il existe également une grande variabilité selon l'armée d'appartenance avec un recours plus fréquent au médecin militaire comme médecin traitant dans l'armée de terre (37,7 %) contrairement à la gendarmerie (22,9 %) et l'armée de l'air (25 %). Ce chiffre est plus important que dans l'étude d'A. Bercher, dont la population était exclusivement composée de personnels de l'armée de terre (30,8 %) et concorde avec le travail de J. Comblet (37,8 % pour l'armée de terre). Celui-ci retrouve également un recours privilégié au médecin civil dans la gendarmerie (pour 93,7 % des personnels), mais ce résultat est à nuancer compte tenu de la faible proportion de gendarmes (5,5 % de la population étudiée, (N = 16).

Ces résultats restent à analyser avec du recul dans la mesure où les deux pools de recrutement de la population issue de l'armée de terre de l'étude sont l'Ecole militaire et le camp de Montlhéry. L'Ecole Militaire est constituée de plusieurs organismes et notamment de l'Ecole de Guerre formant, entre autres, les futurs chefs de corps de l'armée de terre, et est composée principalement d'officiers supérieurs de plus de 10 ans de service issus de cette armée. Cette population correspond à celle déclarant préférentiellement le médecin militaire comme médecin traitant (76,1 % personnels de l'armée de terre représentant 49,7 % des effectifs de celle-ci au sein de cette étude dont 48,8 % (N = 84) des officiers). Concernant le 121^e Régiment du Train de Montlhéry, il est comparable à la population étudiée par A. Bercher.

La plus faible proportion de gendarmes désignant le médecin militaire comme médecin traitant a déjà été montrée dans un mémoire réalisé en 2007 par T. Audoual intitulé *Perception par les militaires et image du médecin d'unité* [27]. Il s'agissait d'une enquête menée dans le Rhône auprès de 235 gendarmes. Seuls 15 % des personnels interrogés avaient un médecin militaire comme médecin traitant. Il existe plusieurs facteurs à cela, à savoir la dispersion géographique et un rythme de travail des groupements de gendarmerie qui ne sont pas nécessairement en adéquation avec le fonctionnement des services médicaux. Si le taux de déclaration d'un médecin civil est plus faible dans cette étude, cela provient probablement du fait que 70,8 % des personnels de la gendarmerie ont été recrutés au sein du 1^{er} Régiment d'Infanterie de la Garde Républicaine de Nanterre, disposant d'une infirmerie au sein de la caserne qui est également le lieu de logement des familles des gendarmes, permettant ainsi de s'affranchir d'une partie des contraintes précédemment citées.

Il existe néanmoins un biais induit par la formulation de la question (« vous avez un médecin traitant civil : oui/non ») dans la définition de la population ayant un médecin traitant militaire puisque les 30,1% de personnels ayant répondu « non » n'ont pas pu préciser s'ils considéraient leur médecin d'unité comme médecin traitant.

Nous pouvons partiellement corriger ce biais en couplant cette question avec les connaissances de la population étudiée au sujet de la législation faisant du médecin militaire le médecin traitant par défaut. Il semble exister une profonde méconnaissance de cette spécificité du médecin militaire dans la mesure où le taux de réponse a été

relativement faible comparativement aux autres questions (9,9 % de non-répondants). Parmi l'ensemble de l'échantillon, seuls 42,9 % des personnels savent que le médecin militaire joue d'emblée le rôle de médecin traitant.

Par ailleurs, parmi les personnels n'ayant pas déclaré de médecin traitant civil, 61 % (N = 128) sont au courant du décret n° 2005-783 du 12 juillet 2005 et donc 39 % (N = 82) considèrent, a priori, n'avoir pas de médecin traitant. Concernant les personnels ayant déclaré un médecin traitant civil, seuls 41,3 % (N = 189) connaissent l'existence de ce décret. L'absence de déclaration de médecin traitant n'est pas synonyme d'absence de consultation puisqu'il n'existe que 6 personnels (7,3 % de la population considérant n'avoir pas de médecin traitant) prétendant n'avoir pas de médecin traitant civil, ne pas connaître le décret et ne jamais consulter. Logiquement, ce sont les catégories de personnels ayant le plus facilement recours au médecin militaire pour les soins qui sont le plus au fait de cette législation (les sous-officiers supérieurs : 59 % ; les personnels de l'armée de terre : 56,4 % ; les personnels n'ayant pas déclaré de médecin traitant civil : 61 % ; les personnels privilégiant le recours au médecin militaire pour des consultations de soins : 62,7 %), d'où la nécessité de communiquer à ce sujet afin d'accroître l'activité de soins.

Au total, nous pouvons déduire de ces données que **17,2 % de la population étudiée ont choisi en toute connaissance de cause** de faire du médecin militaire leur médecin traitant.

2. Définition de la population ayant recours au médecin militaire indépendamment du médecin traitant déclaré

Il convient de nuancer les données précédentes dans la mesure où 38,2 % de la population de l'étude prétend avoir recours au médecin militaire pour des consultations courantes, définies comme les consultations pour le suivi de pathologies chroniques ou pour maladie aiguë non urgente (question 14). Cette proportion s'élève à 78,5 % pour le médecin civil.

Par rapport au nombre de consultations effectuées en milieu civil ou militaire (question 51), nous remarquerons que 55,8 % des personnels ne consultent jamais de médecin militaire hormis pour les visites obligatoires. Ainsi, 64,9 % des personnels de l'échantillon ont consulté un médecin civil au cours de l'année écoulée et 44,1 % un médecin militaire. Que ce soit pour les consultations en milieu civil ou militaire, il s'agit de consultations ponctuelles dans plus de deux tiers des cas, à savoir 1 à 2 consultations par an. Il est à noter cependant qu'aucune distinction n'a été faite sur le caractère urgent ou courant de la consultation pouvant induire un biais en surestimant le nombre de consultations courantes avec les consultations en urgence. Néanmoins, celles-ci ont le plus souvent lieu dans le cadre d'accident du travail.

Donc, en excluant les visites obligatoires, nous pouvons considérer que 44 % des personnels dépendant d'un service médical consultent pour des soins alors que la proportion ayant pour médecin traitant le médecin militaire est de 30,1 %. Ceci est révélateur d'une tendance à consulter selon les opportunités qui se présentent, probablement en termes de disponibilité, de proximité, etc.

En analysant les groupes comportement de consultation (qui prennent également en compte les consultations en urgence et pour accidents de service), il apparaît que :

- 18 % des personnels ont recours principalement au médecin militaire (de manière exclusive ou préférentielle) ;
- 34,8 % consultent le médecin militaire selon les opportunités (recours indifférencié au médecin civil et militaire ou préférentiellement au médecin civil) ;
- 41,9 % évitent de consulter avec le médecin militaire (22,2 % ne consultent jamais et 19,7 % ne consultent le médecin d'unité que pour les accidents de service).

Il est possible de comparer ces données théoriques au recueil du nombre de consultations effectuées dans l'année écoulée avec :

- 20,2 % des personnels privilégiant le médecin militaire ;
- 23,1 % consultant le médecin militaire selon les opportunités ;
- 33 % consultant exclusivement le médecin civil.

Ainsi, il existe une probable surévaluation du recours au médecin civil dans la composition des groupes comportement de consultation, due aux personnels ne consultant jamais (23,7 % au cours de l'année écoulée) et dont le seul lien avec un médecin a lieu au cours de la VSA.

Par ailleurs, selon la question 38, le médecin d'unité doit être en mesure de jouer le rôle de médecin traitant pour 65,6% des répondants. Il existe des différences significatives telles que les patients ayant déjà recours au médecin militaire comme médecin de soins plébiscitent largement cette mission (80,2 % des personnels n'ayant pas déclaré de médecin traitant civil et 86,1 % de ceux ayant choisi de consulter le médecin militaire de manière exclusive, préférentielle ou indifférenciée, estiment que le médecin militaire doit jouer le rôle de médecin traitant). De manière non significative ($p = 0,07$) mais compte tenu des éléments vus précédemment, les gendarmes sont moins enclins à adhérer à ce rôle que les autres armées (57,6 % des gendarmes sont favorables au médecin militaire dans le rôle de médecin traitant contre 66,2 % à 69,8 % pour les autres armées).

Il semblerait que l'adhésion des personnels militaires à une médecine de soins repose sur une relation de confiance axée sur deux points :

- la connaissance du cursus médical et des compétences de médecine générale dont font preuve les médecins d'unité ;
- la démonstration de ces compétences et leur application au milieu militaire par le biais des OPEX.

Une fois cette confiance acquise, le médecin d'unité semble tout désigné par ses patients pour exercer une médecine de soins et de suivi comparable à la pratique de la médecine générale en milieu civil.

B. Le médecin d'unité, un médecin de premier recours ?

Il semble que les capacités à consulter en urgence et la formation associée soient un point fort du médecin militaire. En effet, 38,2 % des personnels prétendent consulter le médecin d'unité pour des consultations en urgence (66,3 % ayant recours au médecin civil). Parallèlement à ces consultations en urgence, il y a un recours massif au médecin militaire dans le cadre des accidents de service, pour 63,7 % de l'échantillon étudié. Seuls 17 % des personnels consultent le médecin civil dans ce contexte. Il existe une intrication importante entre ces 2 données puisque la plupart des accidents de service sont des lésions d'ordre traumatologique et sont ressentis comme une situation d'urgence, entraînant une probable sous-estimation des consultations en urgence du médecin militaire du fait de la formulation des questions. Par ailleurs, si le taux de personnels consultant pour accident de service est si important, c'est parce que celui-ci, assimilable à un accident du travail, nécessite une prise en charge médico-administrative responsable d'une consultation médicale systématique.

Plusieurs biais peuvent être mis en avant, hormis l'intrication précédemment citée, à savoir :

- la nécessité de consulter en urgence est par nature imprévisible, tant en termes de moment que de lieu de survenue. Dans ce contexte, il paraît superflu de vouloir déterminer un comportement de consultation précis, le choix du médecin de consultation se faisant selon les opportunités ;
- le recours souvent privilégié aux services d'accueil des urgences ;
- le recours à l'urgence est probablement sous-estimé comparativement à la population militaire générale puisque notre échantillon est principalement une population d'état-major avec un emploi sédentaire, contrairement à une grande part de la population militaire dont l'emploi est plus opérationnel et nécessite donc une préparation physique (terrain, parachutisme, etc.) pourvoyeuse de traumatismes à gérer en urgence.

Nous noterons que bien que « seuls » 38,2 % des patients prétendent avoir recours au médecin d'unité en cas d'urgence, 92,9 % de la population étudiée plébiscite sa capacité à recevoir les patients en consultation si besoin (question 41). Pour illustrer les propos

précédents sur l'intrication entre urgence et accident de service, les patients atteints de pathologies liées au service (N = 41) ont tous plébiscité la possibilité de recours au médecin militaire en cas d'urgence. De manière surprenante, lorsque nous étudions les facteurs de motivation à consulter un médecin militaire, sa formation à l'urgence n'apparaît motivante que pour 27,9 % de la population (question 23) alors que 95,8 % de celle-ci la considère comme importante.

Ces données permettent donc d'émettre l'hypothèse que si la population militaire est faiblement consommatrice de soins d'urgence, elle reste néanmoins vigilante au fait que le médecin d'unité soit formé et à même de la recevoir en urgence si besoin, comme le démontre les nombreux commentaires (la gestion des urgences est citée à 20 reprises). Il est difficile de déterminer dans quelle mesure cette nécessité à être urgentiste doit s'appliquer, pour la population de cette étude, à la pratique quotidienne ou uniquement aux missions extérieures compte tenu de l'impact du conflit afghan.

C. Déterminants et motivations dans le choix du praticien à consulter

L'un des objectifs de cette étude est de comprendre ce qui motive les patients à choisir un praticien civil ou militaire pour leur consultation. Concernant le médecin d'unité, il s'est avéré que c'est la connaissance de l'environnement professionnel qui est l'argument le plus motivant pour 86,7 % des personnels, voire très motivant pour 44,6 %. Ceci est compréhensible dans la mesure où la moindre pathologie peut avoir un retentissement important en termes d'aptitude et nécessitera alors une adaptation de poste, qu'il s'agisse d'une entorse de cheville bénigne et d'activité sportive ou, plus grave, de syndrome dépressif et de port d'arme. Plus largement, cela permet un suivi du patient dans son environnement professionnel avec ses codes et ses contraintes spécifiques et peu connus du monde civil, et qui sont ici partagés par le médecin et le patient.

A contrario, l'absence de culture militaire du médecin généraliste civil n'apparaît comme un handicap que pour 31 % des personnels interrogés, principalement parmi les

patients ayant fait le choix d'un médecin traitant militaire ($p < 0,001$) et ceux atteints d'une pathologie liée au service ($p = 0,02$), ce qui peut sembler logique compte tenu des implications d'une telle pathologie sur l'activité professionnelle.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les militaires choisissant leur médecin d'unité comme médecin traitant le font principalement pour leur prise en charge dans un contexte de connaissance de leur milieu professionnel :

- 12,1 % (N = 22) ne trouvent pas la connaissance de leur milieu professionnel motivant, parmi lesquels 18 personnels (81,8 %) ne considèrent pas le manque de culture du médecin civil comme un handicap ;
- 87,9 % (N = 182) estiment que la connaissance de leur milieu professionnel est un argument motivant, voire très motivant, dont 77 personnels (42,3 %) trouvent que le manque de culture du médecin civil leur est préjudiciable.

Cette absence de culture du médecin civil paraît proportionnellement moins préjudiciable pour les jeunes personnels engagés depuis moins de 5 ans, population plutôt orientée vers un suivi par un médecin civil.

Cette importance de la connaissance des spécificités du milieu militaire et de ces contraintes est clairement exprimée au sein de nombreux commentaires libres, à savoir que le praticien doit être en mesure d'exercer une médecine adaptée au milieu militaire (19 commentaires) et avoir une bonne connaissance de la culture militaire (59 commentaires).

La thèse d'A. Bercher [7] avait déjà mis en évidence le caractère motivant de la connaissance du milieu professionnel, bien que de manière moins importante, puisque cet argument était plébiscité par 61,1 % des personnels interrogés et était le deuxième, après la proximité comme facteur de motivation.

Le deuxième argument avancé concernant les consultations du médecin militaire valorise ses compétences médicales pour 85 % des patients. Nous n'avons pas défini ces compétences, estimant que la population interrogée n'était pas à même de les juger objectivement. Il s'agit donc probablement du sentiment d'avoir été correctement

pris en charge, que ce soit sur le plan diagnostic, thérapeutique ou de la relation médecin-malade [28] [29]. Cet argument de compétences est encore plus motivant lors du recours au médecin civil pour 91,4 % des patients dont 37,8 % les trouvent très motivantes. C'est par ailleurs l'argument le plus motivant pour consulter le médecin généraliste civil pour la population de l'étude.

Dans ce contexte, il nous a semblé judicieux de déterminer si la population militaire trouvait le médecin civil plus compétent que le médecin militaire. Grâce à la question 35, nous savons qu'au moins 18,6 % de la population étudiée (139 personnels) trouve le médecin civil plus compétent que le militaire. Il est à noter un taux important de non-réponse (14,4 %, soit 107 personnels) avec néanmoins de fréquentes annotations, souvent pertinentes expliquant que :

- le personnel ne s'estimait « *pas qualifié pour répondre* » ;
- cela « *dépend du médecin* » car « *il y a des bons et des mauvais partout* » ;
- médecin militaire et civil ne sont pas comparables, car ils ne font « *pas le même métier* ».

Le fait de trouver le médecin civil plus compétent que le médecin militaire diminue avec l'âge (14,8 % des plus de 39 ans contre 25,3 % des moins de 40 ans), le grade (11,9 % des sous-officiers supérieurs et officiers) et l'ancienneté de service (10,7 % des personnels de plus de 10 ans d'ancienneté), **de manière globalement similaire à la population ayant recours au médecin d'unité comme médecin traitant.**

En comparant spécifiquement les groupes de patients consultant habituellement les 2 médecins (N = 334), que ce soit de manière préférentielle ou indifférenciée, nous pouvons constater que 82,6 % de cette population estime les 2 médecins compétents. Concernant les personnels restants, 10,7 % trouveraient les compétences du médecin civil plus attrayantes, alors que pour 6,7 %, ce sont celles du médecin militaire les plus motivantes. Ces derniers résultats sont toutefois à nuancer compte tenu de la faiblesse des effectifs de ces 2 groupes.

Pour expliquer cette discrète tendance à trouver le médecin civil plus compétent que le médecin militaire, nous pouvons nous appuyer sur plusieurs arguments :

- la méconnaissance du cursus universitaire du médecin militaire et de la validation des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale et plus généralement des compétences médicales du médecin militaire, que ce soit en médecine générale, pathologie du sportif, etc. ;
- le médecin civil est principalement un médecin de soins, qui de par son activité de consultation aux familles et de suivi bénéficie d'emblée d'une image de médecin compétent ;
- l'offre de soins et les compétences médicales sont différentes en termes de formations médicales continues et complémentaires, notamment en région parisienne, les compétences militaires étant plutôt axées sur des domaines opérationnels (urgences, pathologies liées aux milieux, médecine du sport, tropicale, etc.) contrairement aux médecins civils plus à même d'adapter leurs compétences aux demandes de leurs patients (homéopathie, etc.) ;
- le patient est libre de changer de médecin civil au gré de ses envies et besoins, ce qui n'est pas le cas pour le médecin militaire, affecté pour plusieurs années.

Ces résultats en termes de différence de compétences avaient déjà été soulevés par le travail d'A. Bercher [7] qui avait alors démontré que 72 % de sa population d'étude trouvaient le médecin militaire compétent contre 77,9 % pour le médecin civil. Nos résultats supérieurs s'expliquent par une différence de population de taille, celle de notre étude étant plus gradée et avec plus d'ancienneté de service, c'est-à-dire étant plus encline à faire confiance au médecin d'unité. Ces résultats sont néanmoins inférieurs à une enquête menée par *Le Figaro Magazine* [30] dans laquelle 88 % des sondés estiment leur médecin compétent.

Le troisième argument avancé pour consulter le médecin militaire est sa capacité d'écoute pour 78,5 % des patients et, dans le cadre des consultations civiles, 82,1 % de l'échantillon la trouvent motivante en faisant ainsi la deuxième motivation pour consulter le médecin civil. Au sein des groupes ayant recours aux 2 types de médecin, nous pouvons constater que 71 % des patients trouvent les capacités d'écoute aussi motivantes chez le médecin civil que pour le militaire. Concernant le reste des patients de ce groupe, 16,8 % privilégient le recours au médecin civil pour l'écoute et 12,2 % préfèrent consulter leur médecin d'unité. Cette capacité d'écoute est une attente majeure des patients [31], ainsi que le démontrent les 114 commentaires libres à ce sujet.

Ces résultats sont compatibles avec ceux d'A. Bercher [7], pour qui l'écoute du médecin civil s'avérait satisfaisante pour 78,2 % de la population et celle du médecin d'unité pour 76,2 %. Là encore, nos résultats sont discrètement meilleurs, mais restent inférieurs à ceux d'un sondage BVA [32] en 2008 pour l'Académie de médecine et le Sénat dans lequel 83 % des sondés estimaient avoir un médecin à l'écoute de leur problème.

Il semble judicieux de déterminer en quoi l'écoute est un argument fondamental dans le choix du médecin, car nous avons, en principe, pour vocation première de soigner et non pas nécessairement d'écouter [33]. L'acte médical est un acte dual, composé d'un acte technique et d'une composante humaine. Celle-ci, au vu des nombreux commentaires (330 !) qu'elle suscite, en plus de l'écoute, est fondamentale pour le patient, à tel point qu'il s'agit d'une des qualités fondamentales dans la description du « *médecin idéal* » [34]. La médecine actuelle, autonomiste plus que paternaliste, vise à informer et à faire adhérer le patient à une démarche de soins avec son consentement éclairé. L'écoute permet ainsi de réduire les inégalités d'une relation médecin-malade en instaurant un échange mettant en valeur le patient. Une méta-analyse réalisée en 1995 et regroupant 40 études [35] a permis de mettre en évidence que la satisfaction du patient dépendrait autant de l'information reçue que de sa capacité à s'exprimer en consultation. D'ailleurs « *personne ne va chez le médecin avec seulement des symptômes en tête. Tout le monde arrive avec des idées à propos de ces symptômes, des peurs en rapport avec ces symptômes, et des attentes liées à ces symptômes* » [36]. Prendre le temps d'écouter et de répondre à ces questions est une des attentes majeures du patient, indépendamment du fait que

l'écoute permet de mieux appréhender le patient et par conséquent de répondre à ses attentes afin d'assurer une meilleure alliance thérapeutique. Une des principales limites de l'écoute est le facteur temps. Une consultation de médecine de ville est estimée à 16 minutes (résultats obtenus à partir de déclarations de médecins en 2004) [37]. Or le médecin militaire en est partiellement affranchi dans la mesure où il n'existe pas de tarification à l'acte d'une part, et où, dans la plupart des cas, il y a plusieurs médecins dans un même service médical permettant ainsi de se partager les consultations en cas d'acte prolongé. Nous n'avons, dans ce contexte, pas d'argument pour expliquer la prédominance du médecin civil sur le médecin militaire. Le seul argument que nous pouvons mettre en avant pour expliquer ce phénomène est le cadre hiérarchique propre à l'institution militaire induisant d'office une certaine distance dans la relation médecin-malade. Selon J. Comblet [4], une vision caricaturale du médecin militaire comme « *celui qui sanctionne (les questions d'aptitude)* » pourrait induire une certaine réserve de la part des patients.

Dernier argument de poids pour consulter le médecin militaire, il s'agit du plateau technique à disposition, motivant pour 76,5 % de la population. En effet, la possibilité de réalisation de soins infirmiers et d'examen de laboratoire est appréciée des patients puisque disponible sur leur lieu de travail, ce qui est surprenant dans la mesure où seuls 49,2 % de la population interrogée prétend connaître les capacités de prise en charge de l'antenne médicale. Néanmoins, il nous semblait important de signaler l'importance du rôle des personnels paramédicaux dans l'attractivité du service médical d'unité. De manière significative, les personnels ayant facilement recours au médecin militaire sont plus au courant des capacités de prise en charge ($p = 0,06$), ainsi que les personnels de l'armée de terre et des services ($p = 0,03$) pour lesquels il existe 2 biais : leur faible effectif et leur possible appartenance au SSA.

Pour finir, le dernier argument, important, motivant 78,3 % des personnels à consulter un médecin traitant civil est le fait qu'il soit leur médecin de famille. Pour rappel, dans la thèse de D. Aubert Le Grimellec, c'est un facteur déterminant pour la désignation du médecin traitant [20]. Dans ce contexte, il paraît légitime de discuter l'ouverture des consultations aux familles de militaires et ce d'autant plus que **368 personnels (49,4 %) recommanderaient le médecin militaire comme médecin**

de famille, alors que 302 (40,5 %) ne le recommanderaient pas et que 75 (10,1 %) ne se prononcent pas. Ce sont principalement les personnels connaissant le cursus et les compétences médicales du médecin militaire qui plébiscitent ce rôle, à savoir les sous-officiers supérieurs (63 %), les officiers (60,3 %) et les personnels de plus de 40 ans (61,3 %) ainsi que les patients ayant recours au médecin militaire pour des soins (63 % d'entre eux). Bien que statistiquement les civils y soient très favorables (76,9 %), compte tenu de la faiblesse de leur effectif, nous ne ferons aucune extrapolation. Il existe une tendance telle que les patients n'ayant pas de médecin traitant civil recommandent plus fréquemment le médecin militaire comme médecin de famille (59,6 % des cas contre 52,7 % pour les patients ayant un médecin traitant civil ; $p = 0,09$). Ces chiffres semblent montrer qu'il existe une réelle attente de la part des patients pour que le médecin militaire soit en mesure de recevoir leur famille.

Nous évaluerons l'impact des autres facteurs de motivation ultérieurement.

D. Ressenti concernant l'expertise

Pour 26,8 % des patients interrogés, le médecin militaire n'est qu'un médecin d'expertise. **Il existe une similitude entre la population estimant que le médecin d'unité n'a pas à exercer une médecine de soins et la population n'ayant pas « confiance » dans le médecin militaire.** Ainsi, cette défiance est plus marquée chez les militaires du rang (34,8 %), les jeunes engagés (33,2 %) ayant généralement déclaré un médecin traitant civil (29,7 %) qu'ils consultent de manière exclusive ou privilégiée (34,1 %). Ces données sont corrélées à la croyance que la VSA est une consultation ne permettant que de déterminer une aptitude, où l'on retrouve 21,7 % de la population, majoritairement les militaires du rang et plus particulièrement les soldats (50,8 %), les personnels de moins de 25 ans (42,9 %) et de moins de 5 ans d'ancienneté (36,3 %). Dans ce contexte de défiance vis-à-vis du médecin militaire, nous avons tâché d'évaluer la proportion de militaires dissimulant sciemment des informations en visite d'expertise de crainte d'un retentissement sur l'aptitude et si celle-ci s'élève globalement à 24 % de l'échantillon, certains chiffres sont remarquables. Ainsi nous observons environ **40 % de dissimulation avouée (avec une possible sous-estimation) chez les militaires du rang, prédominante chez les jeunes engagés volontaires.**

De manière plus surprenante, les personnels atteints de pathologies liées au service sont proportionnellement plus enclins à omettre sciemment des informations (41 %). Plusieurs hypothèses apparaissent plausibles pour expliquer ce phénomène :

- la défiance du médecin militaire vue précédemment probablement par défaut d'information ;
- la crainte d'un changement d'aptitude. Dans la thèse d'A. Bercher [7], cela concernait 24,3 % des patients. En effet, cette catégorie de population est soumise à des contrats courts (3 à 5 ans) dont le renouvellement est soumis à une visite d'expertise stricte. Dans ce contexte, il est aisé d'imaginer que la crainte d'un non-renouvellement de contrat, équivalent à une perte d'emploi, puisse motiver la dissimulation. De même, la perte de certaines aptitudes, notamment sportives, peut avoir de lourdes conséquences qu'elles soient financières (perte d'une prime liée à l'aptitude de troupe aéroportée, liée aux missions extérieures, etc.), ou qu'elles aient un retentissement sur la carrière dont l'évolution, dans cette catégorie de grade tient compte pour une large part des performances physiques et sportives. Enfin, de manière plus anecdotique nous noterons l'absence de connaissance des voies de recours et d'adaptation de poste ;
- la crainte d'une rupture du secret médical. Selon A. Bercher, cela pousserait jusqu'à 23 % des personnels à aller consulter en milieu civil ;
- toujours dans la population d'A. Bercher, 21 % évoquent la crainte d'être mal vus du commandement. La seule explication que nous ayons est qu'il existe une volonté de « *traque* » du « *faux consultant* » cherchant à se soustraire à des activités contraignantes (ex. : exercices de terrain en week-end) de la part de l'encadrement.

D'ailleurs, en termes de motivation, l'indépendance du médecin civil par rapport au milieu militaire est motivante pour 53,8 % de la population, cette proportion étant de 74,2 % pour les personnels ayant prétendu omettre des informations en visite d'aptitude.

Ainsi, il apparaît fondamental de communiquer sur les compétences et capacités du service médical dans son ensemble et principalement auprès des jeunes militaires du rang afin de lever une part du mythe faisant du médecin militaire un mauvais médecin de soins et qui ne considère la VSA que comme une sanction et non pas comme une consultation à part entière. Ceci est d'autant plus important qu'il s'agit d'une population ayant tendance à avoir des comportements à risque, notamment en mission et qui serait pourtant aisément accessible à des actions de sensibilisation et de prévention dans le cadre de consultations individuelles que nous pouvons supposer plus efficaces que les interventions collectives.

Bien entendu, les catégories de personnels ayant recours au médecin militaire pour des soins et définies précédemment sont opposées à cette conception du rôle exclusif d'expert du médecin militaire et nous retiendrons finalement que pour **80,8 % de l'échantillon étudié, la mission d'expertise peut coexister avec la médecine de soins.** Sans surprise, les proportions de personnels étant favorables à cette double casquette augmentent avec le grade et l'ancienneté de service. J. Comblet [4] va plus loin dans l'analyse de ces données puisque dans son étude, la double mission de soins et d'expertise est un avantage pour 63,2 % des patients. Nous nuancerons dans la mesure où la population étudiée dans ce cadre est principalement une population d'état-major, avec des responsabilités importantes et donc consciente des enjeux de l'aptitude sur les capacités opérationnelles (phénomène assimilable à l'augmentation en grade et ancienneté). Par ailleurs, cette double attribution est considérée comme importante pour plus de 90 % de la population de son étude afin de pouvoir déterminer de la manière la plus juste possible les aptitudes professionnelles et sportives en fonction de l'état de santé des personnels, que ce soit de manière temporaire avec la prescription appropriée des arrêts de travail ou définitive.

La majorité de la population semble satisfaite des consultations de VSA, 95 % les trouvant utiles, permettant de faire un point sur l'état de santé pour 94,5 % des personnels. Par ailleurs, les conseils qui y sont dispensés (prévention du risque cardiovasculaire, lutte contre le tabagisme, dépistage des addictions, conseil d'ordre nutritionnel, métabolique ou encore aide à la préparation sportive) sont bien perçus et considérés comme utiles par 89 % de la population. Là encore, les personnels moins

convaincus par l'intérêt des VSA sont principalement les militaires du rang de moins de 5 ans d'ancienneté de service. A contrario, la proportion de personnels pensant tirer un bénéfice des conseils augmente avec l'âge, ce qui paraît légitime compte tenu de l'augmentation de la prévention notamment cardio-vasculaire et des dépistages dans un cadre de santé publique. Ces résultats sont compatibles avec ceux d'A. Bercher, bien que notre population trouve les VSA plus utiles que celle de la région Terre Nord-Est, tant dans son intérêt que pour les conseils qui y sont dispensés, probablement en rapport avec le plus faible taux de militaires du rang de notre étude.

Concernant l'utilité de la VSA, le travail d'A. Bercher [7] a mis en évidence 4 motifs d'intérêt de la part de la population étudiée, à savoir qu'elle permet :

- de faire un bilan de santé et un suivi régulier ;
- de déterminer les aptitudes pour l'emploi et les épreuves sportives annuelles ;
- de faire de la prévention et du dépistage ;
- d'évaluer sa condition physique et opérationnelle pour les personnels étant déjà partis en OPEX et conscients de l'importance d'une bonne condition physique.

Nous rajouterons qu'elle permet de faire le lien avec le milieu médical pour le quart de population ne consultant jamais, se couplant régulièrement à une consultation médicale.

Enfin, d'un point de vue plus médico-militaire, les décisions d'aptitude sont considérées comme justes dans 89,9 % des cas. Si la proportion de la population trouvant les décisions prises en VSA justes augmente avec le grade (83,5 % des militaires du rang pour 94 % des sous-officiers supérieurs et officiers) et l'ancienneté de service (85,3 % des personnels de moins de 10 ans de service pour 92,6 % des plus de 10 ans de service) c'est parce que, comme vu ci-dessus, ces personnels prenant des responsabilités plus importantes et des postes de commandement ou d'encadrement sont conscients de l'impact de l'expertise sur les capacités opérationnelles.

Concernant la connaissance des voies de recours, si elles sont connues de 86,4 % des répondants, il faut garder à l'esprit que cette donnée est probablement surestimée puisque 14,2 % de l'échantillon n'ont pas répondu. Nous noterons qu'elles sont principalement méconnues des militaires du rang (pour 32,5 % d'entre eux).

Cette donnée est un argument supplémentaire pour affirmer que cette catégorie de population n'est pas suffisamment informée de l'offre du SSA.

E. Secret médical

14,9 % de la population de l'étude estiment que le secret médical n'est pas respecté en milieu militaire et 18,6 % des personnels hésitent à se confier par crainte d'un manque de confidentialité. La préservation du secret médical est pourtant un enjeu majeur pour les patients puisque dans le travail de J. Comblet [4], le respect du secret est considéré important, voire très important pour 97,9 % de la population d'étude.

Concernant le sentiment de non-respect du secret, cela provient principalement d'un manque de confidentialité des personnels paramédicaux pour 48 personnels (6,4 % de la population totale étudiée), un personnel soulevant un probable « *manque de formation des plus jeunes* ».

De manière plus anecdotique, nous noterons que sont mentionnés :

- le manque de discrétion des médecins, avec un argument probablement erroné mis en avant tel que l'appartenance à la catégorie de grade des officiers favorise la divulgation d'informations au commandement (3,2 % de la population) ;
- la configuration des locaux. Ce problème ne nous a pas paru flagrant au sein des services médicaux visités, où il existe une nette séparation entre accueil, secrétariat et salle d'attente. La seule exception concerne l'Ecole Militaire dont les locaux, situés dans des bâtiments classés historiquement, sont de modification difficile et où il existe un amalgame entre accueil et salle d'attente, néfaste en termes de confidentialité (3,2 % de la population) ;
- une inquiétude sur la nature de l'information transmise au commandement à l'issue de la consultation puisque les pressions exercées par l'encadrement ainsi que la transmission du cahier de consultation sur lequel ne figure aucun élément d'ordre médical sont des arguments évoqués à plusieurs reprises.

En analysant de manière ciblée la population défiante vis-à-vis du secret médical et hésitant à se confier (puisque 71,7 % des personnels pensant que le respect médical n'est pas respecté hésitent à se confier), nous pouvons remarquer qu'elle est superposable à celle ne faisant pas confiance au médecin militaire, que ce soit en termes de compétences ou d'aptitude (population jeune, engagée récemment et militaires du rang engagés volontaires principalement). Il est possible d'imaginer que compte tenu de l'augmentation en grade et en ancienneté et donc de l'accession à des responsabilités plus importantes, ces personnels ont connaissance de la nature des informations qui leur sont transmises et réalisent ainsi que le secret médical est préservé.

Les personnels atteints de pathologies liées au service sont également plus nombreux, proportionnellement, à considérer que le secret médical n'est pas respecté (27,5 %) et sont de fait plus hésitants à se confier lors des consultations (pour 36,6 % d'entre eux). Nous avons trouvé un facteur explicatif simple. En effet, les pathologies liées au service surviennent du fait du service et, dans ce contexte, s'accompagnent de démarches médico-administratives obligatoires faisant intervenir l'autorité hiérarchique. Dans le cadre de la prise en charge par l'institution militaire et en vue de constituer un éventuel dossier de pension, le personnel doit rédiger un rapport circonstancié expliquant les conditions de survenue de l'accident ou de la pathologie, qui doit être visé par l'autorité compétente. Ce rapport, indépendant du service médical et non contresigné par le médecin, ne comporte que les informations que le patient transmet à sa hiérarchie sur la demande de celle-ci. Néanmoins, dans un contexte de pathologie ou d'accident lié au service et prise en charge par le médecin militaire, l'amalgame entre les informations fournies par les démarches administratives et la prise en charge médicale est fréquent. Par ailleurs, en cas de survenue d'un accident de service dans des contextes particuliers (exercices, préparation opérationnelle, terrain, etc.), la prise en charge du patient en situation précaire ou dégradée peut présenter des défauts de confidentialité si le médecin n'y prend pas garde (prise en charge sur le terrain avec présence des collègues, du commandement).

Les patients soumis à un suivi hospitalier sont également plus méfiants concernant le respect du secret médical (pour 23,7 % d'entre eux). Nous pouvons imaginer que cela est consécutif aux informations fournies à la hiérarchie pour justifier des absences liées

au suivi hospitalier. Néanmoins, ces données sont à nuancer compte tenu du faible effectif de ces patients (n = 14).

Le sentiment que le secret médical n'est pas respecté en milieu militaire est plus important dans la population féminine (25,5 % pour 15,9 % des hommes ; n=27). Nous n'avons pas d'explication pour ce phénomène.

Selon les résultats d'A. Bercher [7], 23 % des personnels prétendent préférer le recours au milieu civil afin de préserver le secret médical vis-à-vis du commandement. Dans les commentaires libres de son travail, le thème du secret médical est abordé à plusieurs reprises, tout comme dans notre étude où 12 commentaires mentionnent son importance. Néanmoins, dans les commentaires de la région Terre Nord-Est, il apparaît que les personnels ne mettent pas seulement en cause le médecin et de façon plus générale le service médical, mais également les pressions du commandement :

- *« le secret médical doit absolument être respecté (à tous les niveaux, par exemple les commandants d'unité qui demandent à voir les consultants pour connaître la raison de la consultation ou qui demandent le compte rendu à l'issue de la consultation) » ;*
- *« le secret médical n'est pas respecté pendant les classes puisque les cadres nous obligent à dire pourquoi nous voulons aller consulter et, dans le pire des cas, s'empressent de le raconter à tout l'encadrement surtout si c'est gênant ».*

Ces données sont superposables à celles définies précédemment concernant la gêne induite par le rôle de conseiller du commandement du médecin d'unité dans la relation médecin-malade pour 21,8 % des militaires du rang (et 10,7 % de la population totale).

Ainsi, il semble qu'il existe une confusion telle que si le secret médical doit être préservé, nous devrions plutôt parler de rupture du secret professionnel de la part des personnels paramédicaux. Quant à l'ingérence de la hiérarchie concernant l'état de santé des personnels, bien qu'il ne s'agisse pas de secret médical à proprement parler, il semblerait judicieux de les informer qu'il est confidentiel et qu'ils ne devraient divulguer que ce qui leur paraît nécessaire, sans aucune obligation, à leur encadrement.

Enfin, toujours concernant le secret médical, nous avons vu précédemment que celui-ci peut être levé dans certaines conditions exceptionnelles et de manière restreinte, notamment dans le domaine de la santé publique. Cette possibilité de rupture n'est connue que de 46,4 %, taux probablement surestimé du fait du faible taux de réponse à la question 57 (78,1 %). Ce phénomène peut être à l'origine d'une certaine méfiance de la part des personnels, d'autant plus qu'au sein de l'Ecole Militaire, dont les répondants constituent 30,7 % de notre échantillon, cette procédure a été déclenchée dans les semaines précédant la diffusion du questionnaire autour d'un cas de tuberculose, qui est par ailleurs une pathologie dont la surveillance (entre J0 et J90) entraîne de lourdes modifications d'aptitude. Encore une fois, un amalgame entre pratique usuelle et circonstance exceptionnelle pourrait être à l'origine de la défiance des personnels.

F. Satisfaction et évaluation des possibles évolutions du SSA

Les personnels sont très majoritairement satisfaits de la qualité des soins dispensés au service médical d'unité (93,6 %), ce taux de satisfaction augmentant avec le grade et l'ancienneté de service. Encore une fois, cette donnée laisse supposer que :

- le recours au médecin militaire augmente avec la connaissance de ses compétences et des capacités de l'antenne médicale ;
- la satisfaction concernant l'infirmerie augmente chez les personnels y ayant recours.

Nous pourrions objecter que la satisfaction des soins dispensés est à l'origine du recours au médecin d'unité. Néanmoins, il semblerait que, compte tenu des résultats exposés précédemment, le non-recours au médecin militaire repose essentiellement sur des craintes, préjugés et méconnaissance plutôt que sur une insatisfaction liée à une mauvaise prise en charge.

Un facteur positif est la disponibilité du médecin militaire, qui est un argument motivant pour consulter pour 71,4 % de la population. Cette capacité à être disponible est en partie liée au fait d'être présent sur le lieu de travail. Néanmoins, il faut nuancer cette

notion car celle-ci est inconstante, du fait des multiples missions parallèles du médecin militaire (OPEX, formations, etc.). Cette notion de disponibilité est par ailleurs fondamentale pour de nombreux personnels comme en témoignent les 79 commentaires qui s'y rapportent. Les patients estiment la disponibilité du médecin civil globalement identique, avec 69,4 % de personnels la trouvant motivante, même si la densité médicale parisienne explique ce taux si important puisque le taux de satisfaction nationale est estimé à 53 % [30]. En comparant le ressenti des personnels ayant recours aussi bien au médecin militaire qu'au médecin civil sur leur disponibilité, ils estiment que celle-ci est similaire.

Dans ce contexte de disponibilité, nous pouvons légitimement nous demander quel avenir auraient les consultations en cas de délocalisation des services médicaux, afin de mutualiser les moyens, d'autant plus que la proximité géographique (définie par rapport au lieu de travail et/ou de résidence) est un facteur de motivation à consulter le médecin militaire pour 73 % des personnels (question 17), et de manière plus surprenante en ce qui concerne le médecin généraliste civil pour 77,7 % d'entre eux. Nous pouvons donc avancer l'hypothèse que la proximité du médecin civil par rapport à la résidence est un facteur faisant pencher la balance en sa faveur lors du choix du médecin à consulter. Si nous comparons ce phénomène au sein des patients ayant recours aux 2 types de praticien, il n'existe pas de différence flagrante.

47,7 % de la population interrogée envisagerait de se déplacer pour consulter le médecin militaire. Nous pouvons supposer que ce taux s'accroît avec les patients plus susceptibles d'être atteints de pathologies puisque la proportion de l'échantillon prêt à suivre le médecin militaire augmente avec l'âge et l'ancienneté de service et est plus importante chez les personnels ayant un suivi hospitalier. Ces patients suivraient ainsi probablement leur médecin traitant. C'est également le cas pour les personnels de l'armée de terre, population déjà plus fidèle au médecin militaire, mais aussi de l'armée de l'air. Ceci pourrait être expliqué du fait des spécificités de la médecine aéronautique et du retentissement des pathologies courantes sur les aptitudes du personnel navigant. Au total, ces 47,7 % sont approximativement similaires à la population prétendant avoir déjà recours au médecin traitant pour des soins, bien qu'il existe un biais de réponse dans la mesure où la question ne précisait pas le motif de consultation (soins ou

aptitude). La même question a été posée dans la thèse d'A. Bercher [7] où 39 % des répondants étaient prêts à se déplacer. Ce plus faible taux est probablement à mettre en relation avec des distances plus importantes dans la région Terre Nord-Est.

Parallèlement à ces potentielles délocalisations, nous avons voulu déterminer si les personnels continueraient à consulter en cas d'instauration d'une tarification à l'acte, mais dont seraient exclues toutes les visites obligatoires pour aptitude. Ainsi, 58,7 % de la population continuerait à consulter si un mode de paiement similaire à celui utilisé en pratique libérale venait à être mis en place. De manière logique, ce taux est plus important dans la population définie précédemment et ayant déjà recours au médecin militaire pour des soins que chez les jeunes engagés, notamment militaires du rang. De plus, concernant l'argument de la gratuité comme facteur de motivation à consulter le médecin d'unité, les résultats sont ambivalents, car même si cela reste un facteur de motivation pour une majorité de personnels (63,7 %), 36,3 % des personnels n'y accordent que peu d'importance, cette considération n'ayant même aucune importance pour 9,7 % d'entre eux, alors qu'au contraire elle apparaît pour 35,5 % des personnels comme un facteur très motivant. Il est donc probable qu'une tarification à l'acte n'entraînerait que peu de modifications dans les comportements de consultation, les personnels suivis par le médecin militaire continuant à le faire bien que nous puissions être un peu moins attractifs pour la frange de population préférant consulter le médecin civil, car à tarification identique, le patient irait spontanément vers le praticien lui semblant le plus adapté. Nous pouvons toutefois imaginer un effet insidieux sur la partie de l'échantillon consultant préférentiellement un médecin civil (et représentant tout de même 21,9 % de la population d'étude).

En outre, si délocalisation et tarification à l'acte étaient mises en place ensemble, nous observerions très probablement une nette perte d'attractivité auprès de tous les personnels partiellement convaincus par les médecins militaires. Dans ce contexte de redéfinition du SSA, nous ne reviendrons pas sur l'attrait qu'aurait l'instauration de consultations ouvertes aux familles, avec un intérêt pour celles-ci, mais également pour les praticiens militaires pour 2 raisons : cela permettrait de renouveler et de varier les pratiques médicales, comme c'est le cas dans les affectations outre-mer, d'une part, et d'autre part, cela renforcerait le lien de confiance entre le médecin et les militaires qu'il

soutient. Or, comme vu précédemment, la confiance semble être le nerf de la guerre en ce qui concerne l'attractivité.

Pour finir, nous tâcherons de définir le médecin militaire idéal par le biais des nombreux commentaires libres concernant les compétences qu'il se devrait soit d'avoir, soit d'acquérir au plus vite... Ainsi, le médecin d'unité « parfait » est perçu, sur le plan médical, comme un médecin généraliste compétent (46 commentaires), formé à l'urgence (20 commentaires) et aux spécificités médicales du monde militaire (19 commentaires dont notamment « être compétent de la bobologie à la médecine de guerre », la « connaissance des pathologies induites par le combat » et de la « psychologie du milieu militaire et ses retentissements »). Ces attentes répondent à la double activité médicale qui est une activité de consultation conventionnelle associée à celle, plus extrême, de la pratique de la médecine « préhospitalière » lors des exercices et des missions.

L'aspect militaire n'est pas en reste puisqu'il est nécessaire d'avoir une très bonne culture de l'institution (59 fois), avec un savoir-faire et un savoir-être appropriés à l'état de militaire (32 fois) et d'être opérationnel (28 fois), facilitant ainsi l'intégration à l'institution (en respectant le cadre et les traditions militaires) et la compréhension du milieu professionnel du patient.

En dehors de ces compétences purement professionnelles, nous avons déjà abordé la disponibilité et l'écoute auxquelles s'ajoutent le professionnalisme (48 fois), la rigueur (16 fois) et les capacités d'adaptation (16 fois). De manière plus anecdotique mais révélatrice des attentes des patients, ils attendent de leur médecin compréhension et empathie (11 fois), ouverture d'esprit (8 fois), intégrité (5 fois) et sang-froid (5 fois). Pour résumer, il faut pour le médecin combiner l'humanité du soignant avec un savoir-être propre à l'état de militaire, notamment de personnel encadrant.

Ajoutons à cela une pointe d'humour puisque, dans l'idéal, il faudrait être un personnel féminin « jeune et jolie ».

Conclusion

La population militaire bénéficie d'un suivi médical régulier et obligatoire dans le cadre de visites d'aptitude, réalisées par un médecin des armées. Il a une double mission associant expertise et soins au profit de la communauté de défense, il possède les qualifications nécessaires à la pratique de la médecine générale et du rôle de médecin traitant. Compte tenu du libre choix du médecin traitant et de la législation faisant du médecin d'unité le médecin traitant par défaut des militaires, les personnels des Armées sont donc en mesure d'avoir recours à deux praticiens, l'un civil et l'autre militaire, chacun ayant ses spécificités et son attractivité. Cette étude s'est donc attachée à définir et à quantifier les différents comportements de consultation dans ce contexte de consultation bicéphale mais aussi, et de manière originale, à expliquer les déterminants et motivations à l'origine du choix d'un praticien généraliste, civil ou militaire. Une large part de ce travail est également dédiée à la perception des patients de l'intrication entre soins et expertise, ainsi qu'à préciser leurs attentes concernant le rôle du médecin d'unité.

Si le choix de la méthodologie nous a paru approprié afin de recueillir des réponses de qualité avec une faisabilité raisonnable, il s'avère que de nombreux biais de sélection en résultent. En effet, l'échantillon étudié n'est pas représentatif de la population militaire française : il est plus âgé et plus gradé, avec des disparités concernant la répartition entre les armées ; c'est une population d'état-major. Nos résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des personnels militaires, mais reflètent certaines tendances, compatibles avec des travaux antérieurs.

Dans cette étude, 69,9 % de la population ont déclaré un médecin traitant civil. Néanmoins, 38,2 % prétendent avoir recours au médecin militaire pour des consultations de soins qu'il s'agisse de consultations courantes (38,2 %) ou en urgence (38,2 %). Ce taux peut être ajusté en tenant compte du nombre de personnels ayant effectivement consulté au service médical d'unité au cours de l'année écoulée, à savoir 44,1 %. Il est probablement sous-estimé puisqu'il ne prend pas en compte les visites d'aptitude imposées mais s'accompagnant fréquemment d'une consultation de soin.

Par ailleurs, 65,6 % des répondants estiment que le médecin d'unité devrait jouer le rôle de médecin traitant.

En fonction des motifs de consultation du médecin civil ou militaire, nous avons pu déterminer plusieurs grandes tendances dans les comportements de consultation telles que 18 % des personnels ont recours principalement au médecin militaire, 34,8 % n'hésitant pas à le consulter selon les opportunités (recours préférentiel au médecin civil ou indifférencié entre les deux praticiens) et 41,9 % évitant de le consulter ou alors uniquement dans le cadre des accidents de service, probablement pour des raisons médico-administratives. En pratique et sur l'année écoulée, 20,2 % des personnels ont privilégié le médecin militaire, 23,1 % ont consulté selon les opportunités et 33 % n'ont eu recours qu'au médecin civil.

La population ayant recours au médecin militaire est principalement composée de personnels gradés, augmentant avec l'ancienneté de service et la réalisation d'OPEX. Il s'agit de militaires connaissant nos compétences et capacités. Le principal argument avancé pour expliquer ce recours est la connaissance du milieu de travail, motivant pour 86,7 % de la population. Son champ de compétences (motivant 85 % de la population) et sa capacité d'écoute (78,5 %) sont également des facteurs motivants. 18,6 % de la population trouvent le médecin civil plus compétent, bien que ces compétences médicales soient jugées similaires par les patients ayant recours aux deux praticiens. Enfin, la disponibilité du plateau technique est appréciée de 76,5 % de l'échantillon. Le fait que le médecin civil soit le médecin de famille incite 78,3 % de notre population à avoir recours à ses soins alors que 49,4 % recommanderaient le médecin militaire comme médecin de famille. Ceci permet de discuter l'ouverture des consultations aux familles de militaires afin d'augmenter notre attractivité.

Parallèlement, il existe une population défiante vis-à-vis du médecin d'unité, composée principalement de militaires du rang dans l'institution depuis moins de 5 ans. Ce manque de confiance semble résulter d'une profonde méconnaissance des compétences et capacités du médecin militaire, probablement par manque d'information concernant notre cursus. Celle-ci est associée à une certaine méfiance, non pas à cause du poids de la hiérarchie, mais de l'intrication des rôles de soignant, d'expert et de conseiller du

commandement. Cette même catégorie de population estime que le médecin militaire n'est qu'un médecin d'expertise (34,8 % des militaires du rang ; 33,2 % des engagés de moins de 5 ans) et que la VSA ne permet que de déterminer une aptitude (50,8 % des soldats). Dans ce contexte, nous pourrions remarquer les 40 % de dissimulation volontaire avouée par les militaires du rang lors des VSA, rappelant la nécessité d'être vigilant au cours de ce type de consultation. Mais ce phénomène n'est probablement pas uniquement lié à l'aptitude. Si le rôle de conseiller du commandement dérange 21,8 % des militaires du rang, c'est par crainte du non-respect du secret médical puisque pour 14,9 % de la population, celui-ci n'est pas respecté en milieu militaire et 18,6 % hésitent à se confier par crainte d'un manque de confidentialité, principalement lié à la crainte de communication avec l'encadrement hiérarchique. Cette population est similaire à celle circonspecte vis-à-vis du médecin d'unité. Le manque de discrétion des personnels paramédicaux est également fréquemment cité. Il semble donc exister un amalgame entre secret médical, secret professionnel et ingérence de l'encadrement auprès des patients. Celui-ci est majoré par l'ignorance des personnels concernant la nature des informations transmises au commandement, relatives aux aptitudes et sans éléments de nature médicale.

Au contraire, les catégories de personnels ayant recours au médecin militaire pour des soins et définies précédemment sont opposées à cette conception du rôle exclusif d'expert du médecin militaire et pour 80,8 % de l'échantillon étudié, la mission d'expertise peut, voire doit coexister avec la médecine de soins. Par ailleurs, les militaires qui ont recours au médecin d'unité pour des soins prétendent continuer à consulter en cas de délocalisation de l'infirmerie ou d'instauration du paiement à l'acte.

Pour les militaires, le médecin d'unité doit être principalement un médecin généraliste compétent, formé aux spécificités médicales du monde militaire et à l'urgence. Il doit allier l'humanité du soignant avec un savoir-être propre à l'état de militaire et en rapport avec son statut d'officier, ce qui nécessite un investissement important vis-à-vis de l'institution et de solides connaissances du monde militaire.

Au total, nous retiendrons qu'il apparaît fondamental de communiquer sur les compétences et capacités du service médical dans son ensemble, principalement auprès des jeunes militaires, afin de lever une part du mythe faisant du médecin militaire un mauvais médecin et définissant la VSA comme une sanction. Préalablement à ce travail de sensibilisation, il semblerait judicieux de le compléter par une évaluation plus poussée des connaissances et du ressenti de ces jeunes militaires par rapport au SSA.

Bibliographie

[1] Instruction ministérielle n° 1700/DEF/DCSSA/AST/AS relative au suivi et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire ; 28 janvier 2002 (modifiée 19 juillet 2007).

[2] DCSSA. Mémento du médecin d'unité formant corps armée de terre, armée de l'air, marine, gendarmerie ; 2000.

[3] Décret n° 2005-1441 relatif aux soins du Service de Santé des Armées ; 22 novembre 2005.

[4] COMBLET J. Attentes des patients militaires envers leurs médecins d'unité en termes d'offre de soins. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris Descartes ; 2011, 125 p.

[5] Décret n° 2005-783 pris pour l'application de l'article 11 de la loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires et modifiant le Code de la sécurité sociale ; 12 juillet 2005.

[6] MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel de la République Française ; 11 février 2005 ; texte 4 sur 131.

[7] BERCHER A. Perception par les militaires de leur médecin d'unité. Etude transversale descriptive dans la région Terre Nord-Est. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Henri Poincaré (Nancy) ; 2010, 160 p.

[8] MINISTERE DE LA DEFENSE. Annuaire statistique de la Défense 2010/2011 ; 2011.

[9] CONSEIL DE MODERNISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES. Partie I. Décisions du CMPP du 4 avril 2008. La modernisation du ministère de la Défense. *In* : CONSEIL DE MODERNISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES. La révision générale des politiques publiques ; 2008.

[10] DCSSA. Instruction n° 0952/DEF/DCSSA/OSP/ORG relative à l'organisation et au fonctionnement des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées ; 29 mars 2011.

[11] Instruction ministérielle n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir ; 1^{er} octobre 2003 (modifiée 8 février 2008).

[12] Article 27 de la loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 relative au statut général des militaires ; 2005.

[13] Instruction ministérielle n° 5140/DEF/CSM/EPS/S/C - 655/DEF/DCSSA/AST/AS ; 18 mars 1994.

[14] DCSSA. Aptitude médicale et forces armées. Rapport d'évaluation et de prospection de la fonction santé. Rapport préliminaire sur l'expertise médicale au sein des forces armées ; 2011, 139 p.

[15] Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées ; 2008.

[16] ETAT-MAJOR DES ARMEES. Instruction n° 126 /DEF/EMA/EMP.3/NP relative au contrôle de la condition physique du militaire ; 25 janvier 2007.

[17] Article R. 4127-105 du Code de la santé publique.

[18] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; 2002.

[19] AGUZZOLI F., ALIGON A., COM-RUELLE L. Choisir d'avoir un médecin référent : une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998. CREDES, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé. Questions d'économie de la santé. 1999 ; n° 23 : 4 p.

[20] AUBERT LE GRIMELLE D. La réforme du médecin traitant : opinions des patients franciliens. Enquête postale effectuée auprès de 110 patients des départements de Paris, de l'Essonne et de Seine-Saint-Denis. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris Descartes ; 2009, 199 p.

[21] ASSURANCE MALADIE. Le médecin traitant adopté par une majorité des Français favorise la prévention. Point d'information de l'Assurance Maladie ; 22 janvier 2009.

[22] RAYNAUD D. Les déterminants individuels des dépenses de santé. DREES, Direction de la recherche des études de l'évaluation statistique. Etudes et Résultats. 2002 ; n° 182 : 8 p.

[23] DOURGNON P., GUILLAUME S., NAIDITCH M. *et al.* Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Questions d'économie de la santé. 2007 ; n° 14 : 4 p.

[24] DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTERE DE LA DEFENSE. Les militaires et leur famille ; juin 2010.

[25] BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Sondage BVA ; 2008.

[26] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2011 ; 2011.

[27] AUDOUAL T. Perception par les militaires et image du médecin d'unité. Mémoire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2007.

- [28] COULTER A. Patient's views of the good doctor. *BMJ*. 2002 ; 325 : 668-9.
- [29] ROUY, D. POUCHAIN J.-L. Relation médecin-malade et médecine générale. *In : La relation médecin-malade*. Elsevier ; 2004, p. 37-53.
- [30] Les Français estiment leur médecin. *Le Figaro Magazine* ; 2008.
- [31] MOREAU A., DEDIANNE M.-C., SARRASSAT L. *et al.* Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *La revue du praticien Médecine générale* ; 2004 ; 39 : 674-5.
- [32] BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Sondage BVA ; 2008.
- [33] LAPLANTE A. L'écoute en médecine générale. L'adaptation à la médecine générale de techniques d'apprentissage de l'écoute importées d'autres domaines. Thèse de médecine, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI ; 2011, n° 2011PA06G008, 101 p.
- [34] CARMOI T. Le médecin idéal : le point de vue des patients. Mémoire de pédagogie médicale, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI ; 2010, 13 p.
- [35] WILLIAMS S., WEINMAN J., DALE J. *et al.* Patient expectations : what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction ? *Fam Pract*. 1995 ; 12 : 7193-201.
- [36] TATE P. Quelques vérités utiles à rappeler. *In : Soigner (aussi) sa communication*. Bruxelles : De Boeck ; 2005, p. 1-9.
- [37] SOCIETE FRANCAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE DE L'UNAFORMEC. Adapter la consultation aux besoins actuels : durée ou style ? *Bibliomed, les analyses du centre de documentation de l'Unaformec*. 2010 ; 582.
[en ligne]
www.unaformec.org/publications/bibliomed/582_Duree_de_la_consultation.pdf
(consulté le 29 juin 2012).

Annexes

I. Annexe 1 : certificat médico-administratif n° 620-4*/1

MINISTERE DE LA DEFENSE.

Service de santé des armées.

Imprimé n° 620-4*/1.

Instruction n° 1700/DEF/DCSSA/
AST/AS du 28 janvier 2002,
modifiée.

Format : 21 × 29,7.

CERTIFICAT MEDICO-ADMINISTRATIF D'APTITUDE (durée de validité un an sauf mention contraire).

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Grade :

Spécialité ou qualification :

Identifiant :

Adressé par (grade, nom, fonction de l'autorité militaire qui fait visiter le porteur du certificat) :

En vue de contrôler ou de déterminer (cocher les cases utiles) :

	Conclusion médicale.	Durée de validité si inférieure à un an.
<input type="checkbox"/> Aptitude générale au service.		
<input type="checkbox"/> Aptitude au service à la mer.		
<input type="checkbox"/> Aptitude à la spécialité de		
<input type="checkbox"/> Aptitude aux opérations extérieures et missions de courte durée OM.		
<input type="checkbox"/> Aptitude à une affectation outre-mer.		
<input type="checkbox"/> Aptitude TAP.		
<input type="checkbox"/> Aptitude à l'emploi de conducteur <input type="checkbox"/> VL <input type="checkbox"/> PL SPL et TC.		
<input type="checkbox"/> Aptitude COVAPI, catégorisation médico-physiologique.		
<input type="checkbox"/> Aptitude SOC ou corps des officiers mariniers de maistrance.		
<input type="checkbox"/> Aptitude au renouvellement de contrat.		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Restrictions d'emploi (en clair) :

Conclusion : l'intéressé est jugé (cocher la case utile) :

- Apte à servir et à faire campagne en tous lieux et sans restrictions.
 Apte à servir avec restrictions d'emploi.
 Apte à servir par dérogation (référence/date).
 Inapte définitif à servir.

A

, le

J

M

A

Nom, prénom, grade, fonction,
unité d'affectation
et signature du médecin examinateur.

Numéro ADELI.

II. Annexe 2 : formulaire n° S 3704

cerfa
N° 12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

L'assuré(e)	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
n° d'immatriculation	<input type="text"/>
le bénéficiaire	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
date de naissance	<input type="text"/>
adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

identification de la structure

et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	nom et prénom du médecin traitant
	nom <input type="text"/>
	prénom <input type="text"/>
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)	identifiant <input type="text"/>
<input type="text"/>	

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

Le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)	médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
signature(s) <input type="text"/>	signature <input type="text"/>

déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie¹, que chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par cette démarche. Vous n'avez donc pas de formulaire à remplir pour eux.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un spécialiste en ville. Il peut aussi exercer à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

A l'occasion d'une consultation, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

Dans la rubrique "*identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro d'immatriculation et dans la zone "*le bénéficiaire*", votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, enfant âgé de 16 ans ou plus ou autre personne à charge - écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", les nom, prénom et numéro d'immatriculation de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "*le bénéficiaire*", vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

Dans la rubrique "*identification du médecin traitant*", **le médecin** appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et **indique son numéro d'identification professionnel** dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration. Dans le cas où le bénéficiaire est mineur (16 à 18 ans), il est nécessaire que l'un des deux parents signe également cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

(1) Loi n°2004-810 du 13 août 2004

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier..."

III. Annexe 3 : auto-questionnaire utilisé pour cette étude

Questionnaire concernant votre perception de la médecine d'unité

Consigne : merci de bien vouloir nous accorder quelques minutes afin de nous donner votre avis sur ce que vous pensez des services médicaux d'unité. Veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à votre cas ou à votre avis. **Ce questionnaire est strictement anonyme.**

1. RENSEIGNEMENTS BIOGRAPHIQUES

1. Vous êtes : un homme une femme
2. Votre âge : < 25 ans 25-40 ans 40-50 ans > 50 ans
3. Votre grade : Soldat CPL/CCH SGT/SCH ADJ/ADC/Major
Officier Civil de la Défense
4. Votre Armée : Armée de Terre Armée de l'Air Marine
Gendarmerie Nationale Autre
5. Votre statut : engagé volontaire sous contrat de carrière
6. Votre ancienneté de service : < 5 ans 5-10 ans 10-15 ans > 15 ans
7. Situation familiale : célibataire séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)
marié(e)/vivant maritalement si oui, célibataire géographique
8. Vous êtes atteint(e) de pathologie(s) chronique(s) (maladie nécessitant un suivi médical et/ou un traitement : trouble du cholestérol, hypertension artérielle...) : oui non
9. Vous êtes atteint(e) de pathologie(s) liée(s) au service ou requérant un suivi médical militaire pour des raisons d'aptitude : oui non
10. Vous avez un médecin traitant civil (médecin de famille) : oui non
11. Vous avez un suivi régulier en milieu hospitalier (civil ou HIA) : oui non

2. CONSULTATIONS DU MÉDECIN MILITAIRE HORS VISITES OBLIGATOIRES

Motifs de consultation du médecin militaire

Vous consultez le médecin d'unité pour :

12. Les consultations en urgence : oui non
13. Les accidents de service : oui non
14. Les consultations courantes : suivi de pathologies chroniques,
maladie aiguë non urgente (grippe, douleur articulaire...) : oui non

Motivations pour consulter un médecin militaire

Sur une échelle de 1 à 4 où **1 = démotivant, 2 = peu motivant, 3 = motivant, 4 = très motivant**

Vous consultez le médecin d'unité parce qu'il est :

15. Disponible : 1 2 3 4

16. Compétent : 1 2 3 4
17. Géographiquement proche de votre lieu de travail ou de résidence : 1 2 3 4
18. Pour sa capacité d'écoute : 1 2 3 4
19. Pour sa connaissance de votre environnement professionnel : 1 2 3 4
20. Pour le plateau technique à disposition (personnels infirmiers, réalisation de soins tels que suture, plâtre, pansement, délivrance de médicaments si besoin...) : 1 2 3 4
21. Pour la gratuité de la consultation : 1 2 3 4
22. Formé à la pathologie tropicale : 1 2 3 4
23. Formé à la médecine d'urgence : 1 2 3 4
24. Si possible, vous recommanderiez le médecin d'unité comme médecin de famille : oui non

3. CONSULTATIONS DU MÉDECIN CIVIL

Motifs de consultation du médecin civil

Vous consultez préférentiellement un médecin généraliste civil pour :

25. Les consultations en urgence : oui non
26. Les accidents de service : oui non
27. Les consultations courantes : oui non

Motivations pour consulter un médecin civil

Sur une échelle de 1 à 4 où **1 = démotivant, 2 = peu motivant, 3 = motivant, 4 = très motivant**

Vous consultez un médecin généraliste civil parce qu'il est :

28. Disponible : 1 2 3 4
29. Compétent : 1 2 3 4
30. Pour sa capacité d'écoute : 1 2 3 4
31. Géographiquement proche de votre lieu de travail ou de résidence : 1 2 3 4
32. Parce qu'il s'agit de votre médecin de famille : 1 2 3 4
33. Parce qu'il offre selon vous un meilleur suivi : 1 2 3 4
34. Parce qu'il n'a aucun lien avec l'institution militaire : 1 2 3 4

35. Estimez-vous **le médecin civil plus compétent** que le médecin militaire ? oui non

4. POUR VOUS, LE MÉDECIN D'UNITÉ, C'EST...

Vision du rôle du médecin militaire

Le médecin militaire :

36. Est un médecin d'expertise uniquement : oui non
37. Doit être en mesure de vous recevoir en urgence si besoin : oui non
38. Doit jouer le rôle de médecin généraliste/médecin traitant : oui non

Ressenti concernant les prestations du SSA

39. Êtes-vous satisfait(e) de la qualité des soins ? oui non
40. Le fait que le médecin militaire ait participé à des OPEX est-il un point positif ? oui non

41. Le fait que le médecin militaire soit formé à l'urgence est-il un point positif ? oui non
42. Vous connaissez les possibilités de prise en charge de l'antenne médicale (administration de traitement en urgence, perfusion, évacuation en ambulance, surveillance plusieurs heures au sein de l'infirmierie, réalisation de plâtres, prises de sang, pansements...) : oui non
43. Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, le médecin d'unité est le médecin traitant par défaut du militaire : vrai faux
44. L'absence de "culture militaire" du médecin civil est-elle, selon vous, un handicap lors de sa prise en charge du personnel militaire ? oui non

Concernant l'expertise

45. Les visites systématiques sont utiles (VSA, visites avant départ OPEX/OM/MCD...) : oui non
46. Les conseils donnés au cours des VSA sont utiles (alimentation, sport, étirements...) : oui non
47. Les décisions prises au cours des visites d'aptitude sont justes : oui non
48. En cas de litige concernant l'aptitude, il existe des voies de recours, de dérogations et d'adaptation de poste : vrai faux
49. La VSA **ne sert qu'à déterminer** une aptitude : oui non
50. La VSA permet de faire le point sur votre état de santé, en plus de déterminer votre aptitude : oui non

51. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté :
 Un médecin généraliste civil : _____
 Un médecin militaire (hors visites obligatoires) : _____

52. **Vous pensez qu'un médecin peut s'occuper à la fois de médecine de soins et de médecine d'expertise** : oui non
53. Vous omettez volontairement de parler de vos éventuels problèmes suivis dans le civil au médecin militaire par crainte de répercussion sur l'aptitude : oui non

Concernant le secret médical

54. Hésitez-vous à dire des choses à votre médecin d'unité de peur que la confidentialité (vis-à-vis du commandement) ne soit pas respectée ? oui non
55. Avez-vous le sentiment que le secret médical est respecté ? oui non
56. Si non, c'est parce que (plusieurs réponses possibles) :
- Manque de discrétion des médecins
 - Manque de discrétion des personnels paramédicaux
 - Configuration des locaux
 - Autre Si autre, pourquoi :
57. Il existe une rupture du secret médical autorisée dans le cadre de prise en charge de santé publique (dépistage tuberculose, dépistage coqueluche) : vrai faux

Concernant la relation médecin-malade

58. Voyez-vous le médecin militaire comme un médecin ? oui non

IV. Annexe 4 : questionnaire test

Questionnaire concernant votre perception de la médecine d'unité

Consigne : Nous vous remercions de bien vouloir nous accorder quelques minutes afin de nous donner votre avis sur ce que vous pensez des services médicaux d'unité. Veuillez, s'il vous plaît, répondre à l'ensemble des questions suivantes en cochant la case qui correspond à votre cas ou le mieux à votre avis. Ce questionnaire est strictement anonyme.

1. RENSEIGNEMENTS BIOGRAPHIQUES

1. Vous êtes : un homme une femme
2. Votre âge : < 25 ans 25-40 ans 40-50 ans > 50 ans
3. Votre grade : Soldat CPL/CCH SGT/SCH ADJ/ADC/Major
Officier Civil de la Défense
4. Votre Armée : Armée de Terre Armée de l'Air Marine
Gendarmerie Nationale Autre
5. Votre statut : engagé volontaire sous contrat de carrière
6. Votre ancienneté de service : < 5 ans 5-10 ans 10-15 ans > 15 ans
7. Situation familiale : célibataire séparé/divorcé/veuf(ve)
marié(e)/vivant maritalement si oui, célibataire géographique
8. Vous êtes atteint de pathologie(s) chronique(s) (maladie nécessitant un suivi médical et/ou un traitement : trouble du cholestérol, hypertension artérielle...) : oui non
9. Vous êtes atteint de pathologie(s) liée(s) au service ou requérant un suivi médical militaire pour des raisons d'aptitude : oui non
10. Vous avez un médecin traitant civil (médecin de famille) : oui non
11. Vous avez un suivi régulier en milieu hospitalier (civil ou HIA) : oui non

2. CONSULTATIONS DU MÉDECIN MILITAIRE (HORS VSA)

Motifs de consultation du médecin militaire

Vous consultez le médecin d'unité pour :

12. Les consultations en urgences : oui non
13. Les accidents de services : oui non
14. Les consultations courantes : suivi de pathologies chroniques, maladie aiguë non urgente (grippe, douleur articulaire...) : oui non

Motivations pour consulter un médecin militaire

Sur une échelle de 1 à 4 où 1 = démotivant, 2 = peu motivant, 3 = motivant, 4 = très motivant

Vous consultez le médecin d'unité parce qu'il est :

15. Disponible : 1 2 3 4
16. Compétent : 1 2 3 4

17. Géographiquement proche de votre lieu de travail ou de résidence : 1 2 3 4
18. Pour sa capacité d'écoute : 1 2 3 4
19. Pour sa connaissance de votre environnement professionnel : 1 2 3 4
20. Pour le plateau technique à disposition (personnels infirmiers, réalisation de soins tels que suture, plâtre, pansement, délivrance de médicaments si besoin...) : 1 2 3 4
21. Pour la gratuité de la consultation : 1 2 3 4
22. Formé à la pathologie tropicale : 1 2 3 4
23. Formé à la médecine d'urgence : 1 2 3 4
24. Si possible, vous recommanderiez le médecin d'unité comme médecin de famille : oui non

3. CONSULTATIONS DU MÉDECIN CIVIL

Motifs de consultation du médecin civil

Vous consultez préférentiellement un médecin généraliste civil pour :

25. Les consultations en urgences : oui non
26. Les accidents de services : oui non
27. Les consultations courantes : oui non

Motivations pour consulter un médecin civil

Sur une échelle de 1 à 4 où 1 = démotivant, 2 = peu motivant, 3 = motivant, 4 = très motivant

Vous consultez un médecin généraliste civil parce qu'il est :

28. Disponible : 1 2 3 4
29. Compétent : 1 2 3 4
30. Pour sa capacité d'écoute : 1 2 3 4
31. Géographiquement proche de votre lieu de travail ou de résidence : 1 2 3 4
32. Parce qu'il s'agit de votre médecin de famille : 1 2 3 4
33. Parce qu'il offre selon vous un meilleur suivi : 1 2 3 4
34. Parce qu'il n'a aucun lien avec l'institution militaire : 1 2 3 4

35. Estimez-vous le médecin civil plus compétent que le médecin militaire : oui non

4. POUR VOUS, LE MÉDECIN D'UNITÉ, C'EST...

Vision du rôle du médecin militaire

Le médecin militaire :

36. Est un médecin d'expertise uniquement : oui non
37. Doit être en mesure de vous recevoir en urgence si besoin : oui non
38. Doit jouer le rôle de médecin généraliste / médecin traitant : oui non

Ressenti concernant les prestations du SSA

39. Etes-vous satisfaits de la qualité des soins : oui non
40. Le fait que le médecin militaire ait participé à des OPEX est-il un point positif : oui non
41. Le fait que le médecin militaire soit formé à l'urgence est-il un point positif : oui non

42. Vous connaissez les possibilité de prise en charge de l'antenne médicale (administration de traitement en urgence, perfusion, évacuation en ambulance, surveillance plusieurs heures au sein de l'infirmerie, réalisation de plâtres, prises de sang, pansements...) : oui non
43. Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, le médecin d'unité est le médecin traitant par défaut du militaire vrai faux
44. L'absence de "culture militaire" du médecin civil est, selon vous, un handicap lors de sa prise en charge du personnel militaire : oui non

Concernant l'expertise :

45. Les visites systématiques sont utiles (VSA, visites avant départ OPEX/OM/MCD...) : oui non
46. Les conseils donnés au cours des VSA sont utiles (alimentation, sport, étirements...) : oui non
47. Les décisions prises au cours des visites d'aptitude sont justes : oui non
48. En cas de litige concernant l'aptitude, il existe des voies de recours, de dérogations et d'adaptation de poste : vrai faux
49. La VSA **ne sert qu'à déterminer** une aptitude : oui non
50. La VSA permet de faire le point sur votre état de santé, en plus de déterminer votre aptitude : oui non
51. Au cours de l'année écoulée, si vous n'aviez pas fait de VSA, auriez vous consulter un médecin : oui non
52. Vous pensez qu'un médecin ne peut s'occuper à la fois de médecine de soins et de médecine d'expertise : oui non
53. Vous omettez volontairement de parler de vos éventuels problèmes suivis dans le civil au médecin militaire par crainte de répercussion sur l'aptitude : oui non

Concernant le secret médical :

54. Hésitez-vous à dire des choses à votre médecin d'unité de peur que la confidentialité (vis-à-vis du commandement) ne soit pas respectée ? oui non
55. Avez vous le sentiment que le secret médical est respecté ? oui non
56. Si non, c'est parce que (plusieurs réponses possibles) :
- Manque de discrétion des médecins
 - Manque de discrétion des personnels paramédicaux
 - Configuration des locaux
 - Autre Si autre, pourquoi :

57. Il existe une rupture du secret médical autorisée dans le cadre de prise en charge de santé publique (dépistage tuberculose, dépistage coqueluche) vrai faux

Concernant la relation médecin-malade :

58. Voyez-vous le médecin militaire comme un médecin : oui non
59. Voyez vous le médecin militaire comme un officier : oui non
60. Le rapport hiérarchique dû au grade du médecin est-il gênant : oui non
61. La fonction du médecin de conseiller au commandement est-elle gênante : oui non

V. Annexe 5 : questionnaire « Le Service de Santé des Armées et

VOUS »

CMA de Paris Ecole-Militaire

Antenne de.....

LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES ET VOUS

(Ce questionnaire à pour but de savoir ce que vous attendez du service de santé des armées)

(Entourez vos réponses)

STATUT	MILITAIRE					CIVIL DE LA DEFENSE	FAMILLE DE MILITAIRES	ANCIEN MILITAIRE	AUTRE
	Terre	Air	Mer	Gendarmere	Inter-armées				
DOMICILE FAMILIAL	A moins d'1 H de l'unité					A plus d'1 H de l'unité			
MEDECIN TRAITANT	Médecin militaire		Médecin de famille			Autre		Pas de médecin traitant	
CARTE VITALE	En votre possession					Détenue par votre famille			

Vous consultez un médecin	Souvent	De temps en temps	Rarement
Vous consultez un médecin militaire	Par confiance	Par commodité	Par nécessité
Vous consultez un médecin civil	Par confiance	Par commodité	Par nécessité
Quel médecin choisiriez vous pour traiter les situations suivantes ? :	Médecin traitant	Médecin militaire	Indifférent
Pathologies bénignes	OUI	OUI	OUI
Pathologies au long cours avec suivi spécialisé	OUI	OUI	OUI
Pathologies pouvant avoir des conséquences sur votre aptitude	OUI	OUI	OUI
Pathologies pouvant avoir des conséquences sur votre espérance de vie	OUI	OUI	OUI
Certificats médicaux	OUI	OUI	OUI

Hors contexte opérationnel, le médecin militaire est-il pour vous prioritairement	Un médecin soignant	Un médecin du travail	
Le cumul de ces deux fonctions vous paraît-il	Un point positif	Un point négatif	
La VSA est-elle pour vous	Un bilan de santé	Un bilan d'aptitude	Une source d'ennuis
Au cours d'une consultation, le Médecin militaire vous propose une prise en charge spécialisée en hôpital militaire.	Vous acceptez : Par confiance Par commodité Par nécessité	Vous préférerez une prise en charge en milieu civil : Par confiance Par commodité Par nécessité	Vous demandez conseil auprès de votre médecin traitant

Etes vous déjà allé dans un hôpital militaire ?	En consultation	En hospitalisation	Jamais
Quelle est votre une opinion sur :			
Les délais de rendez-vous	positive	negative	Indifférente
L'accueil	positive	negative	Indifférente
Les soins	positive	negative	Indifférente
L'hébergement	positive	negative	Indifférente
A quelles spécialités aimeriez vous pouvoir accéder facilement ?	CARDIOLOGIE PNEUMO-ALLERGOLOGIE GASTRO-ENTEROLOGIE DERMATOLOGIE RHUMATOLOGIE PSYCHIATRIE ORTHOPEDIE KINESITHERAPIE GYNECOLOGIE OPHTALMOLOGIE OTORHINOLARYNGOLOGIE DENTISTE RADIO-ECHO-SCANNER-IRM AUTRE.....		

COMMENTAIRES

(vous pouvez développer au verso les raisons qui vous font préférer le recours aux soins en milieu civil ou en milieu militaire)

VI. Annexe 6 : commentaires relatifs au non-respect du secret médical

Les commentaires sont rapportés tels que mentionnés dans les questionnaires, hormis une correction orthographique. Ils sont précédés du numéro d'identification du questionnaire dont ils sont issus.

1_002 : certains sujets doivent être rapportés à la hiérarchie du patient

1_011 : réunion commandement

2_024 : pression commandement

2_036 : pression commandement

2_041 : pas de suivi avec un médecin spécifique et manque de confiance envers l'inconnu

3_007 : obligation d'en référer à l'institution dans certains cas

3_037 : enceinte militaire

4_017 : chaîne d'information secrétariat-unité

4_037 : interaction avec l'aptitude au profit d'un autre personnel

4_048 : communication avec le commandement

4_073 : cahier de suivi

1_076 : communication entre les personnels du service médical et manque de formation des plus jeunes

5_019 : cahier d'évènements signé en consultation

5_036 : compte rendu hiérarchique

1_197 : poids du commandement

1_220 : turn-over médecins, accès au dossier

5_173 : pression commandant d'unité pour connaître les vrais inaptes

5_211 : compte rendu hiérarchie

5_221 : pression du commandement

2_049 : système militaire

2_055 : l'armée est une grande famille où tout se sait...

VII. Annexe 7 : commentaires libres (question 62)

Les commentaires sont rapportés tels que mentionnés dans les questionnaires, hormis une correction orthographique. Ils sont précédés du numéro d'identification du questionnaire dont ils sont issus.

1_002 : connaissance du corps humain, des risques liés à la fonction, adaptation à tous les milieux

1_004 : compétences de médecine générale, compétences urgence, sérieux, rigueur, capacité d'écoute, esprit militaire, discernement

1_008 : compétences médicales, aptitude physique et sportive, exemplarité (pas de tabac, sport), écoute, compréhension de l'engagement opérationnel, relativiser certaines inaptitudes

1_010 : écoute, disponibilité, rigueur, exigence par rapport aux spécificités militaires

1_012 : franchise, contact, proximité

1_014 : aptitude à l'urgence en OPEX

1_015 : disponible et compétent

1_016 : opérationnel et disponible pour les urgences, discernement des abus de certains personnels

1_017 : disponibilité, connaissance des différentes fonctions des militaires

1_018 : avoir envie de soigner

1_024 : appui commandement, compétence, confidentialité

1_025 : dispo, dynamique, les mêmes que pour médecin civil

1_026 : connaissance du milieu militaire et OPEX, compréhension des contraintes du métier, se comporter en officier

1_028 : expertise, écoute

1_029 : service de l'Etat, disponibilité OPEX, capacité à faire évoluer ses pratiques

1_031 : compétences médicales, médecine tropicale, OPEX, écoute, conseils médicaux pertinents

1_032 : écoute, compétence technique, connaissance du milieu militaire

1_033 : connaissance des spécificités du milieu militaire et connaissance des aptitudes OPEX

1_034 : médecin et militaire

1_040 : écoute, empathie, compétences techniques, dissociation des fonctions de soins et conseil au commandement

1_041 : compétence médicale, écoute, savoir se placer en conseiller du commandement

1_042 : efficacité, communication, discrétion

1_043 : efficacité, discrétion

1_044 : disponible, urgence, OPEX

1_047 : médecin avant tout, le fait de connaître le milieu militaire est un plus

1_048 : les mêmes que le médecin civil

1_049 : connaissance du milieu militaire et de ses contraintes

1_051 : compétences militaires et médicales avérées

1_052 : militaire

1_055 : compétences techniques, rigueur, dispo, écoute, psychologie

1_057 : écoute, urgence, bons conseils

1_058 : disponible, écoute, professionnalisme

1_059 : écoute, disponible, compétences professionnelles

1_061 : MSF et compétences militaires

1_062 : connaissances liées au métier de militaire

1_066 : adaptabilité à la population soignée (opérationnelle vs état-major), connaissance des conditions de travail

1_067 : polyvalence et disponibilité

1_068 : connaissance du métier des armes et des OPEX

1_069 : motivation et compétence

1_070 : formation aux particularités militaires, écoute et suivi

1_071 : être compétent et avoir un comportement d'officier

1_073 : compétent, discret et agréable

1_076 : idem médecin traitant, aller au contact des hommes, être responsable et discret

1_077 : jeune et jolie

1_082 : idem civil, compétence d'expertise, d'urgence et écoute

1_083 : aucune en dehors des compétences médicales

1_084 : qualités humaines, résistance au stress importante

1_085 : ouverture, disponibilité, sang froid, projetable

1_086 : connaissance du milieu militaire et de ses contraintes

1_088 : savoir-faire, expertise du milieu militaire, motivation, adaptabilité (horaire, terrain, projection)

1_089 : disponibilité pour terrain et OPEX

1_090 : disponibilité, compétence, écoute

1_091 : autorité, écoute, sens du commandement et de l'organisation, capacité d'adaptation, réactivité, connaissance des armées, humanité

1_093 : formation médicale et militaire

1_094 : compétences professionnelles, écoute

1_096 : écoute et calme

1_097 : idem civil

1_098 : disponibilité, expérience OPEX

1_100 : culture militaire et compétences médicales

1_101 : connaissance des spécificités liées au milieu militaire, compétences en médecine tropicale

1_102 : compétence, écoute, soins adaptés à la spécificité du militaire

1_104 : compétences médicales, confiance, proche des patients

1_114 : disponible, honnête, bonnes relations avec le commandement, objectif, souple

1_117 : compétences médicales et opérationnelles

1_121 : écoute

1_125 : connaissances du milieu militaire en métropole et en OPEX, lucidité face à l'absentéisme pour cause médicale, courage et capacité à remettre en cause les arrêts de travail abusifs d'un médecin civil

1_127 : vocation médicale et motivation militaire

1_128 : connaissances médicales, du milieu militaire et écoute

1_132 : urgentiste et généraliste

1_133 : connaissance des spécificités militaires

1_134 : sens du service, disponibilité, aptitude tout temps tout lieu, volontaire OPEX, comme le médecin généraliste civil

1_141 : écoute, rigueur et exigence

1_144 : diplômes et stages réguliers

1_145 : être humain, écoute, disponibilité, rassurant, souriant, encourageant, patient

1_149 : compétences techniques, aptitude au commandement, organisation et disponibilité

1_150 : disponibilité, rigueur et sérieux

1_153 : compétences, écoute, militarité, connaissance de la spécificité militaire

1_154 : compétence et disponibilité

1_156 : bon médecin, expert, écoute, secret médical

1_157 : connaissance des hommes

1_158 : compétences techniques, relations humaines, valeurs militaires

1_160 : écoute, connaissance des spécificités du milieu militaire

1_161 : culture militaire

1_168 : être médecin

1_171 : être à l'écoute, voir au-delà de l'état de militaire

1_178 : bonne connaissance du milieu militaire

1_180 : compétences techniques, écoute, culture militaire

1_181 : médecin compétent et militaire confirmé

1_182 : expérience et écoute

1_186 : comme dans le civil, connaissance milieu militaire

1_189 : disponible, OPEX, connaissances du milieu militaire et des contraintes liées aux OPEX

1_192 : compétences médicales et militaires, indépendance liée à la rémunération

1_195 : prescription adaptée

1_196 : écoute et ouverture d'esprit

1_198 : idem civil

1_200 : disponibilité, efficacité, impartialité

1_201 : être diplômé des études de médecine

1_202 : compétence, disponible, bonne connaissance des dossiers, RDV dans des délais raisonnables

1_203 : ouverture d'esprit et sens du service

1_204 : adaptabilité, pragmatisme, ouverture d'esprit, efficacité, engagement, physique, empathie

1_206 : disponibilité et pluridisciplinarité

1_207 : compétent et disponible

1_210 : idem civil

1_211 : connaissance des risques liés au milieu militaire en métropole et opération extérieure

1_212 : disponibilité, compétence, expérience, ouverture d'esprit, curiosité, savoir être
1_216 : connaissance du milieu militaire et des pathologies liées
1_218 : comprendre l'institution, être compétent de la bobologie à la médecine de guerre
1_219 : insertion dans le cadre opérationnel, dialogue avec commandement, ouverture d'esprit
1_220 : compétence médicale, expérience OPEX, connaissance du milieu militaire
1_221 : compétence, disponibilité, sens de l'intérêt collectif et esprit de la mission
1_222 : compétence, disponible, pragmatisme, ouverture d'esprit
1_226 : notion de service, adaptation, disponible, aimer le métier des armes
1_228 : compétent, disponible, connaissance des spécificités militaires, adaptabilité
1_237 : expérience
2_004 : écoute, disponibilité, bonne relation médecin-malade par abstraction des grades
2_008 : idem médecin civil
2_010 : expertise au service du patient et de l'institution, déontologie médicale
2_011 : avoir une formation militaire complémentaire pour adapter ses fonctions de médecin
2_013 : savoir faire technique, rapports humains, formation continue
2_014 : écoute, détection de problèmes entre patient et hiérarchie
2_015 : idem civil
2_016 : stage en CHU, OPEX
2_018 : comme un médecin civil, être militaire et officier
2_019 : disponible, motivé, réactif, toujours à l'écoute
2_021 : compétences médicales et humaines
2_027 : écoute et connaissances outre-mer
2_028 : réactivité, pluridisciplinaire, écoute
2_029 : être consciencieux
2_031 : écoute, familier des problématiques liées au statut militaire et des pathologies spécifiques au militaire
2_034 : comme un médecin civil, adaptation au milieu militaire et expérience du terrain
2_036 : cursus universitaire civil, expérience embarquée, OPEX, psychologie avec caractéristiques du milieu militaire et de ses effets sur les personnels, urgentiste
2_040 : doit se tenir au courant de l'actualité en santé publique, expert OPEX et urgence, doit adapter sa posture à l'individu derrière le militaire

2_041 : connaître les soins d'urgence, gérer les consultations courantes, poser les bonnes questions, ne pas brûler les étapes

2_043 : connaissances professionnelles élargies de médecine générale, spécificités militaires, urgences, jugement, capacité de réaction, rigueur, self control

2_045 : réactivité, adaptabilité, efficacité, concertation avec équipe et écoute du patient

2_048 : polyvalence

2_153 : écoute, patience, rigueur

2_063 : écoute, efficacité

2_065 : urgences, OPEX

2_067 : médecin et militaire

2_068 : comme un civil, disponible

2_070 : écoute, prise en charge de la douleur

2_073 : connaître les problématiques liées au milieu militaire, disponible

2_076 : combiner les statuts de médecin et militaire et donner un avis objectif médical ou militaire

2_077 : médecin et militaire

2_078 : disponible, large champ de compétences, expérience, sérénité, management

2_079 : comme un médecin civil (sérieux, confidentialité, compétences médicales), qualités requises pour être militaire (disponibilité, rigueur, discipline, adhésion à l'institution)

2_083 : comme le médecin civil, connaissances militaires et terrain

2_086 : comme le médecin civil, connaissance du milieu militaire

2_087 : solides connaissances médicales et militaires

2_088 : comme le médecin civil

2_089 : idem civil, condition physique

2_090 : urgence, OPEX, expertise spécifique (plongée, aéronautique, etc.)

2_091 : rigueur, transparence de l'informations, compétence, indépendance, disponible

3_001 : compétences techniques, disponibilité, écoute, connaissance du milieu militaire

3_002 : vocation militaire et disponibilité

3_003 : comme le médecin civil, formation militaire et participation OPEX

3_004 : idem civil

3_005 : écoute et urgences

3_006 : écoute, connaissance milieu militaire, volontaire OPEX

3_007 : compétences médicales et connaissance milieu militaire
3_010 : médecin puis officier
3_013 : ouverture d'esprit
3_014 : connaissance des spécificités du monde militaire
3_016 : écoute, expertise médicale, connaissance du milieu militaire
3_017 : disponible, expertise OPEX, urgentiste, connaissance des pathologies traumatiques liées au combat
3_020 : idem civil, connaissances spécifiques au milieu militaire, écoute
3_023 : relation de confiance et bon conseiller
3_026 : médecine du sport et connaissance des conditions de travail
3_029 : comme le civil et compétences militaires, OPEX
3_030 : être bon médecin
3_031 : disponible et OPEX
3_036 : médecin et militaire
3_037 : réactivité, écoute, discrétion
3_041 : compétences médicales et militaires
3_042 : écoute, patience, respect, confidentialité, réassurance, expertise, conseiller santé
3_044 : idem civil et culture de l'officier
3_046 : écoute et expertise militaire
3_047 : spécificités du monde militaire
3_050 : discrétion, écoute, connaissance milieu militaire, médecin traitant si stabilité géographique
3_052 : disponibilité et expertise
3_054 : compétences médicales
3_055 : écoute, disponibilité, expérience
3_059 : écoute du patient
3_061 : diplôme de médecine
3_063 : immersion dans la vie des unités, esprit de dévouement et de service, appréhension des spécificités du métier des armes
3_064 : avoir les diplômes nécessaires à la pratique de la médecine
3_066 : être militaire et passer par une formation à l'ESSA
4_002 : disponible et compétent
4_003 : écoute, conseil, bon médecin

4_004 : écoute, compétences médicales
4_005 : écoute, compétent, conseil
4_006 : compétences médicales et militaires
4_008 : disponibilité, écoute, bienveillance
4_011 : idem civil
4_016 : écoute, connaissance des patients, garder le secret médical par rapport au commandement, présence et disponibilité
4_019 : écoute
4_022 : disponibilité et écoute
4_032 : connaissance du milieu militaire, écoute, analyse et suivi personnalisé
4_034 : compétent, disponible, écoute
4_037 : comme le médecin civil
4_039 : rapport humain, confiance, compétences
4_042 : écoute et compétences médicales
4_043 : écoute et compréhension
4_045 : compétent, écoute, disponible
4_047 : présent et écoute
4_051 : comme dans le civil
4_054 : se mettre à la portée du militaire, créer un lien de confiance, connaissance du milieu et des contraintes militaires
4_056 : idem civil, respect du secret médical, écoute
4_058 : connaissance de l'unité et de ses spécificités
4_059 : intégrité, honnêteté, compétences médicales
4_063 : idem civil et écoute
4_062 : avoir raté son examen ?
4_065 : compétences médicales et connaissance du milieu militaire
4_066 : écoute et connaissance du milieu militaire
4_067 : écoute, disponible, orientation vers les services spécialisés
4_073 : réussir son cursus universitaire et vouloir être militaire
4_075 : comme le civil
4_078 : disponibilité, écoute, professionnalisme, militaire
4_079 : urgentiste, connaître les difficultés de chaque militaire en poste sur le terrain

4_080 : écoute, connaissance parfaite des différentes pathologies, savoir orienter les patients

4_082 : idem médecin civil, connaissance du milieu militaire

4_083 : idem civil

4_085 : connaître son travail

4_086 : compétence et disponibilité

4_095 : disponible et écoute

4_096 : écoute, orientation, conseil

4_097 : indépendance hiérarchique, proche de ses patients

4_098 : très bon niveau d'étude, écoute

4_099 : capacité d'analyse, écoute

4_100 : écoute

4_101 : disponibilité, écoute, qualification

4_103 : écoute, compétence, comprendre les nécessités du statut opérationnel

4_104 : humain

4_106 : connaissances professionnelles, écoute, disponibilité

4_107 : bon médecin

4_109 : dispo, écoute, bonne relation médecin-patient

4_111 : écoute, savoir conseiller

4_113 : écoute

4_115 : idem médecin civil

4_117 : disponible, écoute

4_119 : écoute et adaptabilité

4_121 : compétence, sérieux, discrétion

4_123 : compétence, disponible, suivi, écoute

4_124 : écoute, compréhension

4_125 : compréhension, écoute

4_126 : écoute

4_127 : professionnalisme, sérieux, discrétion

4_133 : écoute, discrétion

4_138 : écoute

4_143 : expérience, professionnalisme dans l'expertise

4_145 : écoute, disponibilité

4_146 : qualifications, écoute, disponibilité
4_147 : bon médecin, écoute, juste concernant les aptitudes
4_148 : écoute, disponible
4_149 : écoute, disponible, bonne culture de l'arme
4_150 : compétences, humanité, capacité d'écoute
4_151 : disponible
5_001 : écoute du personnel
5_002 : urgentiste, psychologue, généraliste, expérience militaire et OPEX
5_003 : comme le médecin civil
5_004 : idem civil
5_009 : je ne peux pas le dire car je n'en sais rien mais je préfère largement le médecin civil au médecin militaire
5_010 : disponibilité, adaptation, honnêteté
5_017 : urgentiste, connaître les spécificités des unités spécialisées et en posséder les qualifications
5_019 : médecin militaire = médecin dans l'armée
5_020 : écoute et professionnalisme
5_031 : idem civil
5_032 : disponibilité
5_036 : expérience, écoute, connaissance milieu militaire
5_040 : disponibilité et écoute
5_042 : comme le médecin généraliste civil
5_047 : idem civil et connaissances plus larges liées aux différents TOE
5_048 : bon médecin et bon militaire
5_052 : idem civil
5_054 : disponibilité, écoute, compétence, expérience terrain
5_056 : expérience
5_059 : bonne connaissance de médecine générale, écoute, MCD et OPEX pour mieux dépister certaines pathologies
5_063 : idem civil, connaissance milieu militaire
5_071 : disponible et OPEX
5_079 : idem civil
5_085 : être militaire

5_086 : disponible
5_090 : écoute et professionnalisme
5_092 : écoute, adaptabilité
5_094 : formation au combat et soins au combat
5_095 : disponible, connaissance du corps de troupe et OPEX
5_096 : disponible, écoute et expérience
5_103 : être médecin et militaire
5_104 : être médecin et militaire
5_105 : idem civil
5_111 : connaissance du milieu militaire, compétence médicale
5_116 : idem civil, connaissance du milieu militaire
5_120 : formation, compétence, écoute
5_128 : disponibilité, écoute
5_131 : disponible, expérience
5_132 : avoir diplôme de médecine, expérience
5_143 : avoir fait des études de médecine
5_148 : formation, écoute, expérience, persuasion
5_151 : études de médecine
5_152 : connaître son métier
5_153 : connaissance du milieu militaire, écoute, dépistage des faux consultants
5_155 : disponible
5_160 : connaissances médicales, diplômes
5_162 : idem civil, urgences, entraînement au combat
5_163 : professionnalisme, secret médical, disponible
5_170 : écoute, honnête, compétent
5_174 : écoute, compétence, disponibilité
5_181 : écoute sans user du rapport hiérarchique
5_187 : être médecin et militaire
5_190 : être médecin avant tout
5_193 : écoute, disponible, prise en compte des métiers
5_196 : écoute
5_200 : compétences en traumatologie, pathologies en OPEX
5_203 : disponibilité, écoute, ne pas faire de différence entre les militaires

5_204 : écoute

5_205 : diplôme de médecine

5_208 : compétent, secret médical

5_214 : idem civil

5_216 : avoir un bac+4

5_217 : être médecin et militaire, connaître le milieu d'évolution des patients (compétences en traumatologie, OPEX), ne pas aimer la rémunération des médecins civils

5_221 : être un bon médecin

5_223 : idem civil

5_225 : idem civil compétent

**DETERMINANTS ET MOTIVATIONS DES PERSONNELS DES ARMEES DANS LEUR CHOIX DE CONSULTER
UN MEDECIN GENERALISTE CIVIL OU MILITAIRE ET VISION DU ROLE DU MEDECIN MILITAIRE
– ETUDE AUPRES DE 745 MILITAIRES EXERCANT EN ILE-DE-FRANCE –**

Par J. Sinquin, M.-R. Perret

Résumé :

Objectifs : connaître les déterminants permettant aux militaires de s'orienter vers un praticien civil ou militaire en médecine générale et leurs attentes envers ce dernier.

Méthode : étude transversale descriptive prospective réalisée auprès de 745 militaires à l'aide d'un auto-questionnaire.

Résultats : 69,9 % de l'échantillon ont déclaré un médecin traitant civil et 65,6 % estiment que le médecin d'unité doit jouer ce rôle. Pour 80,8 %, la mission d'expertise peut coexister avec le soin. Sur un an, 20,2 % des personnels ont eu recours principalement au médecin militaire pour des soins, 23,1 % le consultant par opportunité avec une préférence pour le milieu civil. La proportion de population ayant recours au médecin d'unité augmente avec le grade, l'ancienneté de service et la réalisation d'OPEX, motivée notamment par sa connaissance spécifique du milieu de travail.

Les militaires du rang et jeunes engagés sont circonspects vis-à-vis du médecin d'unité du fait de l'intrication de ses missions. Ils estiment qu'il n'est qu'un médecin d'expertise et 40 % dissimulent des informations lors de la VSA. Le rôle de conseiller du commandement nuit à la relation de soin. Idéalement, le praticien d'unité est un médecin généraliste compétent, formé aux spécificités médicales militaires et doit allier l'humanité du soignant à un savoir-être d'officier.

Conclusion : 38,2 % de l'échantillon prétendent avoir recours au médecin d'unité pour des soins. Il existe une population défiante du fait d'une méconnaissance des compétences du médecin militaire et de la nature des informations transmises au commandement, responsable d'une crainte du non-respect du secret médical.

Mots-clés : médecine militaire, médecine générale, médecin traitant, attentes des patients.

**FRENCH MILITARIES' CRITERIA AND MOTIVATIONS TO PREFER A MILITARY OR A CIVILIAN PHYSICIAN AS GENERAL
PRACTITIONER AND EXPECTATIONS TOWARD ROLES AND MISSIONS OF THEIR MILITARY PHYSICIAN
– STUDY ABOUT 745 MILITARIES WORKING IN ILE-DE-FRANCE –**

By J. Sinquin, M.-R. Perret

Abstract:

Objective: identifying military personnels' criteria of preference for civilian or military physician as regular doctor and expectations toward the military physician.

Method: prospective descriptive cross-sectional study conducted among 745 militaries with a self-administrated questionnaire.

Results: if 69,9% of the sample appoint a civilian practitioner as their regular doctor, 65,6% think that military physicians should be able to carry out this mission. 80,8% think determining abilities and treatment are compatible. During the past year, 20,2% of the sample preferred consulting the military doctor, 23,1% used to consult him by opportunity but preferred a civilian physician. The rate of the sample preferring a military physician increases with rank, seniority and participation in external operations, particularly because of his knowledge of working conditions. Soldiers, corporals and recently enrolled militaries are suspicious of the military physician because they think that a conflict of interest exists between different missions: treatment, notifications about abilities and advisor to the command, thus inducing difficult care relationship.

For patients, the military physician must be a general practitioner who knows emergency and military injuries specificities. He has to be humane and must have an officer's behaviour.

Conclusion: 38,2% of the sample claim to consult military doctor for treatment. A suspicious population exists because of ignorance about the military physician's competence and the kind of information he transfers to the command. This questions the respect of medical secret.

Keywords: military medicine, general practice, regular doctor, patients' expectations.

**Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 PARIS Cedex 06
www.medecine.parisdescartes.fr**