HAL
open science

Devenir, conséquences et perception des décisions médicomilitaires prononcées par les neurologues de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce

Christophe Pipon

▶ **To cite this version:**

Christophe Pipon. Devenir, conséquences et perception des décisions médicomilitaires prononcées par les neurologues de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce . Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01474777

HAL Id: dumas-01474777

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01474777

Submitted on 23 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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES | USPC Université Sorbonne Paris Cité

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° 127

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Devenir, conséquences et perception des décisions médicomilitaires prononcées par les neurologues de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce.

Présentée et soutenue publiquement

le 2 octobre 2012

Par

Christophe PIPON

Né le 1er avril 1986 à Versailles (78)

Dirigée par M. Le Docteur Thierry De Greslan

Jury :

M. Le Professeur Thierry Debord …… Président

M. Le Professeur Hervé Taillia

M. Le Professeur Thierry Carmoi

M. Le Docteur Florent Marchandot

Except where otherwise noted, this work is licensed under

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

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'École 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

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Thierry DEBORD,

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Inspecteur du Service de Santé pour l'Armée de Terre

Inspecteur des Service Médicaux

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le Professeur Serge GILBERG,

Directeur du département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale de la Faculté de médecine de Paris V

A Monsieur le Médecin en Chef Thierry DE GRESLAN,

Pour tout ce qu'il a apporté à ce travail

A Monsieur le Médecin Chef des Services Hors Classe Jean-Luc RENARD, Monsieur le Médecin en Chef Hervé TAILLIA, Monsieur le Médecin en Chef Damien RICARD et Madame le Médecin Principal Magali SALLANSONNET-FROMENT,

Pour les très bons souvenirs qui me restent de mon premier stage d'interne et leur contribution à l'étude

A Madame le Médecin en Chef Catherine VERRET

Pour sa grande aide à la réalisation de la méthodologie et de l'analyse de ce travail

A Monsieur le Médecin Chef des Services Jean-Pierre ALGAYRES et Monsieur le Médecin en Chef Thierry CARMOI

Pour l'encadrement pédagogique des internes

A Monsieur le Médecin en Chef Florent MARCHANDOT

Pour sa pédagogie au cours de mon passage au 121ème Régiment du Train

A Madame le Médecin en Chef Barbara AUPY

A Madame le Médecin en Chef Florence ROBIN

A ma Beloutre, Mimi et au Raton-laveur

A Fredy, Vegas et Jérôme

A mes parents, mon frère et ma sœur

A Marie-Paule pour sa riche correspondance de P1 et P2

Au Dieu des Santards et à Léon

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations
Introduction

A. L'aptitude médico-militaire
1. Historique
1.1. Dans l'antiquité
1.2. Création du Service de Santé
1.3. Début de la médicalisation de l'aptitude
1.4. Organisation de l'aptitude
2. Les acteurs de l'aptitude
2.1. Le militaire
2.1.1. Les échéances d'ordre statutaire
2.1.2. La Visite Médicale Périodique (VMP)
2.1.3. Les visites circonstancielles
2.1.4. Le militaire : soigné et expertisé
2.1.5. Les congés maladie
2.2. Le médecin généraliste en unité
2.2.1. Généralités
2.2.2. Dans son rôle de médecin soignant
2.2.3. Dans son rôle de médecin expert
2.3. Le médecin spécialiste des Hôpitaux d'Instruction des Armées
2.3.1. Généralités
2.3.2. Sa place dans la décision d'aptitude
3. La visite d'aptitude
3.1. Déroulement de la visite d'aptitude
3.2. Le profil médical : SIGYCOP d'après le Bulletin Officiel des Armées
4. Recours pour l'aptitude dans le Service de Santé des Armées
4.1. Les surexpertises
4.2. Le Conseil Régional de Santé (CRS)
4.3. Le Conseil Supérieur de Santé (CSS)
5. Les conséquences des décisions d'aptitude
5.1. Durant la période probatoire
5.2. En cours de carrière
5.2.1. L'aménagement de poste
5.2.2. Le changement de poste au sein de l'armée
5.2.3. Le reclassement en dehors de l'armée
5.2.4. La réforme

B. Matériels et méthodes
1. Objectifs de l'étude
2. Définition du lieu d'étude
3. Définition de la population d'étude
4. Mode de collecte des données
4.1. Les questionnaires
4.1.1. Questionnaire destiné au patient
4.1.2. Questionnaire destiné au neurologue
4.1.3. Questionnaire destiné au généraliste
4.2. Procédure
4.3. Méthodes statistiques utilisées
5. Mode de financement de l'étude

C. Résultats

1. Caractéristiques générales de la population de l'étude

1.1. Age
1.2. Sexe
1.3. Emploi des sujets
1.3.1. Origine géographique des sujets
1.3.2. Armée d'affectation
1.3.3. Grade des sujets
1.3.4. Ancienneté et statut dans l'institution

2. Caractéristiques des pathologies et inaptitudes de la population de l'étude

2.1. Maladie neurologique de la population
2.2. Cadre de la première consultation
2.3. Délai entre la dernière modification d'aptitude et la consultation actuelle
2.4. Nombre de consultations dans un service de neurologie militaire
2.5. Profil d'aptitude

3. Respect des décisions médico-militaires

3.1. Concordance entre l'aptitude prescrite par le neurologue, l'aptitude comprise par le généraliste et celle transmise à la hiérarchie
3.2. Respect des avis en unité

4. Vécu de l'inaptitude par le patient

4.1. Connaissance de sa pathologie
4.2. Adaptation de l'emploi à la pathologie
4.3. Surprise vis-à-vis de l'inaptitude
4.4. Connaissance de son inaptitude
4.5. Retentissement de l'avis d'aptitude sur l'emploi
4.6. Retentissement psychologique
4.7. Retentissement général sur le patient
4.8. Annonce de la maladie à la hiérarchie
4.9. Avenir professionnel souhaité
4.10. Satisfaction envers le Service de Santé des Armées

5. Relations et satisfaction des différents acteurs de l'aptitude

5.1. Respect de l'IM 2100 par le généraliste
5.2. Respect de l'IM 2100 par le neurologue
5.3. Motif de consultation du neurologue militaire
5.4. Motif de consultation du neurologue civil
5.5. Délais de consultation
5.6. Satisfaction envers la réponse du spécialiste
5.7. Satisfaction de l'échange entre neurologue et généraliste
5.8. Commandement et aptitude

D. Discussion

1. Critique de la méthodologie, difficultés rencontrées et évaluation des biais.

1.1. Population d'étude
1.2. Biais

2. Comparaison de la population avec l'Annuaire Statistique de la Défense (ASD)

2.1. Age
2.2. Sexe
2.3. Répartition géographique
2.4. Armée d'affectation
2.5. Grades

2.6. Statuts
2.7. Comparaison de la répartition des pathologies neurologiques avec une population civile

3. Respect des aptitudes par les différents intervenants

3.1. Respect par le médecin généraliste
3.2. Respect par la hiérarchie

4. Retentissements sur le patient

4.1. Surprise du patient vis-à-vis de l'inaptitude
4.2. Retentissement professionnel
4.2.1. Adaptation du poste
4.2.2. Arrêts de travail
4.2.3. Retentissement économique
4.2.4. Avenir professionnel
4.3. Retentissement psychologique
4.4. Retentissement social et familial
4.5. Divulgation de la maladie au commandement

5. Interaction entre le médecin d'unité et le spécialiste

5.1. Sur la forme de l'interaction
5.1.1. Origine et forme de l'échange
5.1.2. Délai de réponse du spécialiste
5.2. Sur le fond de l'interaction
5.3. Délais de consultation

Conclusion

Annexes
Bibliographie

ABREVIATIONS
(dans l'ordre alphabétique)

AMA : Antenne Médicale des Armées

ASD : Annuaire Statistique de la Défense

CCPM : Contrôle de la Condition Physique du Militaire

CEMI : Centres d'Expertise Médicale Initiale

CLD : Congés Longue Durée

CLM : Congés Longue Maladie

CMA : Centre Médical des Armées

CRS : Conseil Régional de Santé

CSO : Centres de Sélection et d'Orientation

CSS : Conseil Supérieur de Santé

DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées

DMM : Décision Médico-Militaire

EVASIFX : Etat général, Vue, Audition, Supérieur, Inférieur, Facultés intellectuelles, Stabilité émotionnelle

HIA : Hôpital d'Instructions des Armées

IM 2100 : Instruction ministérielle 2100

MCD OM : Mission Courte Durée Outre-Mer

MCS : Médecin Chef des Services

OPEX : Opérations Extérieures

SIGYCOP : Supérieur, Inférieur, Etat Général, Yeux, Sens Chromatique, Oreilles, Psychiatrie

SSA : Service de Santé des Armées

VEMI : Visite d'Expertise Médicale Initiale

VMP : Visite Médicale Périodique

VSA : Visite Systématique Annuelle

TAP : Troupes AéroPortées

Introduction

Contrairement à la médecine du travail qui adapte l'emploi à l'homme, la décision médico-militaire sélectionne les individus pour répondre aux exigences des postes. La détermination de l'aptitude, garantissant la capacité opérationnelle des forces, occupe une grande partie de l'activité de consultation du médecin d'unité.

Depuis la création de la sélection des conscrits pendant la période prérévolutionnaire, l'aptitude a subi beaucoup d'évolutions. La loi du 28 octobre 1997, organisant la professionnalisation des armées, a modifié le format des armées et le profil des militaires. La décision d'aptitude est ainsi devenue une préoccupation majeure des militaires et de leur médecin. Nombre de conscrits percevaient la maladie comme un espoir d'échapper au service national tandis que les militaires professionnels craignent de perdre leur emploi et leur capacité opérationnelle. Dans ce contexte, le médecin spécialiste des Hôpitaux d'Instruction des Armées est une aide précieuse pour permettre au généraliste de statuer en cas de décision délicate. Toutefois, les conclusions des spécialistes n'étant que des avis, c'est la hiérarchie du militaire qui est détentrice du pouvoir décisionnel quant à l'application ou non des décisions médicales.

Une mission d'étude sur l'avenir de l'expertise médicale d'aptitude [1] a été réunie, au cours de l'année 2011, sous la direction du Médecin Chef des Services Gygax-Généro. Parmi les enseignements issus de ce groupe de travail, figurent:

- une meilleure séparation entre médecine d'aptitude et médecine de prévention
- un espacement des visites médicales en tenant compte de l'âge et du poste
- une réorganisation de l'aptitude autour du médecin d'unité.

La détermination définitive de l'aptitude d'un militaire fait intervenir à la fois les médecins généralistes et spécialistes, la hiérarchie et bien sûr le militaire lui-même. Les intérêts de chacun, l'implication émotionnelle et la perception des conclusions ne sont pas les mêmes en fonction de l'intervenant considéré. Cela rend l'expertise médicale d'aptitude plus complexe qu'il n'y paraît. Le médecin sait que sa décision peut engendrer de graves conséquences sur le patient. Ces dernières sont difficilement évaluables et la rareté des études sur le sujet, des retours d'information provenant de la hiérarchie ou des patients et des indicateurs dans le Service de Santé ne font qu'accroître cette difficulté

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la transmission de l'avis spécialisé et l'application de ce dernier en unité. Pour cela, nous évaluerons la qualité des échanges et la satisfaction des différents acteurs de la décision médico-militaire.

Nous tenterons également de répondre aux questions que se posent les médecins prescrivant l'inaptitude :

- Comment les patients vivent-ils leurs restrictions d'emploi?
- Comment réagissent leur hiérarchie, leurs collègues, leurs familles à l'inaptitude?

A. L'aptitude médico-militaire

Dans ce premier chapitre, nous allons définir l'aptitude médico-militaire à laquelle s'intéresse cette thèse.

1. Historique

Nous allons décrire la décision d'aptitude médicale dans l'armée française. Pour ce faire, nous observerons l'apparition précoce de l'exigence physique dans les armées et la systématisation tardive, au cours du XXème siècle, de l'aptitude. Ensuite nous détaillerons les divers intervenants de la décision médicale militaire dans les armées.

1.1. Dans l'Antiquité

On retrouve des signes de sélection des armées dès l'Antiquité. Dans la *Bible* [2], il est fait référence à la sélection du peuple israélite pour se battre contre les Madianites. Dans l'*Ancien testament*, Gédéon menait son peuple à une guerre contre les Madianites. Dieu aidant le peuple israélite, exigea de Gédéon une sélection des hommes, et lui proposa de faire un tri sur les 22 000 qui s'étaient engagés. Dieu choisit les 300 hommes qui buvaient en lapant à la manière des chiens et renvoya ceux qui buvaient l'eau dans leurs mains. Seuls les hommes à l'instinct animal et présentant la vitalité nécessaire, auraient ainsi été sélectionnés pour mener la guerre, prouvant la nécessité de choisir ses combattants.

1.2. Création du Service de Santé

Une ordonnance de Louis XIV fixa une aptitude de norme pour servir au sein de l'armée, exigeant une taille minimale de 1m62. Dans les années précédant la Révolution, la sélection était réalisée par des sergents recruteurs qui parcouraient les campagnes pour « racoler des beaux hommes bien faits » [3]. En 1792, Jourdain Lecointe, médecin militaire, remet en cause cette pratique dans la *Santé de Mars* [4]. Il propose pour la première fois de réaliser une sélection sur des critères médicaux : « Dans presque tous les régiments de France on perpétue l'usage de charger des officiers (...) de faire les recrues nécessaires pour les maintenir au complet : ils quittent leurs garnisons ; vont

s'établir dans une grande ville, pour y enrôler à leur aise tous les jeunes gens (...). On n'examine pas même s'ils sont sains, robustes, vigoureux : pourvu qu'ils aient l'âge et la taille on les engage (...). Avant d'engager un homme, il serait très avantageux de l'examiner tout nu pour voir s'il n'a ni fistules (...) et autres maladies contagieuses ou incurables, qui mettent un soldat hors d'état de combattre.(...) Le caractère dominant et le tempérament d'un homme méritent encore l'attention d'un observateur judicieux. ». Pendant le Consulat, ont été créés les conseils de réforme, comités ambulant de canton en canton pour réformer les conscrits porteurs d'infirmités. La sélection a continué longtemps d'affecter les hommes de belle prestance dans la cavalerie, tandis que les chétifs étaient versés dans le service de santé et les services auxiliaires.

1.3. Début de la médicalisation de l'aptitude

La présence du médecin fut requise pour les opérations de recrutement à partir de 1799. A compter de cette date, les conseils de recrutement étaient assistés d'un médecin pour faciliter la constatation des infirmités. En 1834, un décret précisa la participation du médecin au recrutement. Le médecin ne délivrait un avis qu'à titre consultatif. C'est à partir de 1855 que fut instituée une visite de maintien en service tous les cinq ans. Une visite de sélection par un praticien fut instaurée tardivement en 1872 [5].

1.4. Organisation de l'aptitude

L'aptitude n'a été systématisée et réglementée qu'à partir de 1890, parallèlement aux débuts de la médecine du travail [6]. Une liste d'affections empêchant la sélection et des critères d'aptitude minimaux aux différentes armes ont été édictés entre 1890 et 1910.

Le circuit d'aptitude avec possibilité de recourir à un avis spécialisé fut instauré en 1915. Les différentes armées ont commencé à recourir à des tests médicalisés pour sélectionner leurs personnels : dès 1916 pour l'aviation, 1928 pour la marine et plus tardivement en 1930 pour l'armée de terre.

La première instruction ministérielle sur l'aptitude fut rédigée en 1945. Cette même année, le premier profil médical dénommé EVASIFX [7] est instauré et la visite médicale annuelle rendue obligatoire.

En 1965, fut institué le profil interarmes SIGYCOP [8], encore employé actuellement, et détaillé plus loin. Les Centres de Sélection et d'Orientation (CSO) devenus depuis Centres d'Expertise Médicale Initiale (CEMI) furent créés la même année.

Depuis 1890, l'aptitude ne cesse de s'organiser pour garantir le caractère opérationnel du combattant.

2. Les acteurs de l'aptitude

Nous allons observer les caractéristiques des divers intervenants de l'aptitude et les interrogations que suscitent ces rapports dans la prise de décision médico-militaire (DMM).

2.1. Le militaire

Régi par le *Code de la Défense*, le statut du militaire impose un suivi médical annuel. L'aptitude médicale est une échéance remettant en cause l'emploi du militaire qui doit conserver son caractère opérationnel.

Le militaire sert sous les drapeaux en tant que contractuel (engagé volontaire, sous-officier sous contrat, officier sous contrat) ou de carrière (officier ou sous-officier de carrière). Ces différents statuts entraînent des modifications importantes en matière d'aptitude, de Congés Longue Durée (CLD) ou de Congés Longue Maladie (CLM) détaillés plus loin. Cette différence est difficilement justifiable pour des militaires dont le contrat est renouvelé pendant plus de 15 ans, et qui parfois sont plus anciens que certains militaires de carrière.

Nous allons détailler ici les différentes visites d'aptitude de la carrière du militaire.

2.1.1. Les échéances d'ordre statutaire

Ce sont principalement [9]:

- Les visites médicales « d'engagement » dans une unité ou « d'admission » dans les écoles militaires. Elles se déroulent en trois temps récapitulés en figure 1 :

- La première visite, appelée visite d'expertise médicale initiale (VEMI) [10], se déroule dans un des cinq CEMI ou dans un service médical d'unité (Centre Médical des Armées ou CMA). Le but est de déterminer l'aptitude médicale au recrutement. Une fois son profil médical déterminé, le recruteur propose au candidat différents postes qu'il peut occuper.

- Le personnel recruté arrive dans son unité d'affectation et est à nouveau examiné. Le médecin d'unité contrôle l'absence d'événement intercurrent et vérifie l'adéquation entre l'état de santé du militaire et le poste qu'il doit tenir. Cette visite, dénommée visite d'incorporation, permet également la réalisation des vaccins et l'éducation sanitaire.

- Nouvellement incorporé, le nouveau militaire sera évalué « à l'épreuve du service » durant 6 mois (1 an dans la gendarmerie). Cette période, appelée période probatoire, permet de déceler des pathologies provoquées par les activités physiques ou des pathologies omises ou dissimulées auparavant. Devant la difficulté à déterminer l'aptitude psychiatrique d'un sujet au cours d'une consultation, la période probatoire permet également d'observer le comportement du patient sur une durée suffisante. Cette période permet au commandement de ne pas garder l'engagé pour inaptitude médicale mais laisse également la possibilité à l'incorporé, de dénoncer le contrat le liant à l'armée. Pendant la période probatoire, la réforme médicale ne nécessite pas de passage devant un spécialiste ou un conseil de réforme.

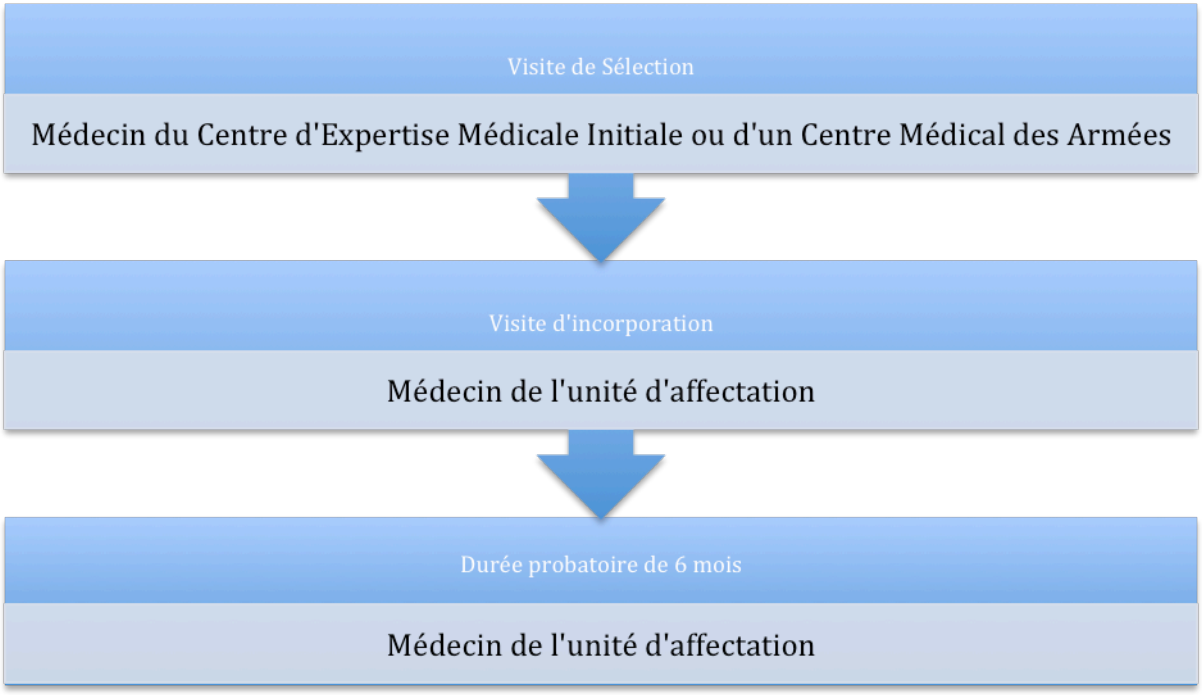

Fig. 1 : Déroulement de l'évaluation médicale des militaires engagés.

- Les visites médicales de cessation d'activité [10]: elles sont réalisées par le service médical d'unité lors du départ à la retraite ou de la mise en position de non activité (raison de santé, congé parental, retrait d'emploi, convenances personnelles, disponibilité, reconversion). Cette visite permet un historique des affections survenues en cours de carrière et de déterminer l'état de santé du militaire à son départ. Le médecin en profite pour délivrer des messages de prévention : vaccinations, dépistages de cancers, suivi médical régulier. Pour les militaires en départ à la retraite, l'aptitude d'emploi dans la réserve est demandée.
- Les visites de changement de statut (aptitude officier, passage militaire de carrière, major).

2.1.2. La Visite Médicale Périodique (VMP)

Les visites médicales périodiques [11] sont couramment appelées Visites Systématiques Annuelles (VSA) du fait de leur périodicité. Tous les militaires en position d'activité doivent être actuellement examinés annuellement dans le service médical de leur unité. L'augmentation du délai entre deux visites à deux ans est en cours. Seules deux circonstances peuvent engager les militaires à être vu par un autre service médical d'unité :

- Les médecins des armées sont examinés par un médecin militaire désigné par le directeur régional du service de santé dans une autre unité
- Les officiers généraux et chef de corps ont la possibilité de se faire examiner dans un des neuf Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) par un médecin hospitalier

La visite médicale périodique a pour objectifs de [12] :

- Contrôler l'aptitude à servir au sein de l'armée au regard des dispositions contenues dans les instructions ministérielles de chaque armée
- Vérifier systématiquement l'aptitude à l'emploi tenu par le militaire examiné, l'aptitude à être déployé en OPérations EXtérieures (OPEX) ou en Mission Courte Durée Outre-Mer (MCD OM)
- Vérifier l'aptitude à tenir certains emplois à risque professionnel et la bonne réalisation des examens complémentaires de surveillance et de prévention

- Vérifier diverses aptitudes du militaire : modifications statutaires (contrat, passage militaire de carrière), stages de formation professionnelle
- Définir l'aptitude physique du militaire : la catégorisation médicophysiologique représente l'aptitude à réaliser les tests physiques annuels appelés Contrôle de la Condition Physique du Militaire (CCPM)

2.1.3. Les visites circonstancielles

Les visites circonstancielles sont réalisées dans l'intervalle séparant deux VMP. Leur objectif est d'évaluer les aptitudes spécifiques pour réaliser un stage (par exemple un stage Troupes AéroPortées ou TAP) ou avant un départ en mission.

2.1.4. Le militaire : soigné et expertisé

L'article R4127-100 du *Code de la santé publique* (code de déontologie médicale) interdit à tout médecin d'être médecin de prévention et médecin traitant d'un même patient en dehors des situations d'urgences. L'article R4127-105 du même code empêche d'être à la fois médecin expert et médecin soignant d'un malade. Cependant, l'article 19 du Décret 81-60 du 16 Janvier 1981 fixant les règles de déontologie applicables aux médecins et aux pharmaciens chimistes des armées se substitue à ces dispositions [18], prévoyant que le médecin militaire peut remplir les rôles de médecin traitant et de médecin du travail du militaire.

Malgré ce décret, le médecin peut éprouver des difficultés à exercer les pratiques concomitantes de soins et d'expertise. Il paraît compliqué pour un médecin, soignant et côtoyant couramment un patient, de juger avec objectivité une situation d'aptitude sans ressentir la moindre empathie. De plus, si la gratuité est un avantage incitant les militaires à consulter leur médecin d'unité (d'après BERCHER [19] argument principal pour 19% des militaires), elle peut représenter un obstacle à l'exercice médical. Ainsi, les examens médicaux liés au vieillissement de la personne sont-ils demandés au titre de la vérification de l'aptitude (gratuit pour le militaire et payé par le service de santé) ou au titre de la pathologie (remboursé par l'assurance maladie et par le patient) ? La dualité patient/expertisé peut être difficile à gérer y compris pour le médecin.

L'instruction n°1700 DEF/DCSSA/AST/AS relative à l'aptitude, spécifie que dès lors que le médecin militaire constate un état de santé déficient, il doit limiter la validité du certificat à une période inférieure à un an, et soumettre le militaire concerné à un nouvel examen dans un délai plus court.

L'inaptitude d'un militaire peut avoir de nombreux effets :

- un impact négatif sur sa carrière (une orientation vers un poste sédentaire, une réforme) alors que l'une des principales motivations pour devenir militaire est « l'envie de découvrir le monde »
- un impact sur sa solde par l'impossibilité de partir en mission extérieure (augmentation notable des primes au cours de ces missions) alors qu'il avait prévu ce départ pour rembourser un emprunt.

Cette situation peut affecter la relation de confiance entre le médecin et le malade, le militaire préférant parfois consulter un médecin civil. En effet cette consultation n'aura aucun retentissement direct sur son aptitude. De 73 [20] à 85% [19] des militaires ont un autre médecin traitant que leur médecin militaire. Il est surprenant qu'une population peu nécessiteuse de soins (66% des militaires consultant une fois ou moins dans l'année) choisisse d'avoir un autre médecin traitant, reflétant ainsi la méfiance à l'encontre du médecin d'unité. La première cause de suivi par un médecin civil (évoquée par 24% des militaires) est la crainte d'un changement d'aptitude [20]. Pour 20%, (deuxième cause), c'est la crainte d'être mal vu par le commandement, autre obstacle au bon travail du médecin. Paradoxalement, la thèse de Comblet [21] révèle que 63% de militaires voient la dualité soins/expertise comme un avantage. La volonté qu'a le militaire de conserver son aptitude représente donc potentiellement un obstacle pour le travail de diagnostic du médecin. L'anamnèse propre à la médecine de prévention, réalisée au cours de la visite d'aptitude, peut donc se révéler vaine, du fait de la volonté de certains patients de conserver « leurs » aptitudes.

Pendant la conscription, les médecins étaient confrontés à des appelés simulant une inaptitude tandis qu'avec la professionnalisation, les militaires cherchent à conserver leurs aptitudes.

2.1.5. Les congés maladie

D'après l'article R 4138 du *Code de la Défense*, le militaire a le droit à 180 jours de congés maladie sur 12 mois consécutifs. A l'issue des 180 jours, un changement de situation doit être décidé : réforme, ou congé longue maladie.

Les militaires, comme le reste de la fonction publique, peuvent bénéficier de CLD dans le cadre d'affections cancéreuses, de déficit immunitaire grave et acquis ou de troubles psychiatriques. Le CLM est l'équivalent pour toute autre pathologie considérée invalidante. Les CLD ou CLM sont prononcés par décision ministérielle, après avis d'un médecin spécialiste des HIA, pour une maladie grave et invalidante empêchant la reprise de l'emploi. Ces congés sont déterminés pour une durée de 3 à 6 mois renouvelables. A l'issue de ces congés et sans possibilité d'un retour à l'emploi, le militaire est réformé.

Concernant les droits ouverts par ces congés, ils diffèrent en tenant compte de la situation du militaire. Les tableaux 1 et 2 récapitulent les droits aux CLD et CLM en fonction des situations. Le tableau 3 recense ces derniers en 2010 dans l'armée de l'air.

Ancienneté au service	Imputable au service		Non imputable au service			
	De carrière ou sous contrat		De carrière		Sous contrat	
A partir de 3 ans	8 ans	5ans solde entière	5 ans	3 ans solde entière	3 ans	1 an solde entière
		3 ans solde entière		2 ans solde réduite de moitié		2 ans solde réduite de moitié
Moins de 3 ans			Sans objet		Sans solde	

Tab. 1 : Droits au CLD en fonction de la situation professionnelle du militaire.

Ancienneté au service	Imputable au service	Non imputable au service	
	De carrière ou sous contrat		
Plus de 3 ans	3 ans solde entière	3 ans	1 an solde entière
			2 ans solde réduite de moitié
Moins de 3 ans			1 ans sans solde

Tab. 2 : Droits au CLM en fonction de la situation professionnelle du militaire.

Catégories	Grades	Attribués
Officiers	Colonel	
	Lieutenant-Colonel	
	Commandant	1
	Capitaine	3
	Lieutenant	1
	Sous-Lieutenant	1
	Aspirant	0
TOTAL Officiers		6
Sous-Officiers	Major	8
	Adjudant-Chef	25
	Adjudant	26
	Sergent-Chef	24
	Sergent	19
TOTAL Sous-Officiers		102
Militaires du Rang	Caporal Chef	55
	Caporal	30
	Aviateur de 1ère Classe	7
	Aviateur	11
TOTAL Militaires du Rang		103
TOTAL		211

Tab. 3 : D'après la direction des ressources de l'armée de l'air décembre 2011 : Recensement des CLD/CLM dans l'armée de l'air en 2010 et répartition en fonction des grades.

2.2. Le médecin généraliste en unité

2.2.1. Généralités

D'après la Cour des Comptes [22], les médecins généralistes en unité sont au nombre de 745. Ils consultent dans 55 CMA métropolitains et 14 CMA ultramarins représentant 316 Antennes Médicales des Armées (AMA) dont 286 en métropole, 20 en départements et territoires d'outre–mer et 10 en forces pré-positionnées à l'étranger. Depuis janvier 2011, les AMA sont regroupées aux seins des CMA permettant une mutualisation des moyens. Les médecins partagent leur activité entre les soins courants (consultation, médecine de prévention, éducation sanitaire) et le contrôle de l'aptitude à l'emploi. 1 000 000 de consultations environ sont recensées chaque année par le service de santé des armées.

2.2.2. Dans son rôle de médecin soignant

D'après la Cour des Comptes [22], en métropole, 570 000 consultations de soins au profit des militaires sont réalisées chaque année, représentant 35% du temps de travail total. 22% du temps de travail du médecin d'unité sont consacrés à l'activité administrative, le conseil au commandement, les manœuvres militaires ou la formation militaire.

Nous ne détaillerons pas les consultations, similaires à celles de l'exercice civil. Cependant, 25% des consultations font suite à des affections en lien avec le service, représentant une distinction notable des consultations libérales du milieu civil.

L'article L. 162-5-3 du *Code de la sécurité sociale* du 13 août 2004 instaurant le médecin traitant et le parcours de soins, vise à limiter le nomadisme médical. Il permet de diminuer le remboursement des patients qui consultent un autre médecin que celui déclaré ou un spécialiste sans avis médical préalable. Dans ce cadre, les militaires peuvent déclarer comme médecin traitant n'importe quel médecin de leur choix. En revanche, lorsque les militaires consultent un médecin militaire, ce dernier est toujours considéré, par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale, comme médecin traitant.

2.2.3. Dans son rôle de médecin expert

D'après la Cour des Comptes [22], chaque année, 430 000 visites d'aptitude sont réalisées au profit de 235 000 militaires. Ces consultations comprennent les visites de sélection et les visites de suivi médical des militaires en activité avec le suivi médical renforcé inhérent aux professionnels exposés à des risques ou des nuisances professionnelles. Le SSA comptabilise également dans ces chiffres les consultations pour préciser des aptitudes non demandées par le commandement au moment de la VSA : stages militaires non prévus initialement ou certificat datant de moins de 6 mois requis par la hiérarchie. Ceci explique le nombre d'aptitudes supérieures au nombre de militaires en activité. Une étude dans le CMA de Brest-Lorient en 2011 retrouve 35% de visites demandées en sus de la VSA.

2.3. Le médecin spécialiste des Hôpitaux d'Instruction des Armées

2.3.1. Généralités

Jusqu'à la réforme de 2003, l'immense majorité des spécialistes des HIA étaient diplômés de médecine générale avant de passer un concours de spécialité après quelques années d'exercice au sein d'une unité militaire. Ils recommençaient alors un nouveau diplôme d'études spécialisées. La plupart des spécialistes actuellement en poste dans les hôpitaux, à qui les médecins d'unité adressent les patients, sont donc parfaitement au fait de la problématique de l'aptitude en raison de leur expérience professionnelle. Depuis le décret de 2004 concernant le statut des praticiens des armées [23], ce sont les résultats des épreuves classantes nationales, en fin de deuxième cycle des études médicales, qui déterminent la possibilité de s'orienter vers une spécialité. Les spécialistes récemment formés ne sont formés que durant un mois à la vie de médecin d'unité et aux difficultés qui peuvent en découler.

Les spécialistes sont au nombre de 677 [22]. Répartis au sein de neuf HIA, ils réalisent une consultation variée au profit des militaires mais aussi des civils et participent depuis 2002 au service public hospitalier. L'activité au profit des civils est financée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et représente 54% du budget des HIA.

La population militaire ne représente que 20% en moyenne des consultants des HIA (avec ou sans lien avec le service). L'activité en lien avec le service (accidents en service, médecine d'aptitude et d'expertise) est financée par le Ministère de la Défense et ne génère aucune entrée de cession. Elle ne représente que 5,4% de l'activité des médecins spécialistes.

2.3.2. Sa place dans la décision d'aptitude

Le médecin spécialiste est retrouvé à plusieurs étapes. Il est régulièrement associé à la prise en charge des pathologies découvertes par le médecin d'unité, en raison de rendez-vous obtenus plus rapidement en hôpital militaire, de liens étroits avec les confrères militaires et d'un suivi d'aptitude et de soins plus aisé pour le généraliste.

Le médecin d'unité est apte à attribuer au militaire tout profil de coefficients sans passer par le spécialiste (même entraînant une réforme), le sigle P signant l'état

psychiatrique excepté. Pour la fonction psychiatrique, le médecin généraliste d'unité ne peut dépasser le coefficient 2 à titre chronique ; pour attribuer un coefficient plus défavorable, il doit faire valider sa décision temporaire par un psychiatre des armées. Le médecin spécialiste est associé à la décision d'aptitude à la demande du médecin d'unité: éléments cliniques, paracliniques ou compétence insuffisants. Le spécialiste émet alors un avis d'aptitude qui en tant qu'avis d'expert détermine la DMM donnée par le généraliste au commandement.

Si le généraliste propose un coefficient entraînant une réforme, cet avis doit être confirmé par le spécialiste concerné avant d'envisager un congé longue maladie ou la réforme. Le généraliste peut proposer un profil en faveur d'une réforme, mais cet avis doit être validé par le spécialiste.

3. La visite d'aptitude

3.1. Déroulement de la visite d'aptitude

La visite d'aptitude est un acte de commandement. Le contrôle de la bonne réalisation des VMP est sous la responsabilité du chef de corps, ceci permettant un meilleur investissement des militaires à la réalisation de leur suivi médical. Les supérieurs hiérarchiques du patient précisent au médecin, avant la consultation, les aptitudes à évaluer afin d'éviter une répétition inutile des visites.

La visite d'aptitude est similaire à toute consultation, à savoir un interrogatoire, un examen clinique et une conclusion. Durant la consultation, le contrôle des vaccinations est réalisé avec, en vue, la possibilité d'envoyer le militaire en mission prochainement.

Les conclusions sont écrites sur un formulaire réglementaire à savoir l'imprimé n°620-4/1 (annexe 1) permettant la rédaction des aptitudes ou inaptitudes sans dévoiler ni le profil SYGICOP détaillé plus tard, ni les pathologies du patient. Cet imprimé permet le respect du secret médical.

Le certificat d'aptitude remis à la fin de la VSA est valable un an sauf :

- changement d'activité ou d'emploi modifiant les conditions d'aptitude
- interruption ou exemption de service supérieure à 21 jours survenue durant la période de validité

- constatation d'un état de santé déficient conduisant le médecin examinateur à limiter la validité du certificat à une période inférieure à un an
- demande formulée par l'intéressé afin de subir un nouvel examen d'aptitude en raison d'un fait médical intercurrent.

Enfin, la DMM est un avis que le chef de corps a loisir d'appliquer ou non. Cependant le commandement est responsable des conséquences et il semble rare qu'il ne suive pas les recommandations qui lui sont faites. Cette donnée sera évaluée par notre travail.

3.2. Le profil médical : SIGYCOP d'après le Bulletin Officiel des Armées

L'évaluation clinique du patient est décrite au moyen d'une classification dénommée SIGYCOP définie dans la première partie de l'Instruction Ministérielle N°2100 [24] de la Direction Centrale du Service de Santé des Armées. Chaque lettre représente une fonction à laquelle le médecin attribue un coefficient en fonction des pathologies:

- S : ceinture scapulaire et membres Supérieurs (classé de 1 à 6)
- I : ceinture pelvienne et membres Inférieurs (classé de 1 à 6)
- G : état Général (classé de 1 à 6)
- Y : Yeux et vision (classé de 1 à 6)
- C : sens Chromatique (classé de 1 à 5)
- O : Oreilles et audition (classé de 1 à 6)
- P : Psychisme (classé de 0 à 5) : le coefficient P=ZERO est réservé aux nouveaux incorporés dans les 6 premiers mois de la période probatoire.

Chaque pathologie retentit, en fonction de sa localisation, sur l'un de ces coefficients qui est alors augmenté, le meilleur coefficient étant 1. L'annexe 2 permet de comprendre de manière succincte l'attribution des coefficients. Une liste de pathologies et de coefficients associés est détaillée dans la deuxième partie de l'IM 2100. Un intervalle de coefficients existe souvent pour pouvoir tenir compte du retentissement fonctionnel de la maladie. Le fait que la pathologie survienne en cours de service ou soit décelée initialement (ou durant la période probatoire) est pris en compte dans l'évaluation de certaines pathologies.

A ce chiffre, peut être associée la lettre T (à l'exception des sigles C et P) signifiant le caractère temporaire de la décision. L'indice T marque l'existence d'une affection

susceptible d'évoluer favorablement et prochainement n'entraînant qu'une restriction temporaire et partielle. Cet indice ne doit pas être utilisé si la maladie est susceptible d'évoluer plusieurs années après, un délai de 6 mois paraît raisonnable pour se prononcer.

Le médecin détermine si le profil médical établi est compatible avec le profil médical requis pour l'emploi du patient. Le tableau 4 représente un exemple de profil d'aptitude minimal requis. Des instructions ministérielles [25 ; 26 ; 27 ; 28] existent pour chaque armée décrivant le profil médical minimal de chaque poste. Le tableau visible en annexe 3, récapitule les aptitudes envisageables avec un profil médical donné.

Catégorie	S	I	G	Y	C	O	P
Officiers des armes Sous-officiers des armes	2	2	2	5	4	3	1
Officiers des services Sous-officiers des services EVAT, volontaires	3	2	3	5	4	3	1

Tab. 4: Exemple de profil médical minimal requis.

4. Recours pour l'aptitude dans le Service de Santé des Armées

Tout comme dans le civil, le militaire peut exercer un droit de recours, dont les modalités seront évoquées dans ce chapitre.

4.1. Les surexpertises

Les surexpertises ne sont pas référencées comme recours dans l'Instruction Ministérielle n°1700 du Ministère de la Défense, relative à l'aptitude à servir. Cependant, elles représentent plusieurs échelons supplémentaires d'expertise permettant un recours à titre gracieux pour le patient.

Le patient en désaccord avec l'avis du premier spécialiste consulté peut demander une autre surexpertise en suivant la hiérarchie présentée en figure 2.

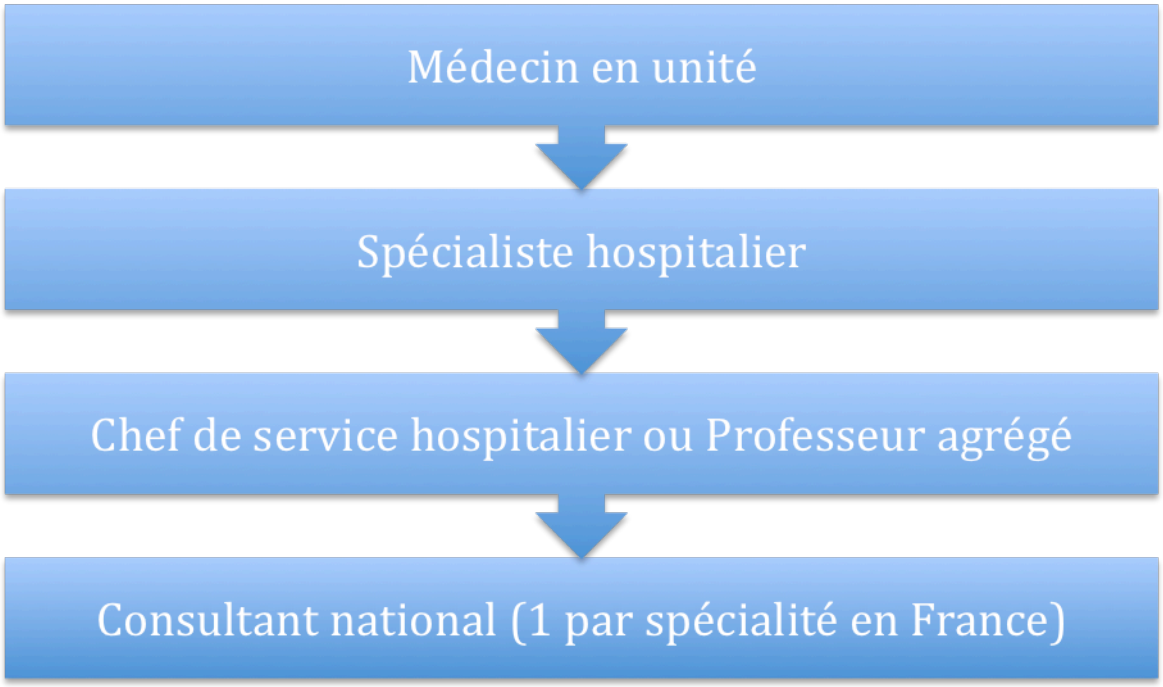

Fig. 2 : Les différents échelons d'expertise de l'aptitude.

L'échelon final de surexpertise est représenté par le consultant national. La visite avec le consultant national est demandée par le patient, non pas par le commandement. Il existe un consultant national par spécialité médicale dans le SSA.

4.2. Le Conseil Régional de Santé (CRS)

C'est un organisme consultatif organisé par la direction régionale du SSA et mis à la disposition du commandement [9]. Le CRS est organisé une fois par mois et examine plusieurs dossiers au cours de la séance. Il est composé de deux praticiens des unités, d'un médecin praticien certifié ou servant dans un centre d'expertise médicale et dirigé par le directeur régional ou son représentant. L'objectif du SSA serait d'y faire siéger des représentants des armées [1]. Les dossiers des patients y sont présentés dans un délai moyen de deux mois.

Il peut-être saisi par le patient (15% des cas), le médecin (80%) ou le commandement (5%). Le médecin chef doit alors communiquer le dossier médical de l'intéressé comprenant tous les éléments médicaux en rapport avec la décision d'aptitude contestée ou à la demande de dérogation assorti d'une fiche de présentation du dossier comportant l'avis motivé du médecin chef.

Le CRS émet des conclusions quant à la décision d'aptitude contestée et peut passer outre le profil minimal d'emploi en émettant une aptitude à l'emploi par dérogation qui figurera alors dans le certificat médico-administratif d'aptitude. Si un sigle est coté à 6, l'aptitude par dérogation n'est pas envisageable. Le conseil peut à l'inverse, émettre des restrictions non prévues par les instructions ministérielles s'il les juge nécessaires. Le tableau 5 recense les dérogations proposées par les CRS en 2011 au profit de l'armée de l'air et le suivi des avis par le commandement (agrément).

Catégorie	Grades	Elargissement des termes de la dérogation médicale		Maintien par dérogation aux normes médicales	
		Non agrément	Agrément	Non agrément	Agrément
Officiers	Colonel	0	2	0	4
	Lieutenant-Colonel	0	5	0	9
	Commandant	2	0	0	0
	Capitaine	1	2	2	12
	Lieutenant	0	2	1	4
	Sous-Lieutenant	0	0	0	1
	Aspirant	1	1	0	1
	Elève-Officier	0	0	0	0
TOTAL Officiers		4	12	3	31
Sous Officiers	Major	0	0	0	5
	Adjudant-Chef	1	1	0	25
	Adjudant	0	0	2	15
	Sergent-Chef	0	1	4	9
	Sergent	0	2	3	10
	Elève Sous-Officier	0	0	0	0
TOTAL Sous-Officiers		1	4	9	64
Militaires du Rang	Caporal-Chef	0	0	4	12
	Caporal	0	0	1	6
	Aviateur	0	0	2	2
TOTAL Militaires du Rang		0	0	7	20
TOTAL		5	16	19	115

Tab. 5 : D'après la direction des ressources de l'armée de l'air décembre 2011 : Dérogations médicales et agréments accordés par les ressources humaines de l'armée de l'air.

En cas d'évolution de la maladie, le médecin militaire est apte à réévaluer les aptitudes sans nouveau passage devant un conseil de santé. L'organisation d'un nouveau conseil de santé peut à nouveau être demandé par l'un des intervenants de l'aptitude.

Dans la région Ile-de-France, les pathologies neurologiques représentaient 22 des 560 avis des CRS organisés entre septembre 2005 et juin 2011 (3,9%), comme indiqué en figure 3.

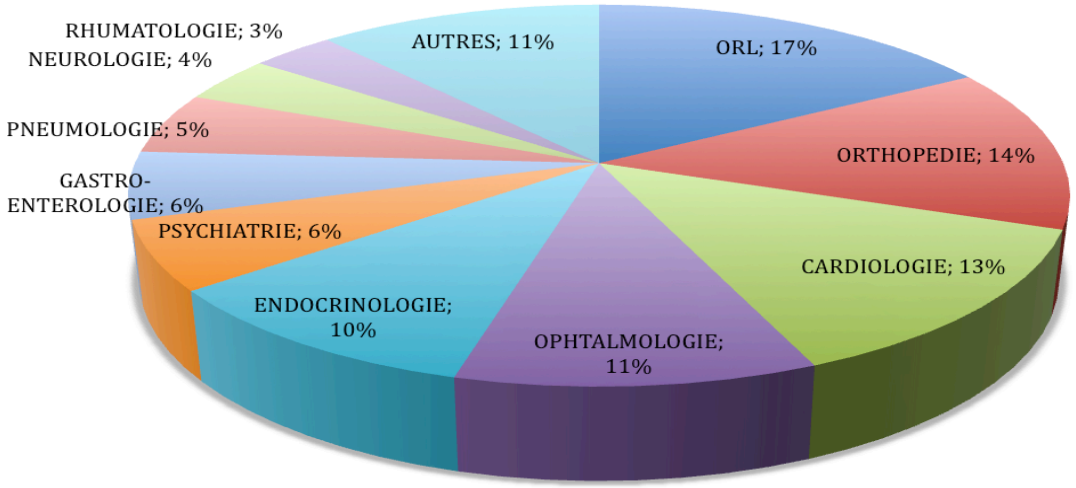

Fig. 3 : D'après le bureau médecine d'armée, Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Saint-Germain-en-Laye: Causes médicales des Conseils Régionaux de Santé de septembre 2005 à juin 2011.

46% des avis intéressant une pathologie neurologique concernaient des patients épileptiques. 27% évaluaient des cas d'hyperthermies malignes d'effort. Le reste des conseils organisés statuait sur les autres pathologies neurologiques : accidents vasculaires cérébraux, angiomes, sclérose en plaque (figure 4).

Chez les patients dont les dossiers ont été étudiés en CRS pour pathologie neurologique, aucun diagnostic n'a été réalisé en VMP prouvant l'inefficacité de la VMP dans la détection des pathologies neurologiques.

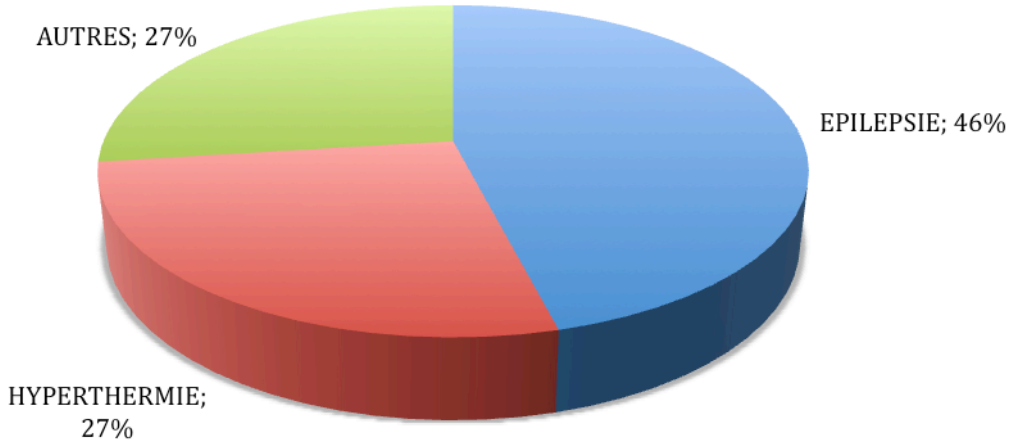

Fig. 4 : D'après le bureau médecine d'armée, Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Saint-Germain-en-Laye: Causes des pathologies neurologiques ayant motivé les Conseils Régionaux de Santé de septembre 2005 à juin 2011.

4.3. Le Conseil Supérieur de Santé (CSS)

En cas de contestation portant sur l'avis du CRS, le patient ou le commandement (par l'intermédiaire de la direction du personnel) peut saisir le conseil supérieur de santé [9]. Il est présidé par un inspecteur du service de santé et composé de l'ensemble des inspecteurs du service de santé, du consultant national de la spécialité ou d'un professeur agrégé de la chaire concernée et de médecins d'unité désignés par la direction centrale du SSA. Les éléments de dossier à présenter au conseil sont similaires. Des représentants des armées y sont présents en tant que membres consultatifs et la conférence de consensus [1] a pour objectif de transformer leurs avis en voix délibératives.

La décision du CSS ne peut être contestée, elle représente le dernier recours possible dans le cadre de la décision médico-militaire.

5. Les conséquences des décisions d'aptitude

Les décisions d'aptitude ont, de façon certaine, une incidence sur le militaire. Nous verrons ici les conséquences d'une inaptitude sur l'emploi du militaire à travers les données disponibles sur le sujet. Malheureusement très peu d'informations ont pu être obtenues au sein du Service de Santé des Armées. Les différents indicateurs n'ayant pu

nous être fournis, ce sont les directions des ressources humaines des différentes armées qui ont pu nous aider dans cette étude.

5.1. Durant la période probatoire

La période probatoire est d'une durée de 6 mois pour tous les personnels incorporés. Cette phase permet au commandement et au service médical d'évaluer le personnel à l'épreuve du service. L'article L.4132-1 du *Code de la Défense* permet à l'autorité administrative de résilier l'engagement d'un militaire engagé, dès lors que son inaptitude est constatée au cours de la période probatoire. Chaque année dans l'armée de terre, 500 militaires récemment incorporés sont renvoyés par le commandement en raison d'une inaptitude. Aucune obligation de reclasser le militaire dans un autre emploi ne s'impose à l'autorité hiérarchique et le contrat est le plus souvent résilié en cas de pathologie incompatible avec le service. Le passage devant une commission de réforme n'est pas nécessaire, il revient au commandement de l'unité de dénoncer le contrat du patient. Durant la période probatoire, le personnel peut également rompre son contrat sans se justifier au commandement (2 500 cas par an pour la seule armée de terre).

5.2. En cours de carrière

5.2.1. L'aménagement de poste

Les fonctionnaires et les agents non titulaires de la fonction publique, dont l'état de santé est altéré et ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions, peuvent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail, conforme à leur état physique. Lorsqu'un aménagement du poste est impossible ou insuffisant, un reclassement professionnel pour inaptitude physique doit être envisagé par la hiérarchie.

Dans certains emplois, l'aménagement de poste s'avère difficile à réaliser, c'est le cas des métiers de sécurité (police, armée). Le commandement préfère souvent que le médecin se prononce sur une reconversion ou un congé maladie plutôt qu'un aménagement de poste. Aucune donnée sur l'aménagement de poste n'est disponible tant au niveau des ressources humaines des armées qu'au niveau de la DCSSA. Mais l'aménagement d'un poste à long terme s'avérant quasiment impossible, on peut supposer qu'ils sont rares.

5.2.2. Le changement de poste au sein de l'armée

Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou définitive, et lorsque les nécessités du service ne permettent pas d'aménager ses conditions de travail, l'administration peut l'affecter sur un autre emploi relevant de son grade, dans lequel les conditions de travail sont adaptées à son état physique et lui permettent d'assurer les fonctions correspondant à ce nouvel emploi. C'est dans ce cadre que le militaire qui ne peut plus réaliser les tâches incombant à sa fonction peut se voir réaffecté sur un autre poste conforme aux exigences émises par le médecin. Les seules données disponibles proviennent de l'armée de l'air et on peut regretter que le SSA ne tienne pas ces indicateurs à jour. Le tableau 6 recense les changements de poste pour inaptitude médicale dans l'armée de l'air en 2010.

Catégorie	**Grades**	**Réorientation médicale**	
		Non agrément	Agrément
Officiers	**Colonel**	0	0
	Lt-Colonel	0	0
	Commandant	0	0
	Capitaine	0	**2**
	Lieutenant	0	**1**
	Sous-Lieutenant	0	0
	Aspirant	0	0
	Elève-Officier	0	0
TOTAL Officiers		0	**3**
Sous-Officiers	**Major**	0	0
	Adjudant-Chef	0	0
	Adjudant	0	0
	Sergent-Chef	**1**	0
	Sergent	**2**	**7**
	Elève Sous-Officier	0	0
TOTAL Sous-Officiers		**3**	**7**
Militaires du Rang	**Caporal-Chef**	**11**	**9**
	Caporal	**9**	**1**
	Aviateur	**3**	**1**
TOTAL Militaires du Rang		**23**	**11**
TOTAL		**26**	**21**

Tab. 6 : D'après la direction des ressources de l'armée de l'air décembre 2011 : Recensement des changements de postes pour inaptitude dans l'armée de l'air.

5.2.3. Le reclassement en dehors de l'armée

▪ *Le reclassement sans cause d'inaptitude physique*

L'armée de terre compte 60 % de personnels contractuels. S'ils ne représentent que 25 % des officiers, ils composent entre 60 et 70 % des effectifs des sous-officiers. Les militaires peuvent bénéficier des avantages de la reconversion à compter de quatre ans de service.

En 2005, 10 261 militaires ont quitté les rangs des forces terrestres. Les militaires totalisant moins de quatre ans d'ancienneté ont représenté 58 % des départs en 2005 contre 63 % en 2004. Deux personnes par régiment se consacrent à plein-temps à cette tâche. L'une d'elles suit les dossiers individuels tandis que l'autre démarche les entreprises et entretient un réseau de relations proches du terrain. Le processus peut s'avérer long et prendre jusqu'à une année pour reclasser certaines personnes. 80 % des anciens militaires de l'armée de terre se reconvertissent dans le secteur privé, contre 20 % dans le secteur public, essentiellement dans la fonction publique d'Etat. La région Terre Nord-Ouest a réalisé en 2003 une enquête sur le reclassement des 550 militaires de cette région ayant bénéficié d'une aide à la reconversion cette année-là. L'étude a montré que 79 % de ces effectifs avaient trouvé un emploi dans le secteur civil au cours de l'année ayant suivi leur départ. Le bilan était variable selon les catégories : 63 % des officiers, 83 % des sous-officiers et 77 % des militaires du rang avaient été reclassés. L'enquête indiquait notamment que 95% des anciens militaires ayant effectué une période d'adaptation en entreprise (PAE) avaient été recrutés. Mais le bilan des militaires n'ayant pas trouvé d'emploi un an après leur départ de l'armée montre que seulement 43 % d'entre eux étaient réellement inscrits comme demandeurs d'emploi, 57 % ne l'étant pas.

▪ *Le reclassement pour cause d'inaptitude physique*

L'obligation de reclassement d'un fonctionnaire de l'Etat pèse sur son employeur en vertu de l'article 47 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires. Ce n'est que lorsqu'un fonctionnaire a été, à l'issue de ses droits statutaires à congé de maladie, reconnu inapte à la reprise des fonctions qu'il

exerçait antérieurement, que l'autorité hiérarchique est tenue de l'inviter à présenter, s'il le souhaite, une demande de reclassement.

Dans l'armée, la législation diffère et l'autorité militaire n'est pas liée au devoir de reclassement des personnels inaptes. C'est la réforme qui est le plus souvent employée dans l'armée. Aucune donnée sur le reclassement n'a pu être obtenue au sein des administrations centrales.

5.2.4. La réforme

Selon les pathologies, la prise en charge de la rémunération des congés maladie peut s'étendre à huit ans de prise en charge du salaire, en totalité pour une partie du temps puis à mi-traitement comme vu dans les tableaux 1 et 2. Ce qui peut paraître un avantage en faveur des salariés du privé s'avère être à double tranchant. L'utilisation d'office de la mise en congé par l'administration, est souvent justifiée mais parfois utilisée comme régulateur institutionnel. De même, la longueur possible de l'arrêt de travail peut conduire à des effets pervers avec un glissement du sujet vers une position de « malade chronique » après des bénéfices secondaires immédiats. La figure 5 montre l'évolution des réformes pour inaptitude entre 2008 et 2010 dans l'armée de l'air.

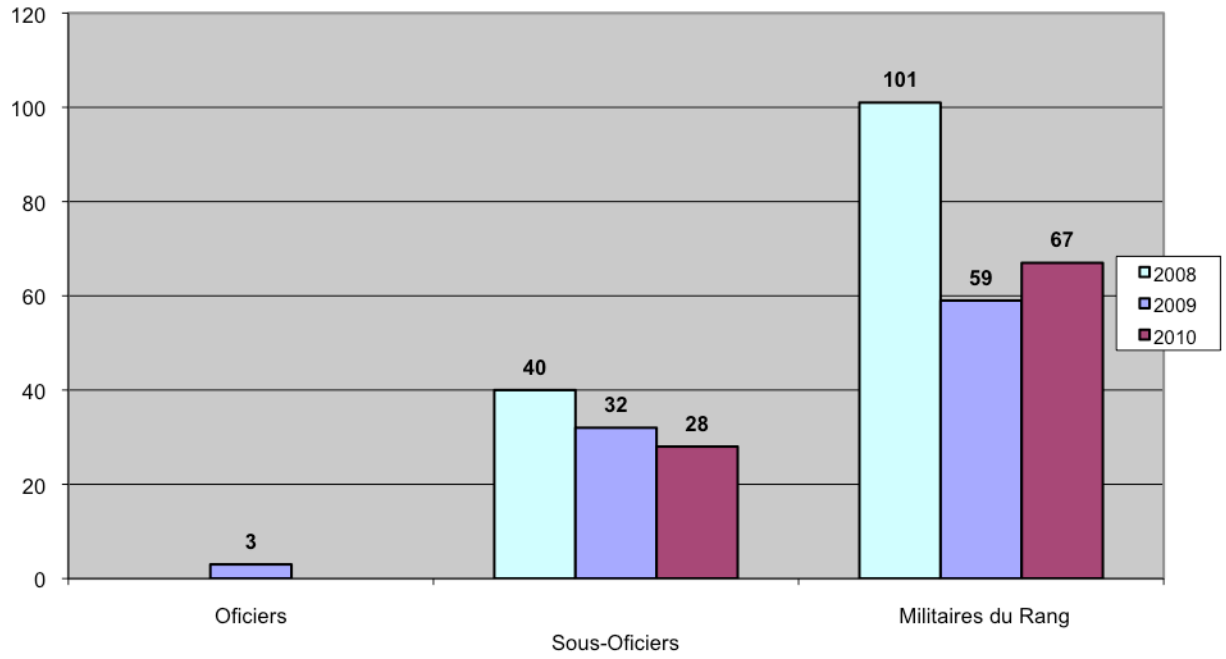

Fig. 5 : D'après la direction des ressources de l'armée de l'air décembre 2011 : Evolution des réformes au sein de l'armée de l'air au cours des années 2008 à 2010.

B. Matériels et méthodes

Notre travail a pour but d'étudier le suivi de la décision d'aptitude par le spécialiste. Nous avons recueilli les données auprès des médecins spécialistes et généralistes et des patients. Nous allons ici décrire les méthodes qui ont permis la réalisation de ce travail.

1. Objectifs de l'étude

Notre travail a pour objectif principal :

- d'évaluer le respect de l'avis spécialisé par le médecin généraliste et par la hiérarchie du patient.

Notre travail a pour buts secondaires :

- d'évaluer le vécu du patient en cas d'inaptitude prononcée.
- d'évaluer la qualité des échanges entre le médecin généraliste en unité militaire et le médecin spécialiste des HIA.
- d'évaluer l'application de l'aptitude prononcée au cours de l'exercice professionnel en unité.
- d'évaluer la compréhension de leurs aptitudes par les militaires.

2. Définition du lieu d'étude

L'étude a eu lieu dans le service de neurologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce à Paris. Ce service est dirigé par le Médecin Chef des Services Hors Classe Renard également consultant national de la spécialité au sein du SSA. Quatre praticiens (trois professeurs agrégés et deux praticiens certifiés) travaillent dans ce service doté de 30 lits d'hospitalisation. Ce service de neurologie générale soigne une population mixte composée de militaires et de civils. Dans le cadre de l'étude, il a comme intérêt d'être l'hôpital référent pour l'ensemble des Régions Terre Ile-de-France, la Région Terre Nord Est et la région Terre Sud Est. Il soigne et se prononce sur l'aptitude de la quasi-totalité des militaires de ces zones, drainant ainsi une grande population de militaires.

3. Définition de la population d'étude

La population de l'étude se divise en trois catégories :

- Les patients dont les critères d'inclusion sont les suivants :
  - ✓ Militaires.
  - ✓ Ayant consulté ou ayant été hospitalisé dans le service de neurologie du Val-de-Grâce entre le 15 février 2011 et le 15 décembre 2011.
  - ✓ Devant avoir subi un avis d'inaptitude prononcé par un neurologue du Service de Santé des Armées sans délai minimal ou maximal fixé.
  - ✓ Ayant maintenu leur activité professionnelle.

  Les patients adressés au chef de service de neurologie pour une surexpertise en tant que consultant national ont été exclus du fait de la complexité des avis d'aptitude de ces dossiers et du biais engendré par le mécontentement des patients pour envisager un recours.
- Les médecins neurologues du service de neurologie du Val-de-Grâce au nombre de cinq. Ils ont statué sur l'aptitude en hospitalisation ou en consultation pour les patients inclus ci-dessus.
- Les médecins généralistes militaires assurant le suivi médical des patients inclus ci-dessus.

4. Mode de collecte des données

Les données relatives aux objectifs de l'étude ont été recueillies via trois questionnaires distribués aux patients, neurologues et généralistes.

4.1. Les questionnaires

4.1.1. Questionnaire destiné au patient

Ce questionnaire (annexe 4) est composé de deux feuilles, dont une notice d'information au patient ayant pour but l'obtention du consentement libre et éclairé avant toute participation à l'étude. Sur ce questionnaire un numéro est attribué, permettant de relier les trois questionnaires entre eux.

Les objectifs de ce questionnaire sont :

- de décrire les caractéristiques des patients militaires consultant dans le service de neurologie du Val-de-Grâce.
- de vérifier la bonne compréhension des militaires de leur aptitude et des potentielles restrictions.
- de recueillir leur ressenti à l'encontre de la prise de décision d'aptitude et leur vécu des inaptitudes prononcées.

4.1.2. Questionnaire destiné au neurologue

Ce questionnaire (annexe 5) est composé d'une feuille qui a pour but :

- de déterminer les aptitudes avant et après la consultation ou hospitalisation.
- de recueillir leur avis quant à l'échange professionnel avec le médecin généraliste.
- de vérifier la bonne compréhension de l'aptitude par le patient.

Sur ce questionnaire un numéro est attribué, permettant de relier les trois questionnaires entre eux.

4.1.3. Questionnaire destiné au généraliste

Ce questionnaire (annexe 6) est composé de deux feuilles dont une notice d'information expliquant l'intérêt de l'étude au médecin généraliste. Il a pour but :

- de recueillir les motifs d'orientation du patient vers un médecin spécialiste.
- de vérifier la satisfaction des généralistes quant à la prise en charge de leurs patients par les spécialistes.
- d'étudier la bonne réalisation des inaptitudes à l'unité et ses causes.

Sur ce questionnaire un numéro est attribué, permettant de relier les trois questionnaires entre eux.

4.2. Procédure

Les neurologues possédaient dans leurs bureaux des triplets de questionnaires (patient/neurologue/généraliste) dont les numéros correspondaient. Des questionnaires étaient également présents dans le bureau médical du secteur hospitalisation. Dès lors qu'un patient répondait aux critères d'inclusion et donnait son

accord pour l'étude de son cas dans la thèse, le neurologue remplissait un questionnaire au cours de la consultation ou de l'hospitalisation. Le patient remplissait dans le même temps le questionnaire lui étant destiné. L'ensemble était posé par chaque intervenant dans une boîte fermée, prévue à cet effet dans le secrétariat du service.

Enfin, le questionnaire destiné au généraliste était associé à chaque courrier adressé au médecin généraliste par le spécialiste que ce soit via le patient ou par voie postale. Une enveloppe préaffranchie était associée à ce questionnaire, permettant un retour facile vers le domicile de l'auteur de cette thèse.

La totalité des questionnaires étaient collectés deux fois par mois, afin d'intégrer les réponses obtenues dans une base de données créées avec le logiciel EpiData™ version 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention 2008).

Les questionnaires ont été traités de façon anonyme.

Une réunion avait eu lieu dans le service pour expliquer aux secrétaires et médecins le protocole de l'étude.

4.3. Méthodes statistiques utilisées

L'analyse statistique a été réalisée en collaboration avec le Département d'Epidémiologie et de Santé Publique Nord (DESP Nord), situé à l'HIA Bégin, et au moyen des logiciels Epi Info™ et Stat 9.2™.

Les comparaisons des distributions ont été effectuées avec les tests du $\chi 2$ et de Fischer. Les comparaisons moyennes ont été réalisées avec le test de Mann-Whitney. L'accord inter-juges a été évalué à l'aide du coefficient κ. Les variables quantitatives sont exprimées par leur moyenne et leur écart-type. Elles ont été comparées par le test de Student. Les variables qualitatives sont exprimées par leur pourcentage par rapport aux effectifs et ont été comparées par le test du Chi-2. Le rôle de certains facteurs a été analysé par régression linéaire multiple. Le seuil de signification retenu est de 0,05.

5. Mode de financement de l'étude

Une partie des frais générés par la mise en œuvre de l'étude a été supporté par l'Ecole du Val-de-Grâce et l'HIA du Val-de-Grâce.

C. Résultats

1. Caractéristiques générales de la population de l'étude

Entre le mois de février et le mois de novembre 2011, 39 patients ont été inclus dans l'étude que nous avons menée. Sur ces 39 patients, seuls 29 dossiers complets avec les trois questionnaires ont été recueillis. Pour les dix autres patients de cette étude, seuls deux questionnaires ont été recueillis, le questionnaire manquant étant celui remis au médecin généraliste.

1.1. Age

Pour les 29 questionnaires complets, l'âge moyen des patients est de 34,3 ans (écart-type de 2,9 ans) alors que pour les 10 formulaires incomplets, l'âge moyen est de 32 ans (écart-type de 1,8 ans). Le p étant de 0,53, la différence entre les deux groupes n'est pas significative. En regroupant les deux populations (29 questionnaires complets et les 10 questionnaires incomplets), l'âge moyen est de 32,6 ans, les âges extrêmes sont de 20 ans et de 55 ans. L'intervalle interquartile est compris entre 25 et 39 ans. La figure ci-dessous retranscrit la répartition des effectifs totaux de l'étude.

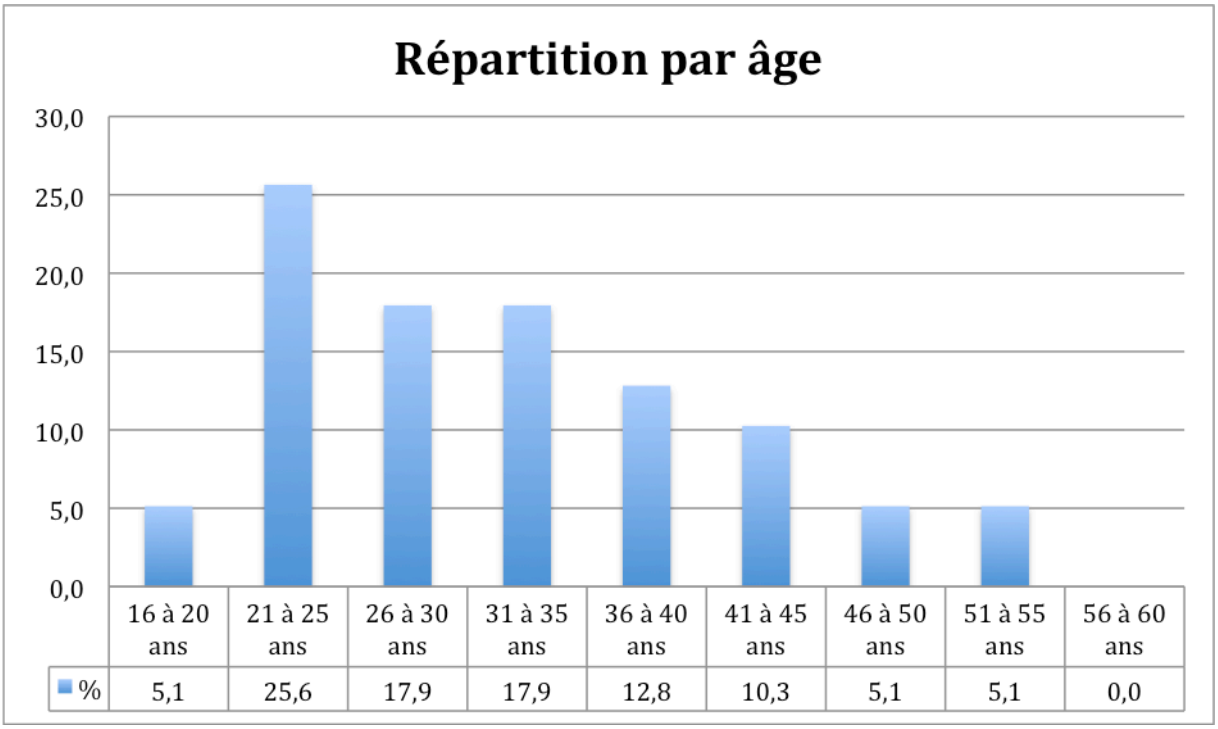

Fig. 6: Répartition des effectifs totaux de l'étude par tranche de 5 ans, résultats en pourcentage.

1.2. Sexe

Pour les 29 questionnaires complets, les patients sont masculins pour 89,7% alors que pour les 10 formulaires incomplets, 80,0% étaient des hommes. Le p étant de 0,59, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes. En regroupant les deux populations, 87,2% des patients sont masculins et 12,8% sont féminins. La figure ci-dessous représente cette répartition.

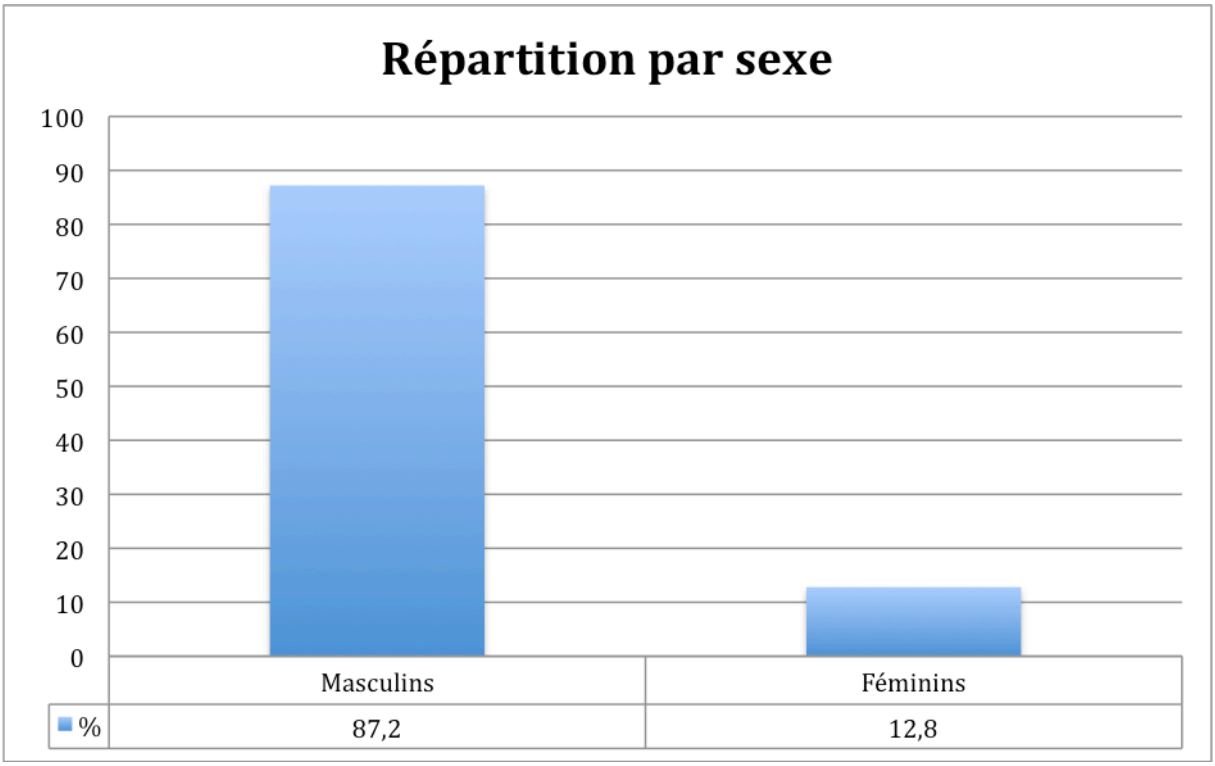

Fig. 7 : Répartition des effectifs totaux de l'étude par sexe, résultats en pourcentage.

1.3. Emploi des sujets

1.3.1. Origine géographique des sujets

La répartition géographique est réalisée d'après le découpage territorial des zones de défense. Comme indiqué dans la figure 8, les 39 patients de l'étude proviennent pour 31% de la région Ile-de-France, 24% de la région Est, 21% de la région Sud-Ouest, 14% de l'Ouest, 3% du Sud-Est. Il est à noter que 7% proviennent des forces pré-positionnées à l'étranger (1 patient de Côte d'Ivoire et 2 de la brigade Franco-Allemande).

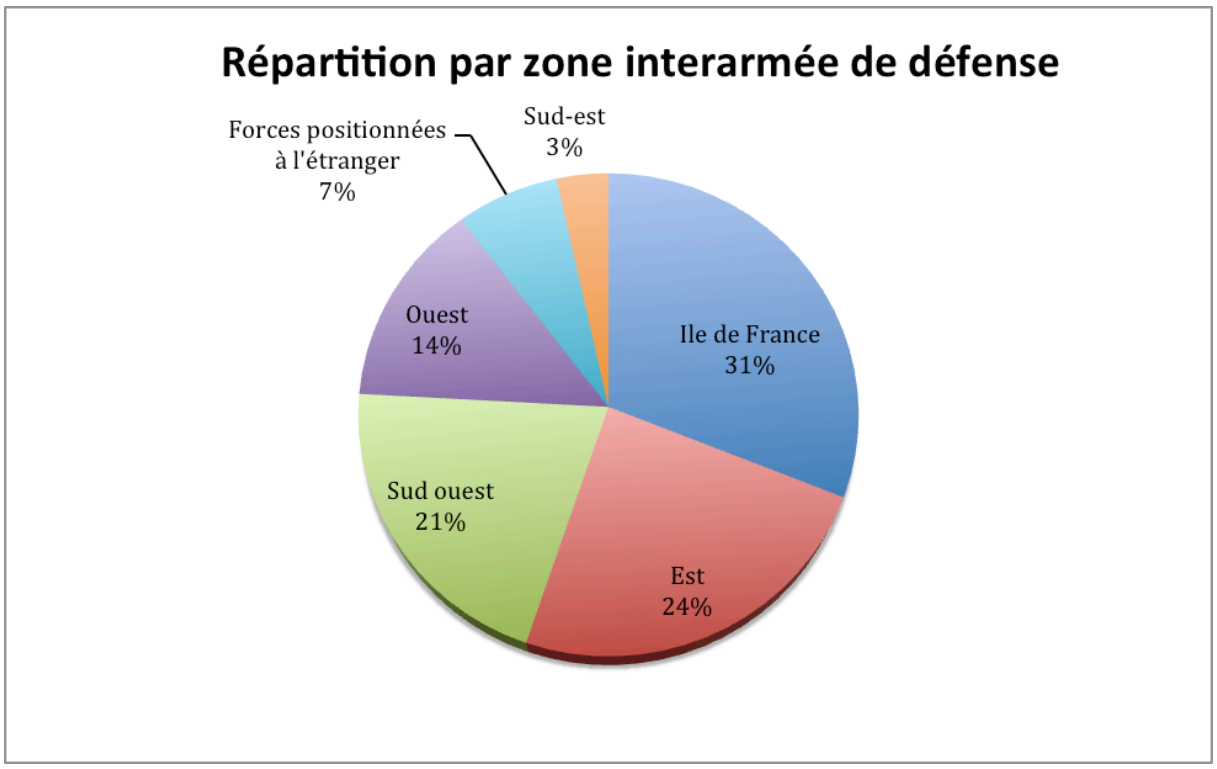

Fig. 8 : Répartition des effectifs totaux de l'étude par région de provenance.

1.3.2. Armée d'affectation

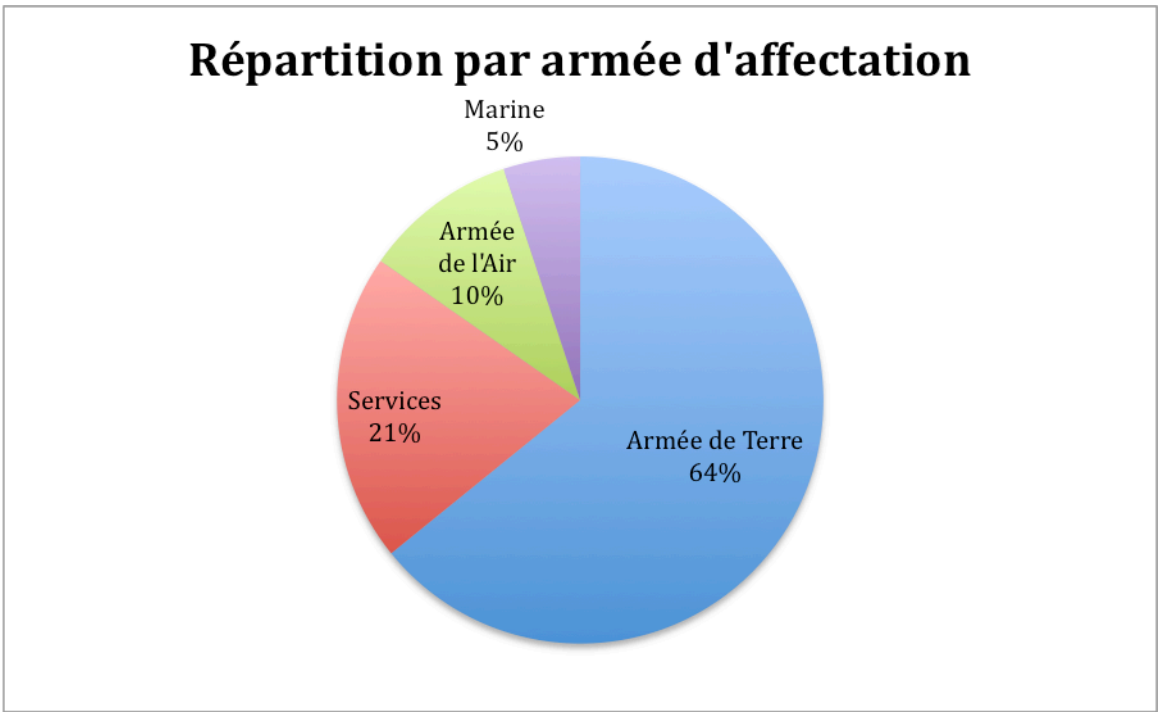

Fig. 9 : Répartition des effectifs totaux de l'étude par armée d'affectation.

La figure 9 représente la répartition de la population par armée. Nous détaillons nos résultats: pour les 29 questionnaires complets, 69,0% des effectifs proviennent de l'armée de terre, 17,2% proviennent des services, 10,3% proviennent de l'armée de l'air et 3,5% proviennent de la marine. Pour les 10 questionnaires incomplets, 50,0% des effectifs proviennent de l'armée de terre, 30,0% proviennent des services, 10,0% proviennent de l'armée de l'air et 10,0% proviennent de la marine. Le p étant de 0,51, la différence entre les deux groupes n'est pas significative. En regroupant les deux populations, 64,1% des effectifs proviennent de l'armée de terre, 20,5% proviennent des services, 10,2% proviennent de l'armée de l'air et 5,1% proviennent de la marine.

1.3.3. Grade des sujets

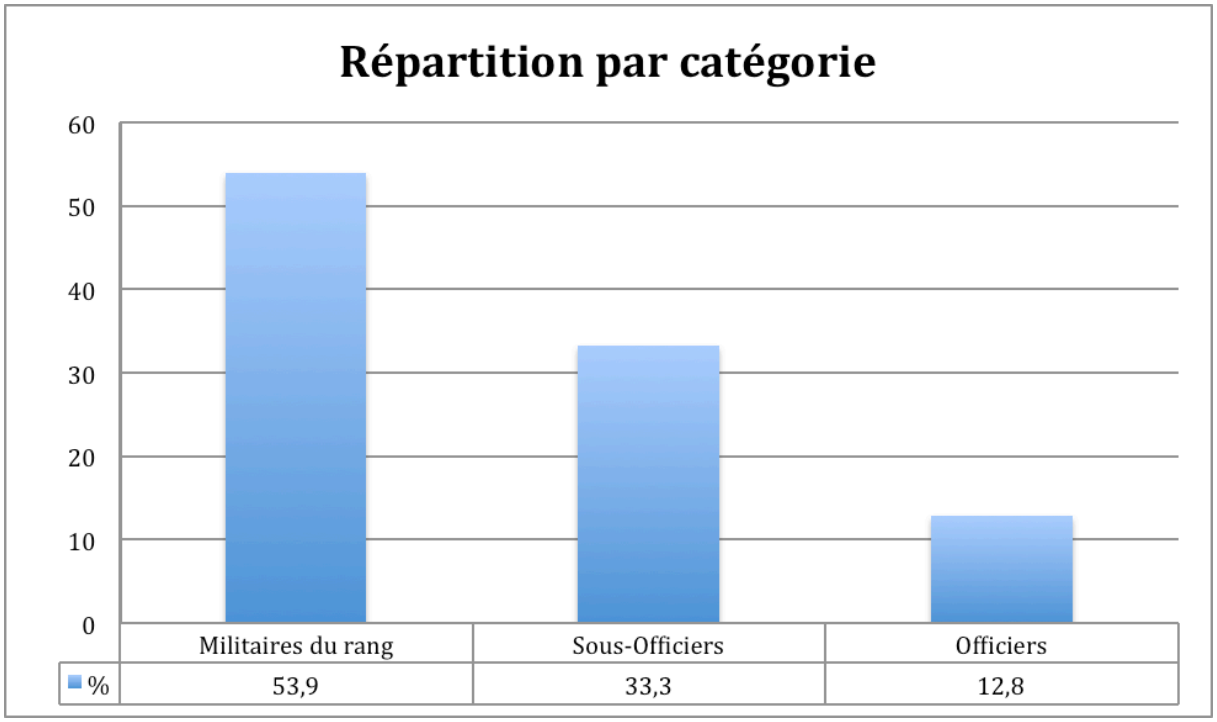

Fig. 10 : Répartition des effectifs de l'étude par catégorie de grade, résultats en pourcentage.

La figure 10 montre la répartition de la population d'étude en fonction de la catégorie de grades. Pour les 29 questionnaires complets, 13,8% des effectifs sont 2ème ou 1ère classe, 41,4% sont caporal ou caporal-chef, 17,2% sont sergent ou sergent-chef, 17,2% sont adjudant ou adjudant-chef. Enfin, 10,4% de la population est représentée par les officiers. Pour les 10 questionnaires incomplets, 10,0% des effectifs sont 2ème ou 1ère classe, 40,0% sont caporal ou caporal-chef, 20,0% sont sergent ou sergent-chef,

10,0% sont adjudant ou adjudant-chef. Enfin, 20,0% sont des officiers. Le p étant de 0,95, la différence entre les deux groupes n'est pas significative. En regroupant les deux populations, 12,9% des effectifs sont 2ème ou 1ère classe, 41,0% sont caporal ou caporal-chef, 17,9% sont sergent ou sergent-chef, 15,4% sont adjudant ou adjudant-chef. Enfin, 12,8% de la population est représentée par les officiers.

1.3.4. Ancienneté et statut dans l'institution

Pour les 29 questionnaires complets, 24,1% sont en cours de premier contrat, 24,1% sont en cours de deuxième contrat, 20,6% ont une carrière supérieure à 10 ans et 31,0% sont militaires de carrière. Pour les 10 questionnaires incomplets, 20,0% sont en cours de premier contrat, 20,0% sont en cours de deuxième contrat, 30,0% ont une carrière supérieure à 10 ans et 30,0% sont militaires de carrière. Le p étant de 0,87, la différence entre les deux groupes n'est pas significative. En regroupant les deux populations, 23,1% sont en cours de premier contrat, 23,1% sont en cours de deuxième contrat, 23,1% ont une carrière supérieure à 10 ans et 30,7% sont militaires de carrière. La figure ci-dessous montre la répartition de l'ensemble de notre population d'étude en fonction du statut.

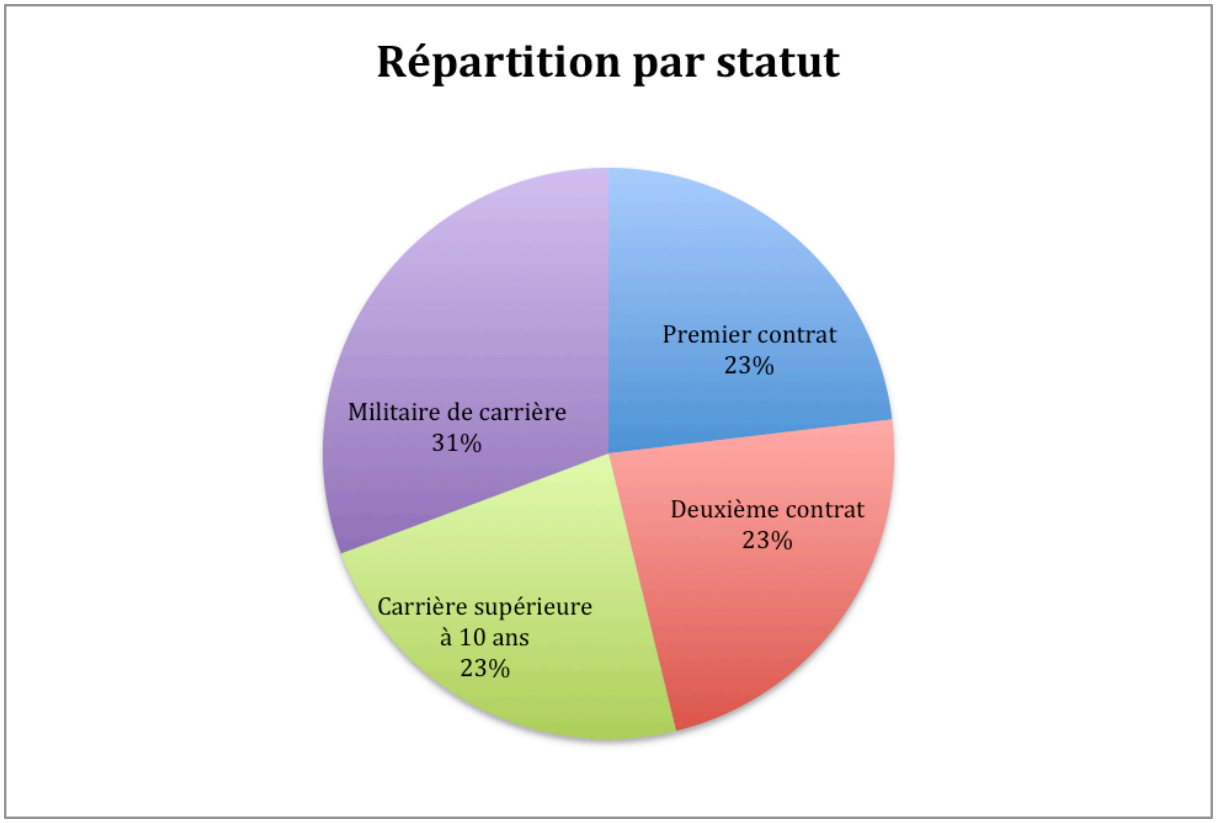

Fig. 11 : Répartition des effectifs de l'étude par statut.

2. Caractéristiques des pathologies et inaptitudes de la population de l'étude

2.1. Maladie neurologique de la population

Selon les résultats des questionnaires remis par les neurologues, les maladies des patients sont réparties comme indiqué dans la figure ci-dessous:

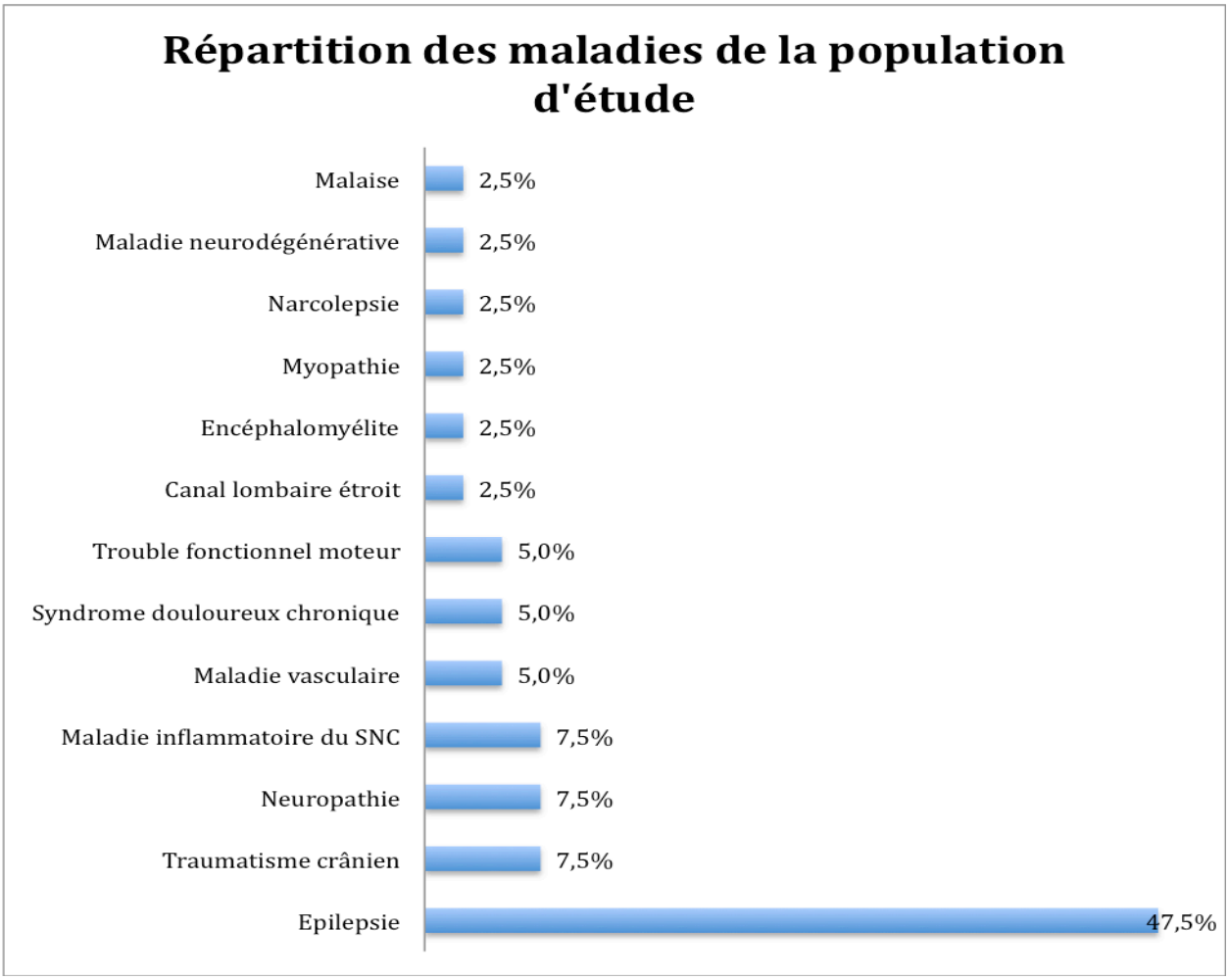

Fig. 12 : Répartition des pathologies de la population d'étude selon les neurologues.

2.2. Cadre de la première consultation

Le patient a consulté pour la première fois dans le service à la demande du :

- Médecin d'unité : 77,5%
- Médecin en OPEX: 17,5%
- Neurologue civil : 2,5%
- Spécialiste des HIA : 2,5%.

2.3. Délai entre la dernière modification d'aptitude et la consultation actuelle

Le délai s'étant écoulé entre la dernière modification d'aptitude et la consultation actuelle est en moyenne de 12,6 mois. L'extrême inférieur est de 2,0 mois tandis que l'extrême supérieur est de 13 ans et 4 mois (160 mois). L'intervalle interquartile est compris entre 5,8 mois et 25,5 mois.

2.4. Nombre de consultations dans un service de neurologie militaire

Les patients ont eu moins de 2 consultations dans un service de neurologie d'un HIA pour 32,5% d'entre eux. 42,5% d'entre eux ont consulté entre 2 et 5 fois un neurologue militaire et 25,0% l'ont consulté plus de 5 fois.

2.5. Profil d'aptitude

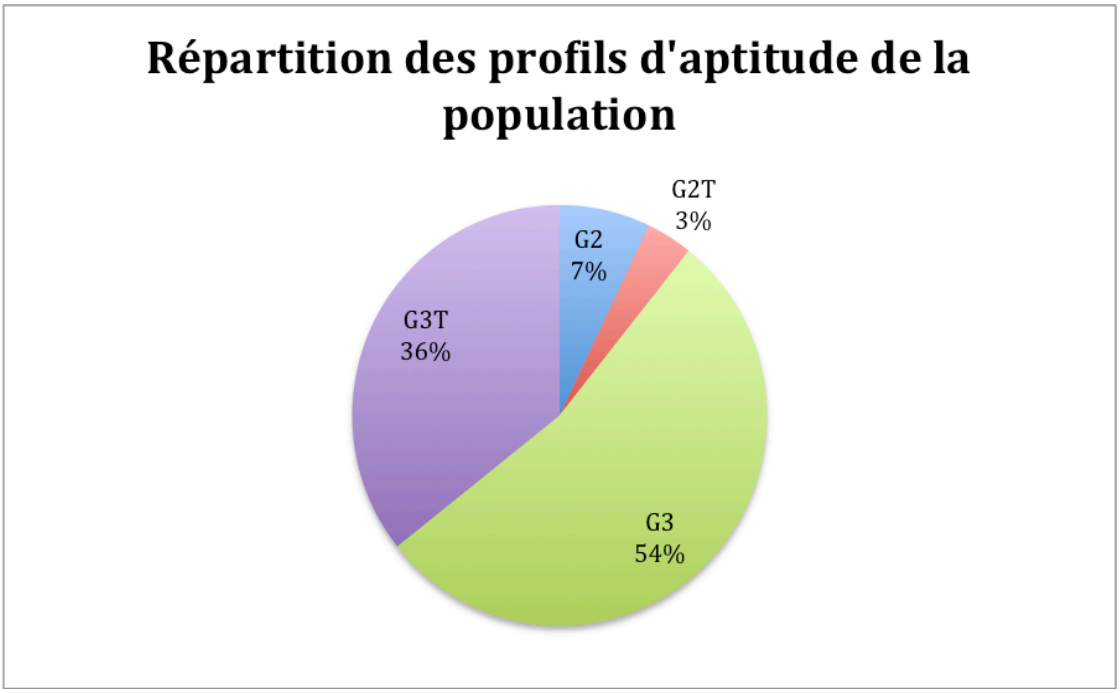

Fig. 13 : Répartition des profils d'aptitude de la population.

La figure 13 montre la répartition des profils d'aptitude G ainsi décrite:

- G2 : 7,1%
- G2T : 3,6%
- G3 : 53,6%
- G3T : 35,7%.

3. Respect des décisions médico-militaires

3.1. Concordance entre l'aptitude prescrite par le neurologue, l'aptitude assimilée par le généraliste et celle transmise à la hiérarchie

13,7% des profils de restrictions d'aptitudes prononcés par les neurologues ne sont pas respectés strictement. Les aptitudes sont modifiées par le généraliste pour 7,7% des officiers et sous-officiers (catégorie cadres) et pour 18,8% des militaires du rang. Le p étant de 0,39, il n'y a pas de différence significative du traitement de l'information par le généraliste entre les cadres et les militaires du rang.

La modification de l'aptitude par le généraliste (appelée ici discordance de transmission) est de 21,4% pour les militaires dans leur 1er ou leur 2ème contrat (Profil de carrière court) et de 6,7% pour les militaires de carrière ou dont l'engagement est supérieur à 10 ans (Profil de carrière long). Le p étant de 0,25, il n'y a pas de différence significative de traitement de l'information par le généraliste en lien avec le statut.

Cependant ces données prennent en compte l'intégralité du profil d'un patient avec ses aptitudes et inaptitudes. Nous pouvons interpréter les données différemment. Si nous considérons aptitude par aptitude, la modification moyenne de l'indication d'une aptitude est de 1,23% comme indiqué dans le tableau 7. Ainsi les aptitudes sont bien respectées mais de nombreux patients exécutent ou n'exécutent pas une tâche qui au contraire devrait ne pas être réalisée ou être réalisée.

Le tableau 7 décrit par indication sur une restriction d'aptitude :

- Dans la première colonne, la mauvaise connaissance de la décision médico-militaire par le médecin généraliste (discordance de connaissance)
- Dans la deuxième colonne, la mauvaise transmission de la DMM à la hiérarchie par le généraliste (discordance de transmission).

Indication sur l'aptitude	Discordance de connaissance	Discordance de transmission
Garde	0,0%	3,5%
Permanence	0,0%	0,0%
OPEX	3,5%	3,5%
Tir	3,5%	0,0%
Sport	0,0%	3,5%
CCPM	0,0%	3,5%
Conduite de Véhicules Légers	3,5%	0,0%
Conduite de PL	3,5%	3,5%
Travaux en hauteur	3,5%	0,0%
Plongée	0,0%	0,0%
Charge lourde	0,0%	0,0%
Sédentaire	0,0%	0,0%
Terrain	0,0%	0,0%
Pilote de chasse	0,0%	0,0%
Moyenne de la modification des aptitudes à une tâche	**1,23%**	**1,23%**

Tab. 7: Modification de la DMM entre le neurologue, le généraliste et la hiérarchie.

3.2. Respect des avis en unité

Le respect de la DMM par la hiérarchie est sensiblement similaire d'après les acteurs de cette étude :

- Selon le neurologue, l'avis spécialisé est respecté en unité à 89,7%.

- D'après le généraliste, l'avis du médecin d'unité est suivi à 89,7%, les restrictions sont majorées par la hiérarchie pour 5,25% de la population et sont diminuées pour 5,25%.

- Selon les patients, 79,7% des DMM sont respectées dans leur intégralité par la hiérarchie.

Le tableau 8 décrit par indication de restriction d'aptitude le taux de respect de la DMM par la hiérarchie.

Indication sur l'aptitude	Non respect de la DMM
Garde	10,4%
Permanence	10,4%
Opex	10,4%
Tir	13,8%
Sport	10,4%
CCPM	10,4%
VL	24,2%
PL	20,7%
Travaux en hauteur	13,8%
Plongée	3,5%
Charge lourde	0,0%
Sédentaire	3,5%
Terrain	3,5%
Pilote de chasse	0,0%
Taux de modification moyenne de l'aptitude à une tâche	**9,6%**

Tab. 8 : Non respect de la DMM par la hiérarchie.

Le non respect de la DMM par la hiérarchie est de 0% pour la catégorie cadres et de 38% pour les militaires du rang. Le p étant de 0,01, il existe un lien significatif entre le grade et la manière de traiter la DMM par la hiérarchie.

Le non respect de la DMM par la hiérarchie est de 36% pour la catégorie de profil de carrière court et de 6,7% pour les militaires dont le profil de carrière est long. Le p étant de 0,05, il existe une tendance statistique liant la durée de la carrière et la manière de traiter la DMM par la hiérarchie.

La figure 14 résume le suivi des DMM spécialisées en unité en détaillant la modification par le généraliste ou le non respect par la hiérarchie. Y sont détaillés les chiffres en fonction du profil de durée de la carrière ou du statut de grade du patient. Nous observons dans cette figure que le non respect de la DMM au sein de l'unité provient plus de la hiérarchie et qu'elle affecte plus les patients militaires du rang.

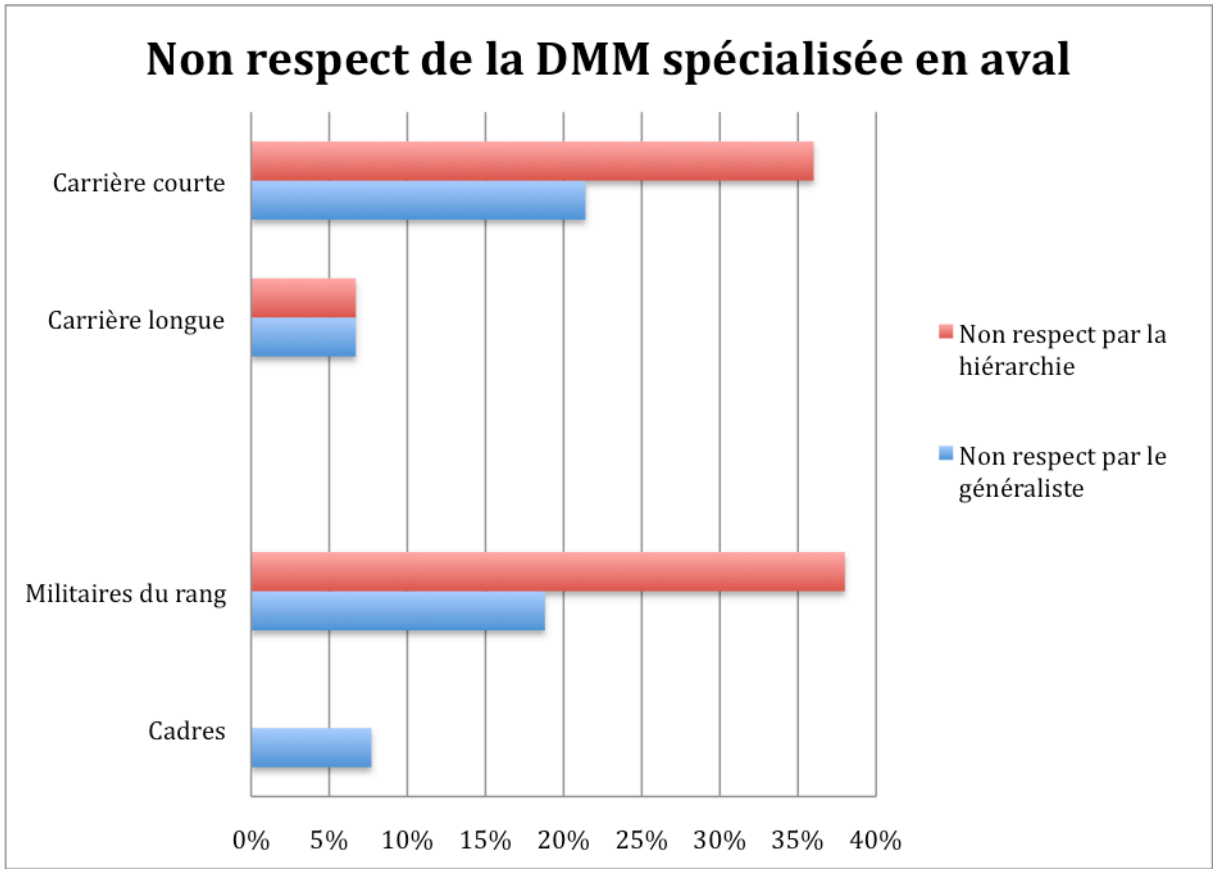

Fig. 14 : Non respect de la DMM par le généraliste et la hiérarchie en fonction du statut et du grade.

4. Vécu de l'inaptitude par le patient

4.1. Connaissance de sa pathologie

Les patients connaissent à 100% le nom de la pathologie dont ils souffrent après test de concordance avec le chapitre 2.1.

4.2. Adaptation de l'emploi à la pathologie

48,3% des patients disent avoir bénéficié d'une adaptation du poste à leur pathologie. 46,1% des cadres ont bénéficié d'une adaptation de leur poste et 62,5% des militaires du rang ont bénéficié d'une adaptation de leur poste. Le p étant de 0,38, il n'existe pas de différence significative d'adaptation du poste en fonction du grade.

85,7% des patients de profil de carrière court ont bénéficié d'une adaptation de leur poste alors que 26,7% des patients de profil de carrière long ont bénéficié d'une

adaptation de leur poste. Le p étant de 0,001, les patients avec des profils de carrière courte ont significativement plus d'adaptation de poste que les patients avec des profils de carrière longue.

La figure ci-dessous retranscrit les chiffres d'adaptation du poste obtenus dans notre étude.

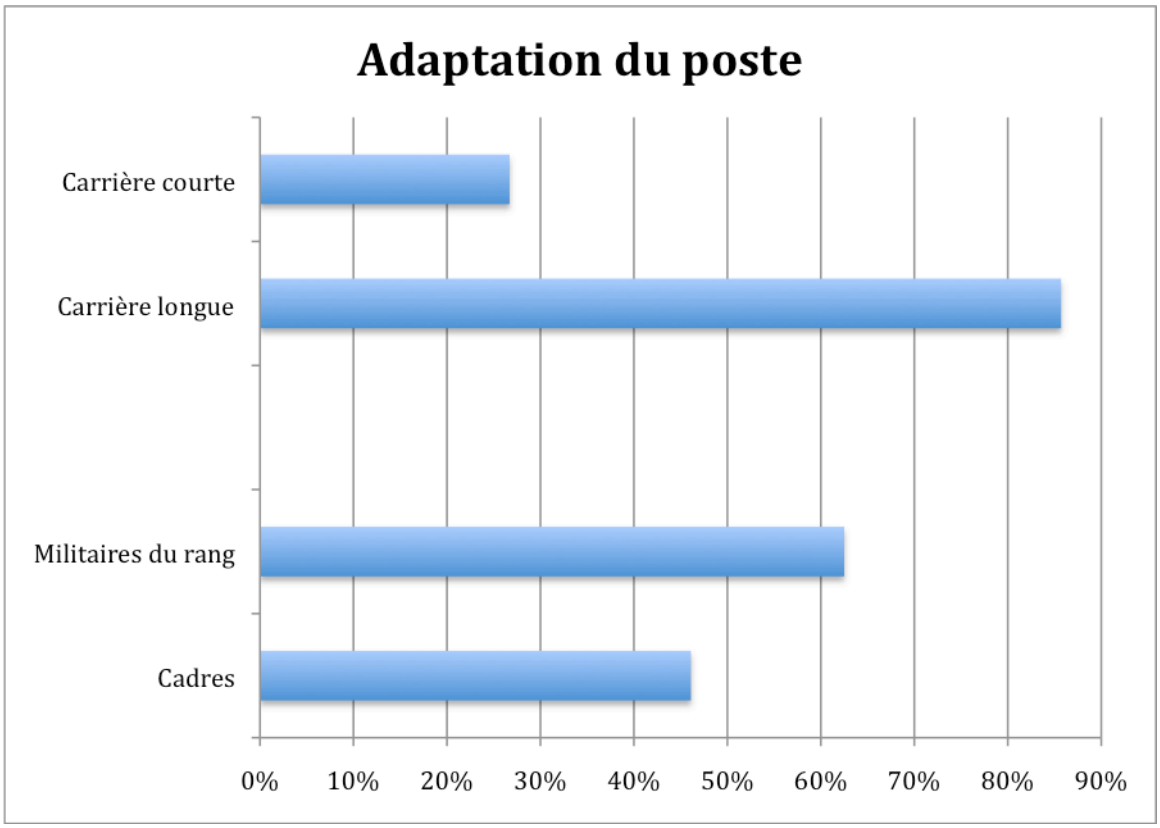

Fig. 15 : Adaptation du poste en fonction du statut et du grade.

Les patients qui ont bénéficié d'une adaptation de leur poste viennent pour:

- 69,2% de l'armée de terre
- 23,1% de l'armée de l'air
- 7,7% des services.

56,3% des patients ayant bénéficié d'un poste adapté sont satisfaits de ce poste.

4.3. Surprise vis-à-vis de l'inaptitude

A l'encontre du retentissement de l'inaptitude, les patients se déclarent (fig 16):

- Complètement surpris pour 6,9%
- Assez surpris pour 34,5%
- Plutôt pas surpris pour 31,0%
- Pas du tout surpris pour 27,6%.

38,5% des cadres et 56,3% des militaires du rang se sont déclarés plutôt surpris. Cependant le p=0,34 ne suggère pas de lien entre le grade et la surprise lors de la survenue de l'inaptitude.

42,9% des militaires de carrière plutôt courte et 46,7% des militaires de statut longs se sont déclarés plutôt surpris. Le p=0,84 ne suggère pas qu'une catégorie soit plus surprise que l'autre.

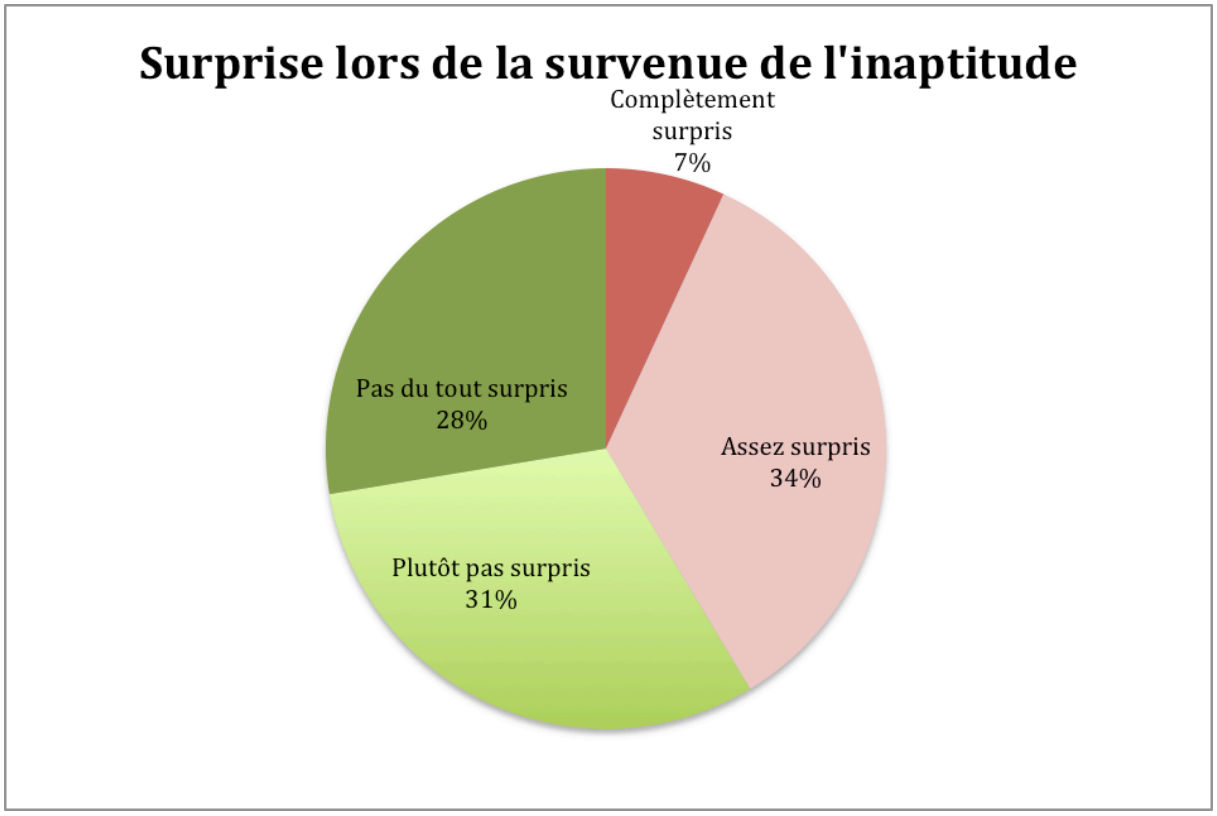

Fig. 16 : Ressenti de la population lors de la survenue de l'inaptitude.

4.4. Connaissance de son inaptitude

62,1% des patients disent connaître leur SIGYCOP. Après test de concordance avec le sous-chapitre 2.5, le taux réel de connaissance du SIGYCOP par les patients est de 55,2%.

76,9% des cadres connaissent la valeur de leur sigle G du profil SIGYCOP. 37,5% des militaires du rang sont au fait de sa valeur. Le p=0,033 suggère que les cadres connaissent mieux leur profil SIGYCOP que les militaires du rang. 42,9% des militaires de carrière courte connaissent leur SIGYCOP tandis que 66,7% des patients de profil

statutaire long le connaissent. Le p=0,20 ne suggère pas de lien entre le statut et la connaissance du SIGYCOP. Ces chiffres sont résumés dans la figure 17.

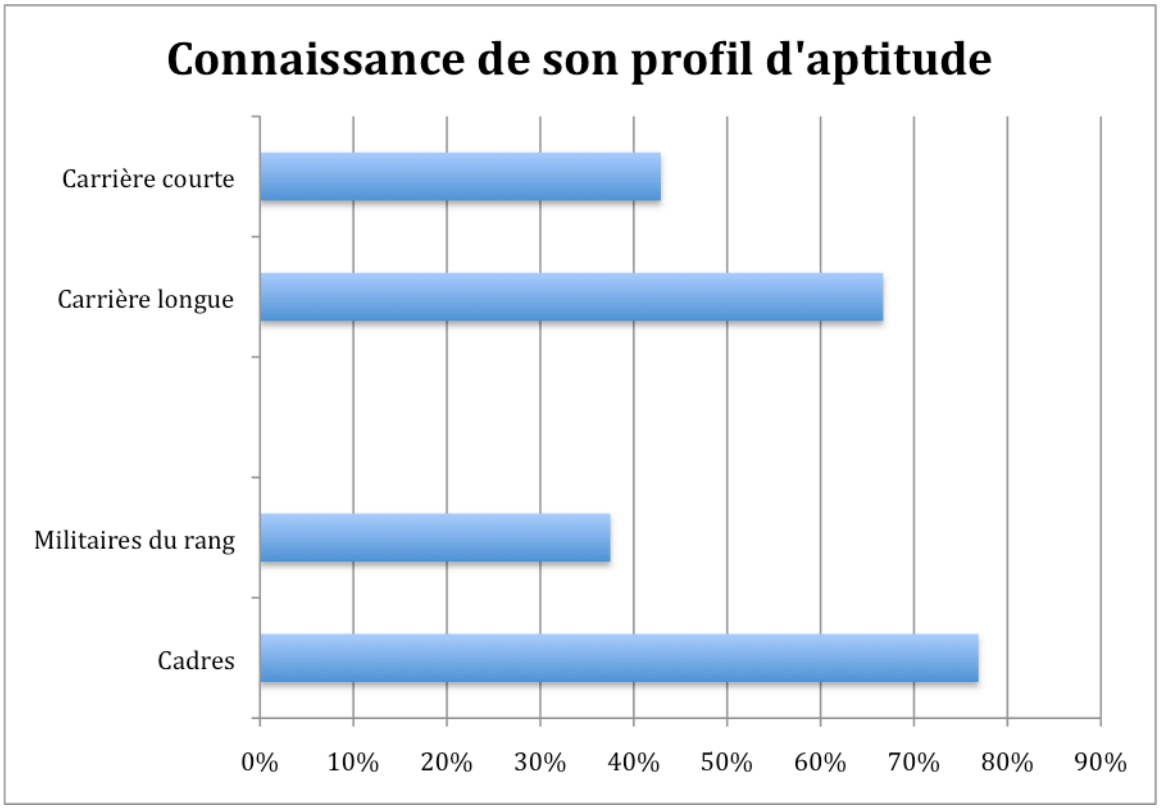

Fig. 17 : Connaissance de son profil médical d'aptitude en fonction du statut et du grade.

4.5. Retentissement de l'avis d'aptitude sur l'emploi

37,2% des patients déclarent avoir subi des conséquences néfastes sur leur emploi et 7,7% des patients déclarent avoir bénéficié de conséquences positives sur leur emploi.

57,1% des patients sédentaires déclarent que l'avis a eu un effet sur leur emploi tandis que 33,3% des patients ayant un poste non sédentaire déclarent une incidence sur leur emploi. Le p étant de 0,27, il n'y a pas de tendance significative liant la sédentarité aux conséquences sur l'emploi.

4.6. Retentissement psychologique

Selon les patients : ils sont 34,5% à subir une altération psychologique du fait de l'inaptitude. Chez les patients sédentaires, 26,7% des patients ont subi une altération psychologique tandis que 42,9% des patients non sédentaires ont subi une altération

psychologique. Le p étant de 0,45, il n'y a pas de tendance significative liant la sédentarité au retentissement psychologique de l'inaptitude.

Dans 52,0% des cas, les trois acteurs de l'aptitude sont d'accord sur la présence ou non d'altération psychologique. Selon le neurologue, 34,5% des patients ont subi une altération de leur santé mentale du fait de l'inaptitude contrairement aux généralistes qui ne retrouvent que 10,3% d'altération de la santé psychologique. Patients et neurologues sont d'accord dans 69,0% des situations sur la présence ou l'absence d'altération de la santé mentale tandis que 75,9% des généralistes et patients s'entendent sur ce point.

4.7. Retentissement général sur le patient

6,9% des patients déclarent un retentissement sur leur solde et 44,8% déclarent un effet sur leur emploi (figure 18). 38,5% des cadres déclarent un retentissement sur leur emploi tandis que 60% des militaires du rang déclarent ce même effet. Le p=0,26 suggère l'absence de lien entre le grade et le retentissement professionnel de l'aptitude. 57,1% des militaires de courte carrière déclarent un effet professionnel de l'inaptitude tandis que 40% des militaires de profil statutaire retrouvent cet effet. Le p=0,36 ne montre aucun lien entre le statut et le retentissement professionnel de l'aptitude.

Les patients déclarent avoir été mis à l'écart dans leur vie professionnelle pour 31,0% et dans leur vie personnelle pour 0%

96,7% des patients pensent que la décision est prise dans l'intérêt de leur santé, 53,6% dans l'intérêt de leur vie personnelle et 60,7% dans l'intérêt de leur vie professionnelle.

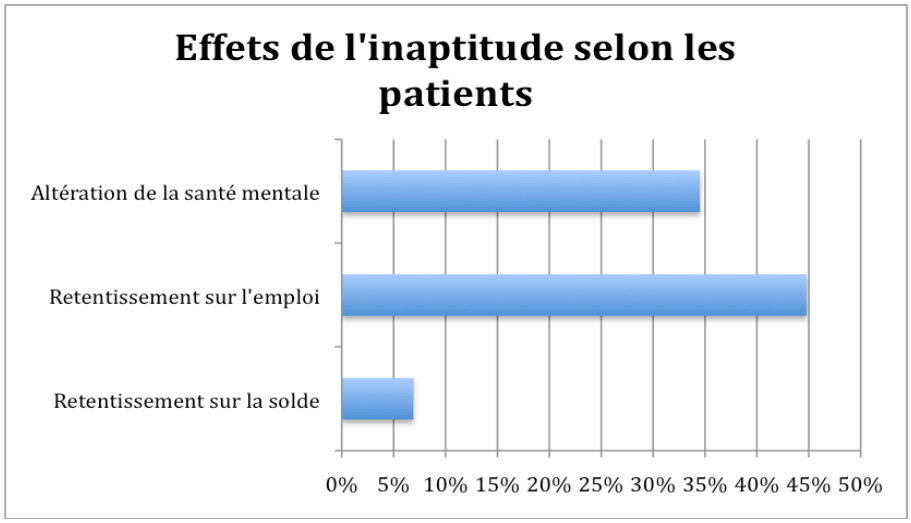

Fig. 18 : Effets de l'inaptitude déclarés par les patients.

4.8. Annonce de la maladie à la hiérarchie

72,0% des patients ont été reçus par leur hiérarchie au retour de leur consultation avec le neurologue. 68,7% des patients déclarent avoir expliqué leur maladie à leur hiérarchie. 66,7% des cadres et 70,6% des militaires du rang disent avoir expliqué leur maladie à leur hiérarchie. Le p=0,82 n'est pas en faveur d'un lien entre le grade et le fait d'annoncer sa maladie à sa hiérarchie.

4.9. Avenir professionnel souhaité

Aucun des patients vus par le neurologue ne souhaitait demander de dérogation.

Les souhaits des patients pour leur avenir professionnel sont (figure 19):

- Continuer au poste actuel pour 41,4%
- Obtenir une mutation pour 24,1%
- Retour au poste antérieur pour 20,7%
- Ne pas renouveler son contrat pour 10,3%
- Démissionner pour 3,5%.

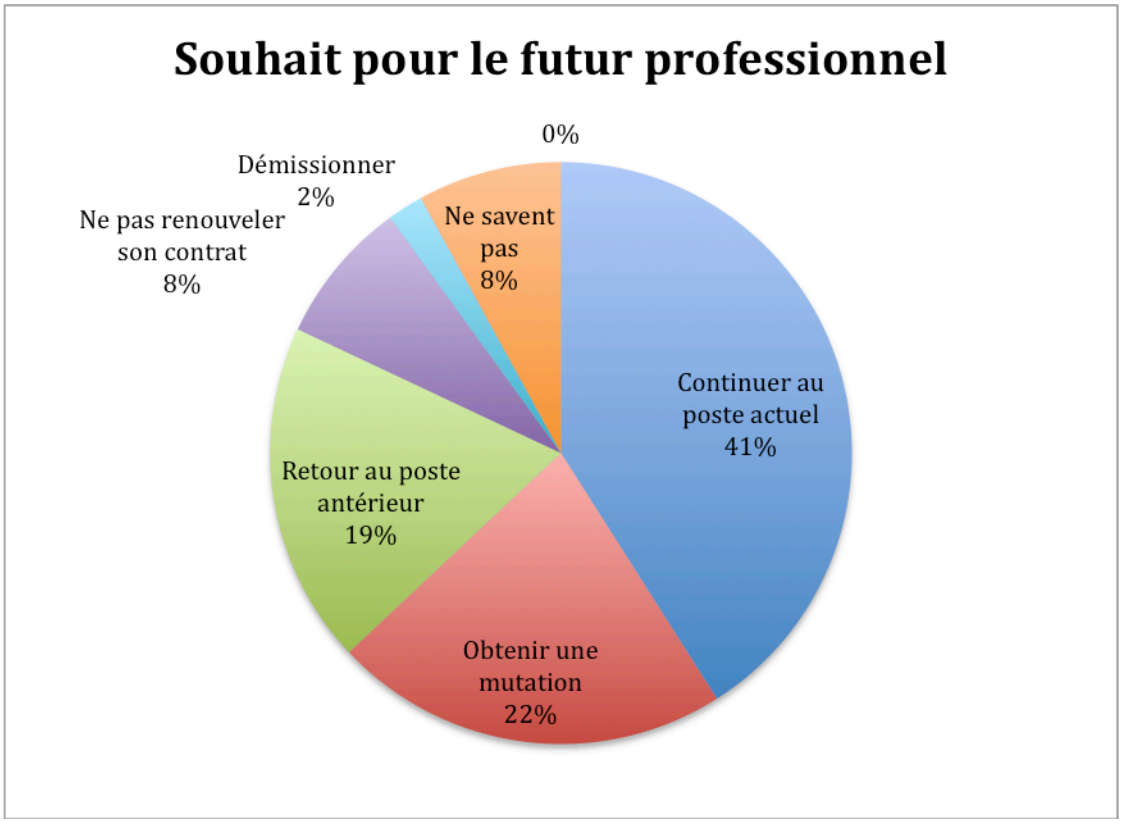

Fig. 19 : Projet professionnel ultérieur

4.10. Satisfaction envers le Service de Santé des Armées

Selon les neurologues, 10,3% des patients ont demandé de modifier l'aptitude au cours de la consultation. Les patients déclarent être satisfaits à 100% de la prise en charge globale du SSA.

5. Relations et satisfaction des différents acteurs de l'aptitude

5.1. Respect de l'IM 2100 par le généraliste

Les généralistes déclarent respecter l'IM2100 (figure 20):

- toujours pour 20.7% d'entre eux
- dans 90% des cas et plus pour 55.1% d'entre eux
- entre 75% et 90% des cas pour 24.1% d'entre eux

Tous les généralistes respectent l'IM2100 dans plus de 75% des cas.

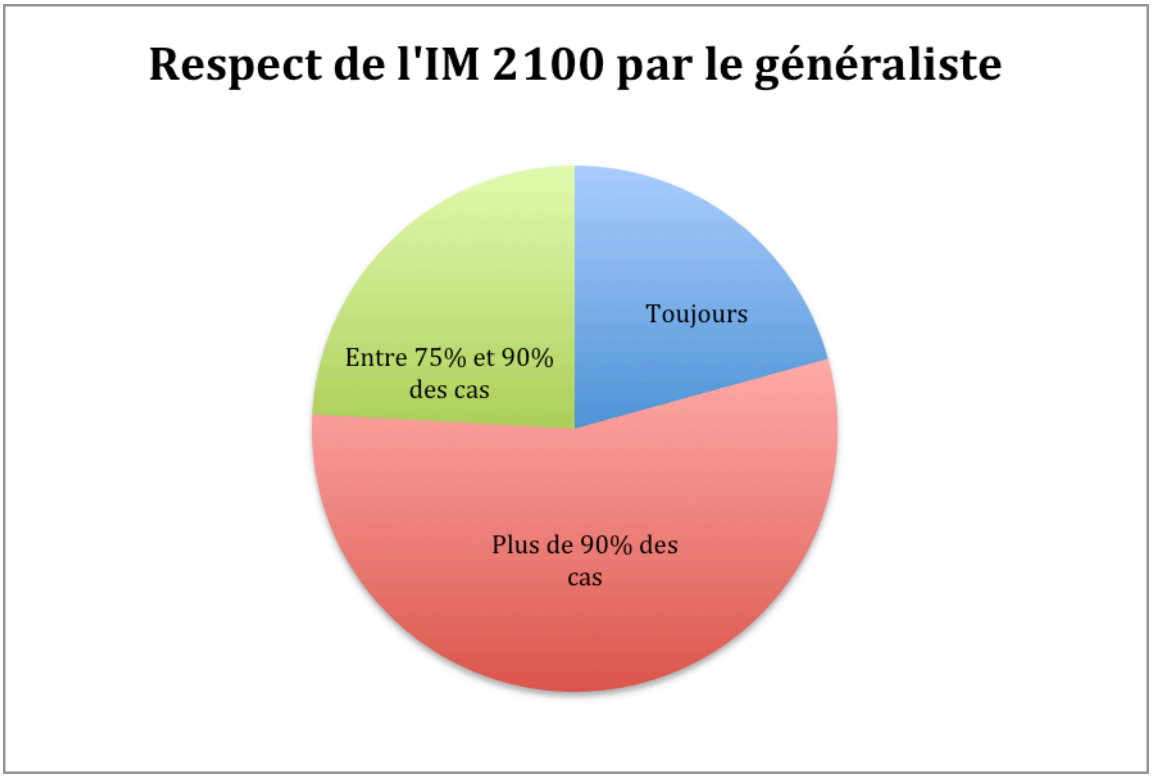

Fig. 20 : Respect de l'IM2100 par le généraliste

5.2. Respect de l'IM 2100 par le neurologue

Selon les neurologues, 100% de leurs décisions sont en accord avec l'IM 2100.

5.3. Motif de consultation du neurologue militaire

Les motifs de consultation d'un neurologue militaire sont (figure 21):

- une DMM pour 34,5% des patients
- une évolution de la maladie pour 24,1% des patients
- le suivi habituel de la maladie pour 41,4% des patients

Pour 27,6% des patients, les généralistes déclarent avoir déjà pris une décision d'aptitude pour ce patient sans avis spécialisé.

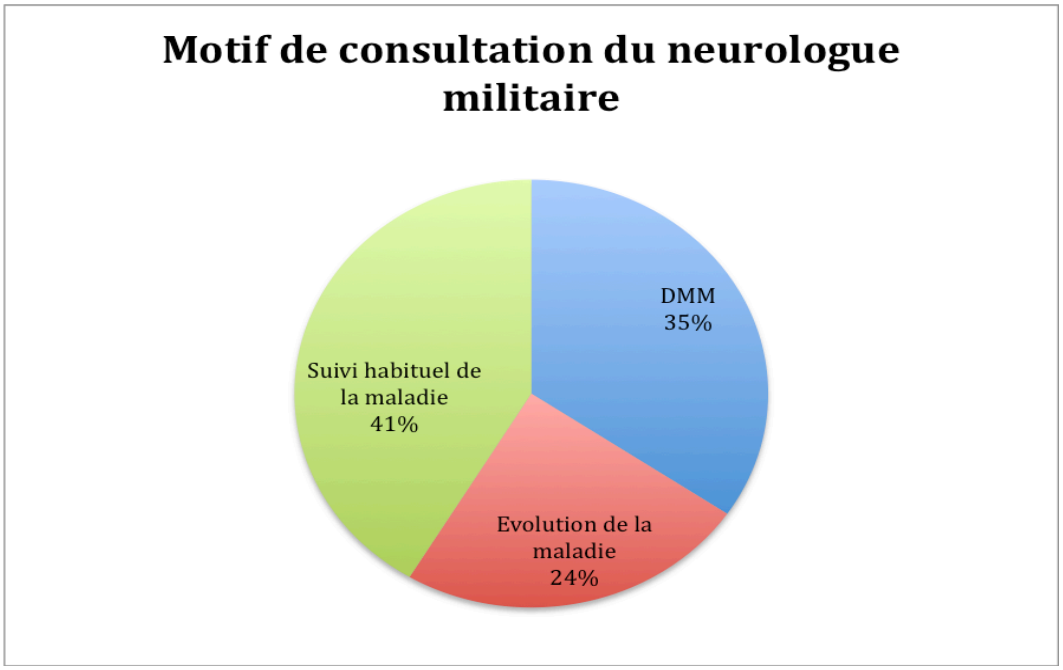

Fig. 21 : Motifs de consultation du neurologue des HIA

5.4. Motif de consultation du neurologue civil

31,0% des patients ont déjà consulté un neurologue civil. Les raisons de consultation dans le milieu civil plutôt que le milieu militaire sont (figure 22):

- l'éloignement du neurologue militaire pour 33,3% des patients
- le souhait du patient pour 22,2%
- la découverte et le suivi depuis toujours réalisé par un médecin civil pour 44,4%.

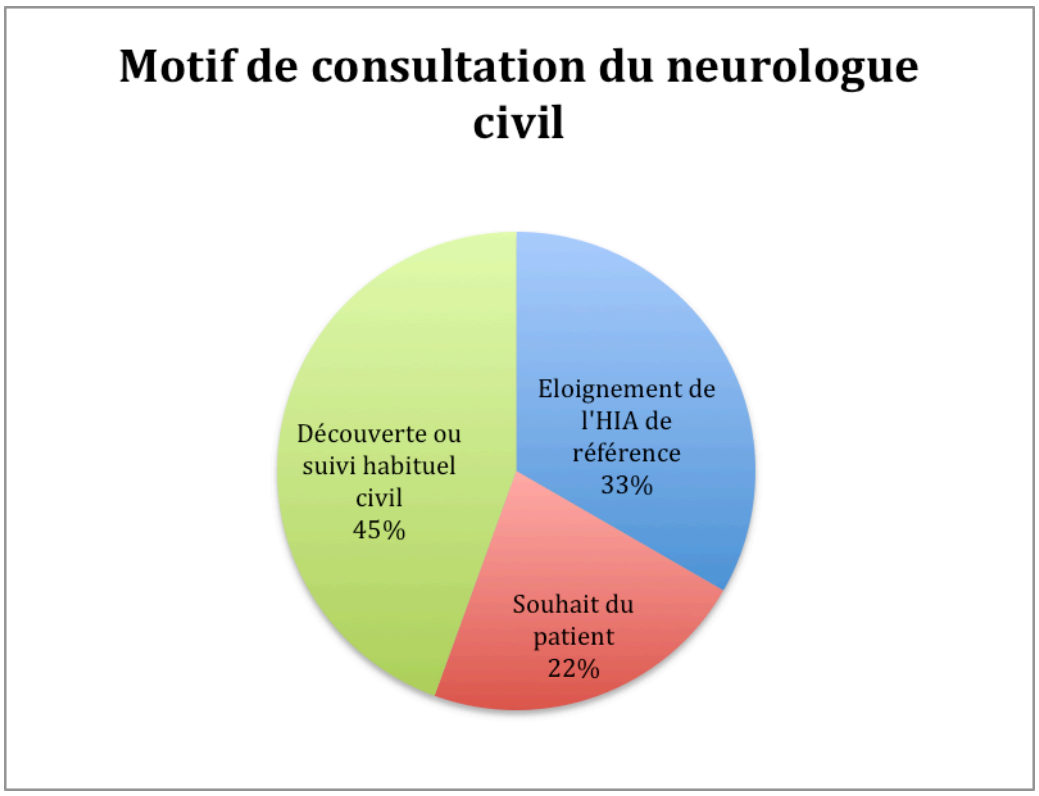

Fig. 22 : Raisons de la consultation du neurologue civil

5.5. Délais de consultation

Les généralistes évaluent le délai de consultation en routine dans un HIA à une moyenne de 29,7 jours (écart-type de 17,8 jours). Les extrêmes sont de 14 jours et 90 jours. L'intervalle interquartile du délai de consultation en routine est compris entre 21 et 30 jours.

Le même délai en urgence est de 4 jours (écart type-2,9 jours). Les extrêmes sont de 1 jour et de 14 jours. L'intervalle interquartile de consultation en urgence est compris entre 2 et 5 jours.

55,6% des généralistes sont satisfaits des délais de consultation en HIA.

5.6. Satisfaction envers la réponse du spécialiste

13,8% des patients étaient adressés au neurologue en requérant un délai rapide. La moyenne du délai de réponse des neurologues du Val-de-Grâce est de 10,5 jours (écart-type est de 4,3 jours). L'intervalle interquartile est compris entre 6,6 et 11,2 jours. Les extrêmes sont de 4 et 25 jours. 100% des généralistes étaient satisfaits du délai de

réponse des spécialistes. La figure ci-dessous montre la répartition des délais de réception des courriers spécialisés par les médecins d'unité.

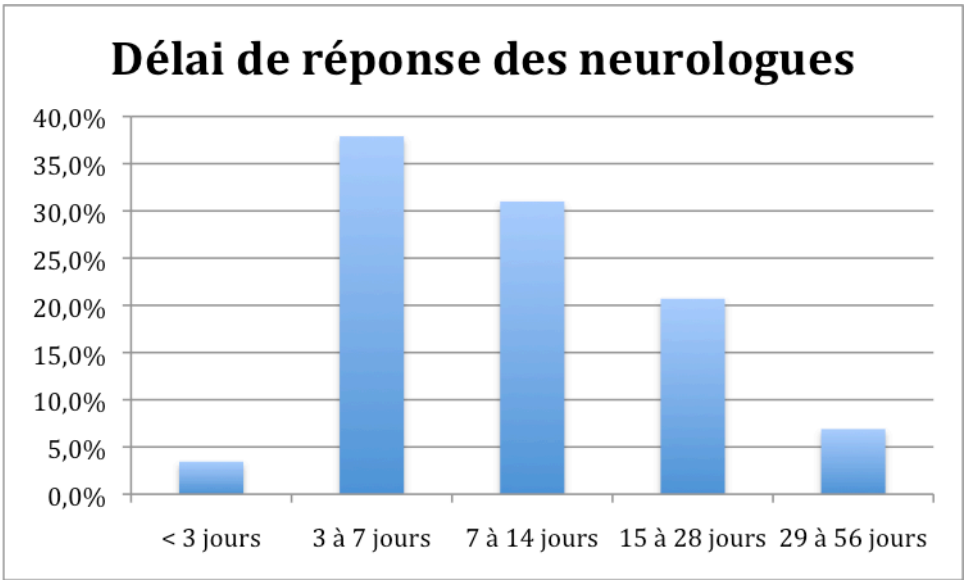

Fig. 23 : Répartition des délais de réception des réponses spécialisées.

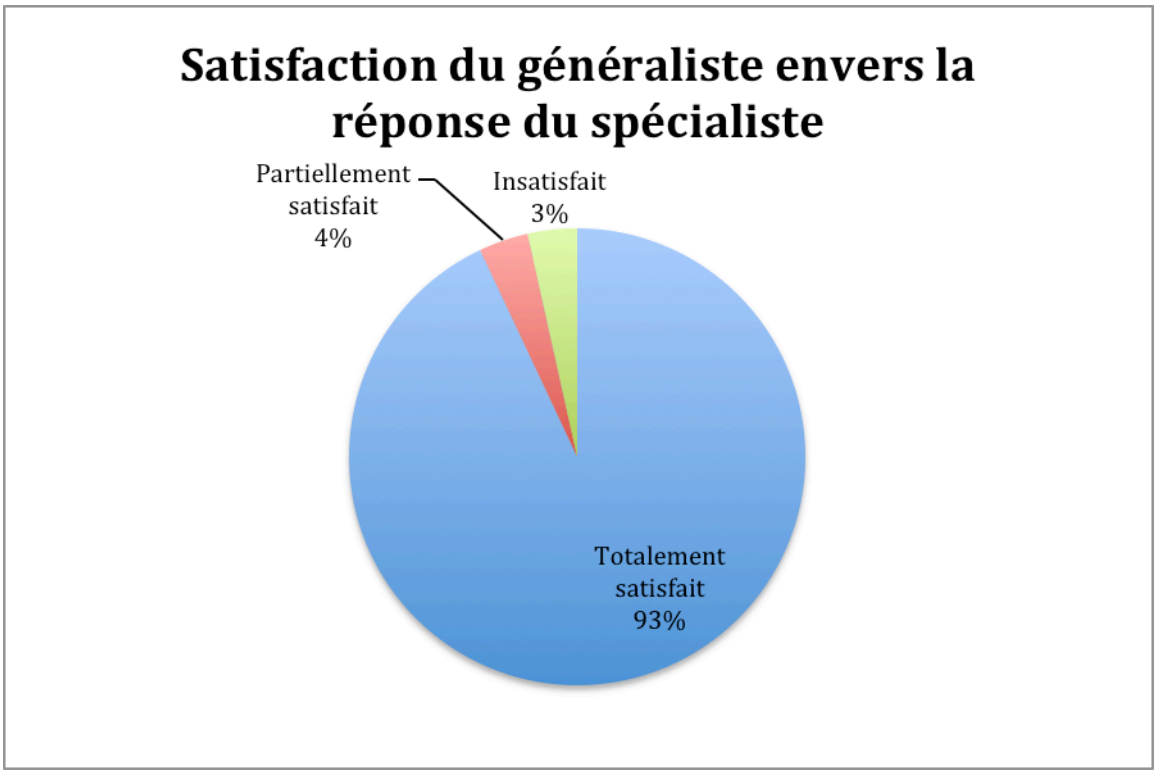

Fig. 24 : Satisfaction du généraliste envers la réponse spécialisée.

93,1% des généralistes trouvent que le spécialiste répond parfaitement à leur question (figure 24). 3,5% des réponses ne sont que partiellement satisfaisantes et 3,5% des généralistes sont insatisfaits de la réponse. 6,9% des généralistes appellent pour

demander une modification de l'avis d'aptitude. 100% des généralistes déclarent transmettre l'aptitude émise par le spécialiste ce jour à la hiérarchie.

5.7. Satisfaction de l'échange entre le neurologue et le généraliste

100% des patients ont été adressés par les généralistes avec un courrier. 85,0% des neurologues déclarent n'avoir pas été contacté en dehors d'un courrier d'introduction du patient. 10,0% déclarent un contact avant la consultation et 5,0% après la consultation.

L'étude de la satisfaction des neurologues sur l'échange avec le généraliste révèle que :

- 35,0% des neurologues sont parfaitement satisfaits de cet échange
- 35,0% sont plutôt satisfaits de ce contact
- 20,0% ne signalent aucun contact avec le généraliste
- 7,5% sont insatisfaits
- 2,5% des neurologues sont mécontents.

5.8. Commandement et aptitude

L'étude du respect de l'aptitude par la hiérarchie montre que 51,7% des généralistes signalent avoir déjà subi dans leur carrière une pression de la part du commandement pour modifier une DMM dont :

- 31,0% entre 2 et 5 fois dans leur carrière
- 3,5% entre 5 et 10 fois
- 17,2% plus de 10 fois dans leur carrière.

L'étude du respect de l'aptitude par la hiérarchie révèle que :

- Pour 55,2% des généralistes, leurs décisions ont toujours été respectées par la hiérarchie.
- 31,0% des généralistes signalent moins de 5 cas de non respect par la hiérarchie de la DMM.
- 13,8% des généralistes le signalent plus de 5 fois
- 10,3% des généralistes le signalent 1 fois dans leur carrière.

D. Discussion

1. Critique de la méthodologie, difficultés rencontrées et évaluation des biais.

1.1. Population d'étude

Notre étude a porté sur les patients militaires ayant consulté un médecin dans le service de neurologie. Le recrutement espéré était d'une centaine de patients en 6 mois. Le bassin de recrutement large du service de neurologie du Val-de-Grâce (confer. B.2) devait faciliter le recueil des données. Cependant, différents éléments nous ont empêché de recruter plus de 39 patients en 10 mois, loin de l'objectif. Initialement, le remplissage effectif des questionnaires par les neurologues a été peu surveillé et les rappels ultérieurs fréquents des critères d'inclusion aux neurologues ont nettement amélioré la collecte de données. Les neurologues ont été peu interrogés sur les problèmes rencontrés avec les questionnaires, influençant négativement leur participation à l'étude. La présence des mois de juillet et d'août, au milieu du recueil de données, diminuant de moitié l'activité de consultation dans le service de neurologie a certainement participé à la limitation du recrutement. Pour compenser le faible recrutement observé, il aurait été possible de recruter dans d'autres services (4 mois après le début du recueil). Des questions portant sur les pathologies du patient et spécifiques à la neurologie étaient cependant présentes dans les questionnaires. Ces éléments empêchaient la distribution des questionnaires et le recrutement des patients dans d'autres services que la neurologie. A moins d'une refonte de tout le questionnaire et d'une analyse séparée des deux types de questionnaires, il devenait impossible d'exploiter l'ensemble des résultats.

Le faible effectif obtenu dans notre étude (39 patients) constitue certainement une limite importante de sa validité. C'est la raison qui explique la faible puissance statistique de nos résultats.

Les modes de collecte des données nous ont permis d'obtenir un taux de réponse aux questionnaires des patients de 100%. Le remplissage du questionnaire par le patient dans le bureau du neurologue nous permettait un tel taux de réponse mais peut altérer la validité de certaines questions telles que celles de satisfaction par exemple.

Le recueil par voie postale des questionnaires destinés aux généralistes est de 74,5%, taux élevé comparativement à l'étude de Brogger et al. [29] qui est de 68%. Ce

taux de réponse très satisfaisant témoigne de l'intérêt porté par les médecins d'unité au sujet de l'aptitude. Cette activité qui occupe 50% de l'activité des médecins d'unité est trop souvent dénigrée au même titre que la médecine du travail [1 ; 30]. L'appel des médecins d'unité avant l'envoi des questionnaires, l'envoi par mail ou télécopie ou la relance plus fréquente des médecins au sujet des questionnaires nous aurait probablement permis d'améliorer encore ce taux de réponse.

1.2. Biais

Un des inconvénients de la méthode par enquête est de reposer sur la perception des médecins et des patients et d'entraîner souvent un biais d'information dû à la propension du sujet interrogé à cacher ou à déformer volontairement ou non certaines réponses. Dans notre étude, les patients remplissaient à la fin de la consultation le questionnaire. Une aptitude n'était pas toujours prononcée à l'issue. Néanmoins, un patient qui voit son inaptitude augmentée ou prolongée remplit certainement le questionnaire de manière plus sévère à l'encontre de celui qu'il considère comme responsable de son inaptitude et des conséquences. La variabilité des réponses obtenues auprès de nos patients peut donc être favorisée par le remplissage « à chaud » des questionnaires et ce paramètre n'a pas été étudié pour évaluer le vécu du patient vis-à-vis de l'aptitude. D'autre part, le déroulement de la consultation a certainement eu également un effet sur le remplissage du questionnaire par le neurologue ou le généraliste.

Cette étude se limite uniquement aux patients ayant consulté dans le service de neurologie du Val-de-Grâce. Cet élément nous empêche de généraliser ces résultats à tous les militaires qui sont évalués pour inaptitude dans les HIA.

2. Comparaison de la population avec l'Annuaire Statistique de la Défense (ASD)

L'Annuaire Statistique de la Défense 2010 [31] et le Bilan Social 2010 [32] nous permettent de vérifier la représentativité de la population de l'étude comparée aux militaires du Ministère de la Défense.

2.1. Age

Malgré la faible taille de notre échantillon de patients, la distribution des âges dans la population étudiée semble similaire à celle des militaires du Ministère de la Défense, comme indiqué dans la figure 25.

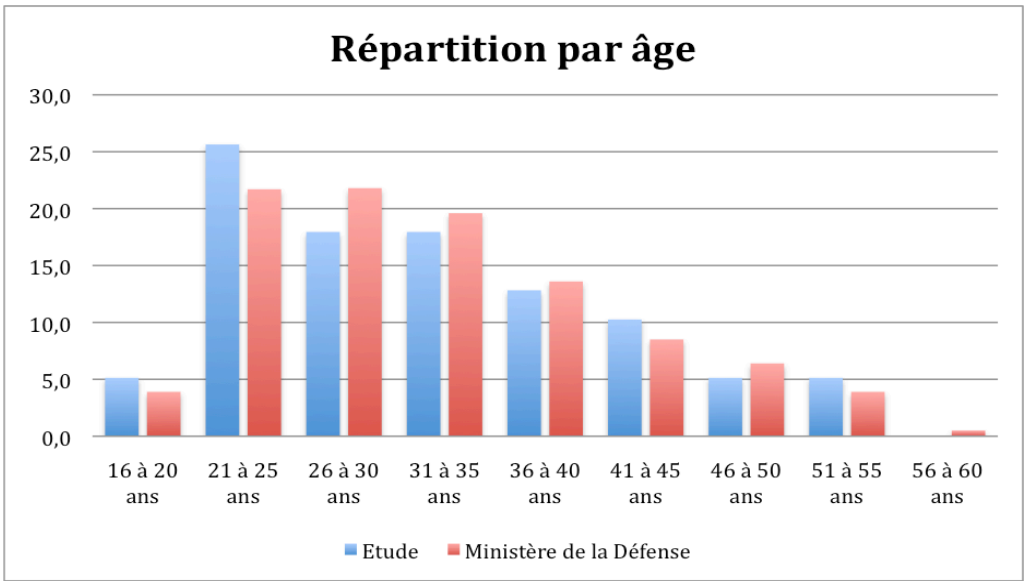

Fig. 25 : Répartition par tranche d'âge de la population d'étude et des militaires du Ministère de la Défense.

2.2. Sexe

La figure ci-dessous comparant le sexe des deux populations semble montrer une bonne représentativité de notre petite population d'étude.

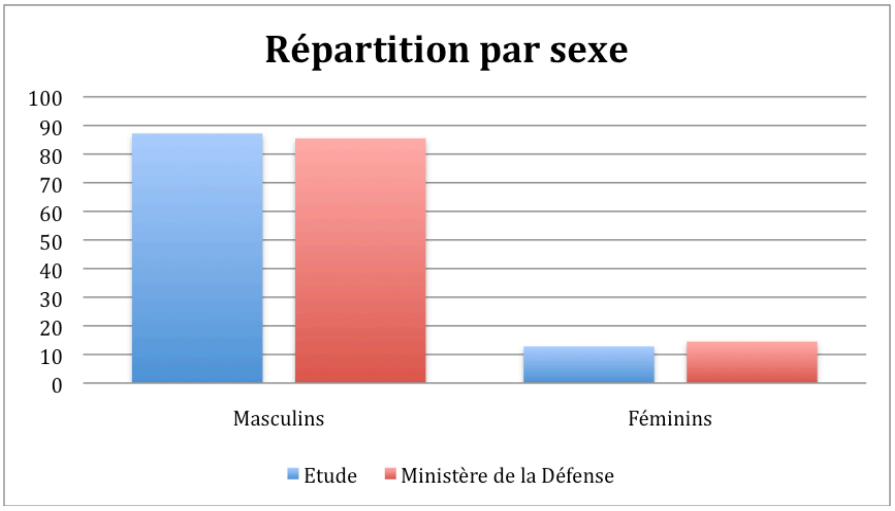

Fig. 26 : Répartition par sexe de la population d'étude et des militaires du Ministère de la Défense.

2.3. Répartition géographique

La figure suivante compare la population de l'étude, la population générale militaire mais aussi la population dépendant de l'HIA du Val-de-Grâce pour les avis neurologiques. En effet, les militaires de la région Sud dépendent des HIA de Toulon et Marseille, ceux de la région Ouest dépendent pour la moitié d'entre eux de l'HIA de Brest et ceux de la Région Sud-Est dépendent de l'HIA de Lyon. Apparait donc ici en vert la population dépendant géographiquement du service de neurologie du Val-de-Grâce.

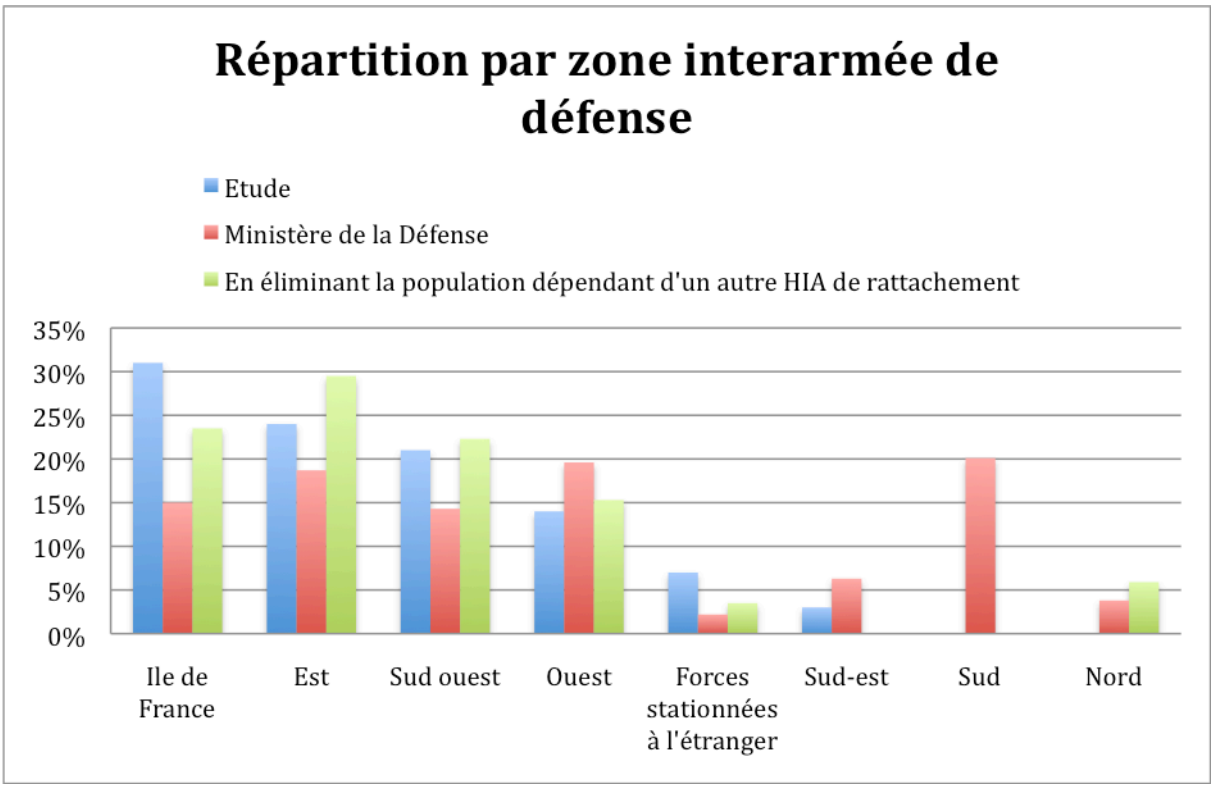

Fig. 27 : Répartition par zone géographique d'affectation de la population d'étude et des militaires du Ministère de la Défense.

En comparant la population étudiée avec la population des militaires dépendant de l'HIA du Val-de-Grâce, nous observons qu'il existe une discrète surreprésentation des militaires d'Ile-de-France avec une sous-représentation des militaires des régions Nord-Est et Nord. Cependant, les distributions semblent assez similaires.

2.4. Armée d'affectation

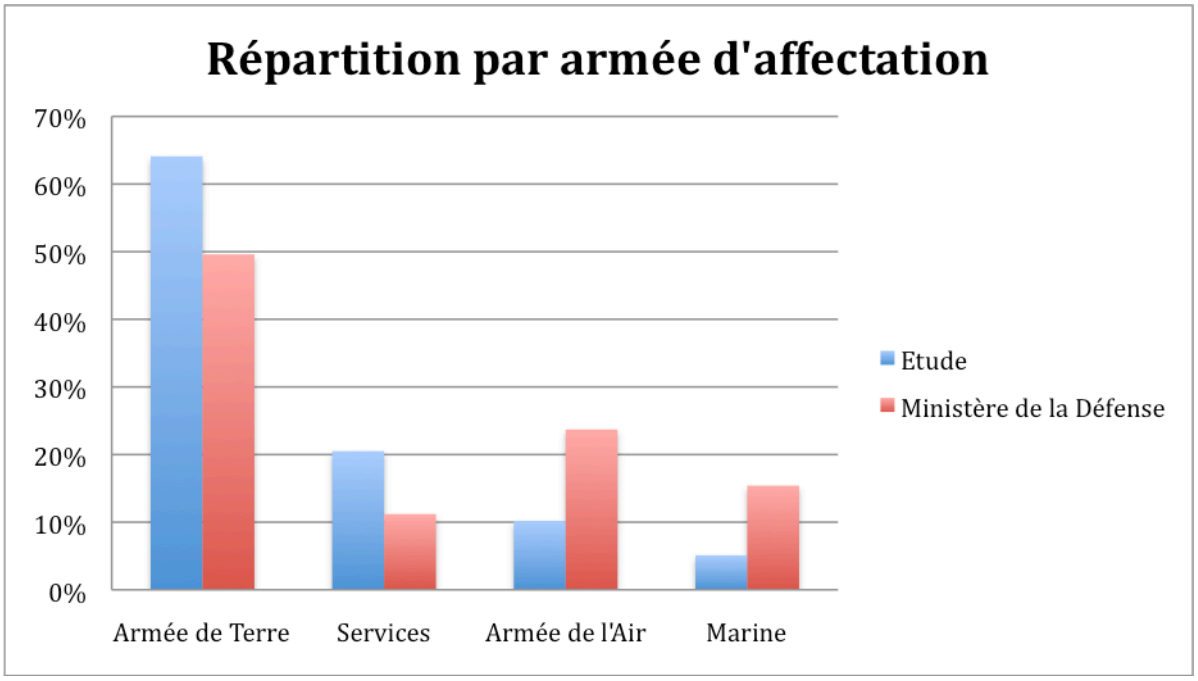

Fig. 28 : Répartition par armée d'affectation de la population d'étude et des militaires du Ministère de la Défense.

La figure ci-dessus compare la distribution de la population étudiée en fonction de l'Armée d'appartenance à la répartition des militaires du Ministère de la Défense. Il existe une nette surreprésentation des militaires de l'Armée de Terre et des Services associée à une présence moindre des militaires de l'Armée de l'Air et de la Marine. La quasi-absence des personnels marins peut s'expliquer par la présence d'HIA de rattachement pour la neurologie à Brest et Toulon, les deux grandes bases de la Marine en France. Les marins ayant consulté au Val-de-Grâce sont affectés dans des postes d'Etat-Major à Paris. En revanche, la disposition des Bases aériennes dans un axe Nord-Est à Sud-Ouest (dépendant principalement de l'HIA du Val-de-Grâce) ne permet pas d'expliquer la sous-représentation des militaires de l'Armée de l'Air dans notre population. Les militaires de l'Armée de l'Air sont peut-être moins adressés car maniant moins les armes et moins opérationnels, excepté les personnels navigants. L'épilepsie, maladie la plus représentée de notre étude, pourrait être moins problématique pour des personnels travaillant sur base aérienne que dans un régiment de l'armée de Terre. Les médecins brevetés aéronautiques fonctionnent peut-être davantage en autonomie et se sentent plus à même de prendre des décisions d'aptitude de leur propre chef du fait de prononcer des aptitudes pour une population particulièrement sensible.

Même si la population de l'étude n'est pas strictement représentative du Ministère de la Défense sur la provenance de la population en fonction de l'armée d'affectation, la répartition globale paraît respectée.

2.5. Grades

La figure ci-dessous compare la distribution par grade de la population d'étude à celle des militaires du Ministère de la Défense. Dans notre étude, les militaires du rang sont plus nombreux que les sous-officiers. La distribution est inversée par rapport à celle du Ministère de la Défense.

Contrairement aux autres armées, les militaires du rang sont plus nombreux que les sous-officiers dans l'Armée de Terre. Cette dernière étant trop représentée dans notre population, les militaires du rang sont également sur-représentés dans notre étude. Les défauts de représentativité en matière de catégorie et d'armée d'affectation sont donc liés.

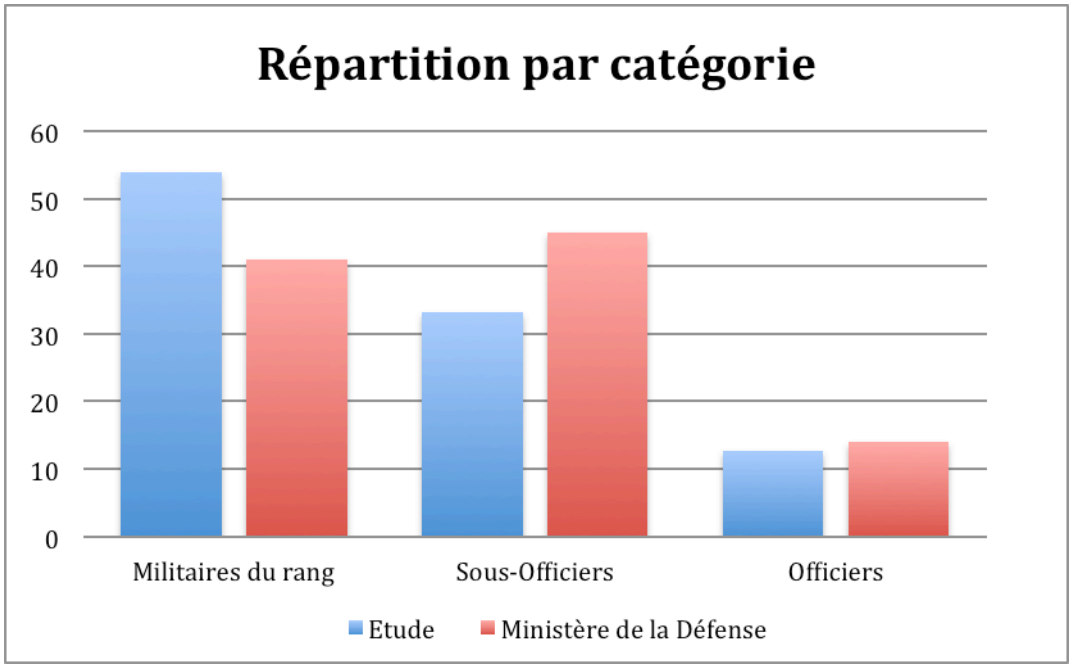

Fig. 29 : Répartition par catégorie de grade de la population d'étude et des militaires du Ministère de la Défense.

2.6. Statuts

La figure ci-dessous compare la distribution des statuts de la population d'étude avec celle des militaires du Ministère de la Défense. La répartition des militaires sous contrat et militaires de carrière est similaire dans les deux populations.

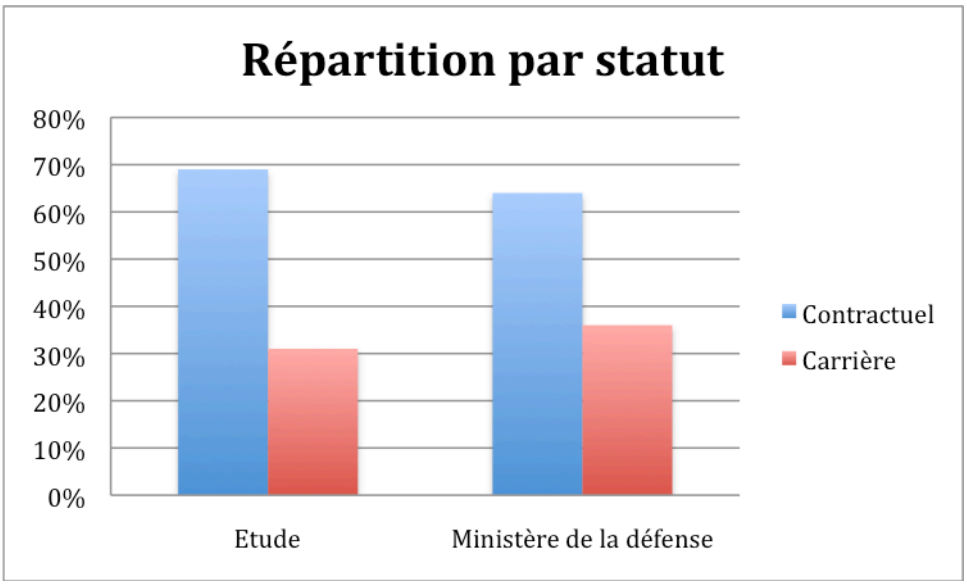

Fig. 30 : Répartition par statut de la population d'étude et des militaires du Ministère de la Défense.

2.7. Comparaison de la répartition des pathologies neurologiques avec une population civile

Notre population est différente de la population générale en matière d'âge et de sexe. Elle présente également comme particularité d'avoir été sélectionnée à l'entrée dans l'Armée. Nous n'avons malheureusement pas pu comparer l'épidémiologie des pathologies neurologiques dont souffrait notre population à une cohorte similaire. L'épilepsie est la pathologie la plus représentée dans notre étude. Dans la population générale, l'épilepsie représente environ 30% des pathologies neurologiques, migraines exclues [33]. L'épilepsie est donc surreprésentée dans notre étude. La sclérose en plaques et les neuropathies périphériques sont également surreprésentées comparativement à une population de patients atteints de pathologie neurologique dans la population générale. A l'inverse, les accidents vasculaires cérébraux et les démences sont sous représentés du fait de l'âge de notre population.

3. Respect des aptitudes par les différents intervenants

3.1. Respect par le médecin généraliste

Les médecins généralistes peuvent nous donner correctement 98,77% des restrictions d'aptitude prescrites par les neurologues. L'excellent taux de retranscription des aptitudes par le généraliste démontre non seulement un bon échange entre les deux médecins mais aussi une bonne tenue du dossier médical quant aux aptitudes du patient.

Le généraliste modifie très peu les restrictions demandées par le neurologue (1,23% de modifications). Cependant, devant le nombre de restrictions possible pour chaque patient, 13,7% des patients subissent une modification d'aptitude lors de la transmission de l'avis spécialisé à la hiérarchie. Au vu de ces chiffres, les médecins généralistes suivent majoritairement les avis prononcés par les neurologues. Les aptitudes prononcées par les neurologues semblent donc non seulement justifiées aux yeux des généralistes mais également réalisables en unité. Les généralistes craignent probablement la responsabilité prise en allant à l'encontre de l'avis spécialisé. Les généralistes déclarent respecter les décisions à 100% (98,77% observés), sous-évaluant les modifications qu'ils apportent lors de la transmission à la hiérarchie. Soit les généralistes sous déclarent volontairement parce que la modification apportée n'a pas d'importance à leurs yeux ; soit la sous-déclaration est involontaire et les généralistes font des erreurs en recopiant les restrictions à la hiérarchie. Il apparaît difficile d'améliorer la transmission volontaire de l'avis spécialisé par le généraliste, cependant le service peut certainement agir sur la composante involontaire. Si le spécialiste remplissait un formulaire d'aptitude qui serait directement transmis à la hiérarchie et dont le généraliste ne posséderait que le double, nous éviterions les erreurs de transmission. Les aptitudes sont modifiées par le généraliste pour 7,7% des officiers et sous-officiers (catégorie cadres) et pour 18,8% des militaires du rang. Le p étant de 0,39, il n'existe pas de différence significative de transmission de l'avis spécialisé en fonction du grade. De même le statut ne modifie pas la transmission de l'avis spécialisé par le généraliste. Ces chiffres révèlent un point attendu mais très positif de notre enquête. Les médecins d'unité sont objectifs et les chiffres précédents prouvent l'indépendance du Service de Santé sur un sujet aussi sensible que l'aptitude.

Quels sont les paramètres qui entrent en compte dans ce parcours de la décision d'aptitude ?

- Seulement 35% des patients consultent spécifiquement pour un avis d'aptitude. Les généralistes respectent donc majoritairement un avis d'aptitude qu'ils n'ont souvent pas sollicité.

- Les généralistes ont statué pour 33% des patients sans recourir au spécialiste des HIA démontrant une certaine autonomie des médecins généralistes quant à l'aptitude.

- Pour une spécialité comme la neurologie, les distances de consultation sont grandes forçant les généralistes à statuer seuls sur la DMM. Cependant, la neurologie engendre des risques vitaux (perte de connaissance ou du contrôle de son corps en situation à risque) tandis qu'une spécialité comme l'orthopédie posera davantage un retentissement fonctionnel préjudiciable dans les activités courantes. Les pathologies neurologiques nécessitent certainement plus fréquemment une exploration par des examens complémentaires en milieu hospitalier empêchant le généraliste de travailler seul. L'autonomie des généralistes quant à la DMM diminue certainement des facteurs précédemment décrits (rapprochement de l'HIA, risque vital engagé, exploration paraclinique nécessaire). La différence d'autonomisation des DMM en fonction de la spécialité est donc probable mais non évalué dans notre étude.

Le rapport annuel d'évaluation et de prospection de la fonction santé [1] propose que le généraliste soit au cœur de la décision d'aptitude. Sa connaissance de l'emploi et de l'environnement du militaire le rend en effet plus apte à juger les inaptitudes à apporter. Cette tendance va se renforcer avec la réforme de 2004 concernant le recrutement des spécialistes des HIA par les épreuves classantes nationales. Une des solutions retenues par le rapport précédemment cité est d'adresser le patient au spécialiste civil en cas d'éloignement. L'autonomisation du généraliste dans la DMM nécessiterait également d'autres moyens. Le SSA doit rendre le généraliste plus apte à décider seul en diminuant par exemple le recours systématique aux consultations spécialisées à titre gracieux. Alors que l'IM2100 lui permet de statuer seul, il paraît inenvisageable au généraliste de présenter, sans avis spécialisé, un patient devant une commission de réforme ou un conseil de santé. Les consultations répétées entre généraliste, spécialiste sont sources de perte de temps pour l'ensemble du SSA. En revanche, certaines situations complexes impliquent l'obtention d'un avis spécialisé. Nous devons libérer les spécialistes des nombreuses situations ne nécessitant pas d'avis

tout en facilitant l'accès du spécialiste au généraliste pour des situations importantes. L'autonomisation du médecin généraliste dans la décision d'aptitude doit certes progresser (33% dans notre étude) mais elle doit surtout être soutenue par le service de santé en rétablissant la valeur de l'avis généraliste.

Faciliter l'accès au spécialiste implique certainement de modifier le mode de consultation d'aptitude en HIA pour les quelques cas problématiques. Pour une pathologie comme l'épilepsie, l'évaluation clinique n'est pas l'élément déterminant pour l'aptitude, à l'inverse de l'anamnèse ou des examens complémentaires. Est-il nécessaire de se déplacer de 400km pour décrire le retentissement de sa pathologie dans les 6 derniers mois ou amener sa tomodensitométrie pour statuer sur des restrictions d'aptitudes ? La télémédecine serait probablement un moyen efficace de conserver la spécificité des spécialistes dans le domaine de l'aptitude, tout en soulageant la consultation médicale des HIA et en accélérant les prises de décision. Pour l'évaluation clinique lors de la consultation de télémédecine, le généraliste semble tout à fait compétent.

Le médecin militaire généraliste respecte très majoritairement les avis d'aptitude spécialisés. Quelques facteurs pourraient améliorer le suivi de la DMM. Nous allons désormais évaluer le respect de la DMM dans l'application par la hiérarchie qui, rappelons-le, est seule décisionnaire.

3.2. Respect par la hiérarchie

D'après les patients, 20,3% des DMM les affectant ne sont pas respectées dans l'application en unité. D'après les généralistes et les spécialistes, 10,3% des DMM ne sont pas respectées. Le chiffre réel est certainement situé entre 10 et 20%.

Pour expliquer une sur-déclaration par les patients :

- un biais de déclaration décrit précédemment.
- les patients craignent, davantage que le médecin, la gravité potentielle de l'inapplication de l'inaptitude expliquant une sur-déclaration.

Pour expliquer une sous-déclaration par les médecins :

- les patients craignent de signaler un défaut d'application de la DMM de peur d'être considéré par leur médecin comme un patient difficile ou par leur hiérarchie comme un mauvais élément.

- les généralistes relativisent probablement les défauts d'application en tenant compte des dangers (personnels ou collectifs) qu'ils entraînent.

En revanche, il ressort de notre étude que la DMM est moins respectée pour les militaires du rang (62%) que pour les cadres (100%), le p étant de 0,01. Le même phénomène existe entre les carrières courtes (36%) et les carrières longues (6,7%), le p étant de 0,05.

Nous pourrions penser à tort que le travail d'un cadre, étant exempt de tâches physiques, s'accommode plus facilement de restrictions, expliquant le respect de 100% pour les cadres. Cette hypothèse est fausse. En effet, dans notre étude, les cadres ne bénéficient pas significativement moins que les militaires du rang d'adaptation de poste. L'emploi des cadres est donc autant entravé par des restrictions d'aptitude que l'emploi des militaires du rang. Malgré un possible biais de déclaration, la hiérarchie semble forcément partiale dans son application des DMM et semble davantage respectueuse des inaptitudes concernant la hiérarchie.

Le phénomène de non respect des avis se retrouve dans la pratique de la médecine du travail civile, avec une incidence supérieure. D'après P.Guiol dans une étude menée en milieu civil [34], 25% des avis proposés par les médecins de prévention ne sont pas respectés par les employeurs. Il est intéressant de noter que dans cette même étude, les avis étaient d'autant moins respectés que l'entreprise présentait une imprégnation hiérarchique forte. Alors que dans l'armée, le caractère hiérarchique est communément admis et important (respect de l'autorité, moyens de punitions), il est intriguant et encourageant de noter que les avis sont davantage respectés dans notre étude.

D'après cette même étude [34], les avis des médecins des services médicaux inter-entreprises sont moins respectés que les avis des médecins employés dans la même entreprise. Le lien étroit avec l'employeur joue donc un rôle positif important dans le respect des aptitudes médicales. A l'inverse du médecin du travail qui travaille dans une indépendance voire un détachement total, le statut du médecin militaire au sein de l'unité incite certainement la hiérarchie à respecter ses avis.

La restructuration de 2008 du service de santé altère le raisonnement par armées dans les CMA [1]. Cela pourrait affecter les relations médecin/commandement et compliquer le respect des aptitudes.

Il existe certainement plus de 10% de défauts d'application de la DMM dont certains non relevés par les médecins. La hiérarchie respecte majoritairement les avis, mais semble traiter différemment les avis pour les cadres ou les militaires du rang. La réforme de 2008, permettant de mettre le médecin sous autorité technique exclusive du SSA, donne les moyens au médecin de travailler en totale indépendance. Garder un lien fort avec l'unité à travers les antennes médicales et les médecins référents est néanmoins indispensable, pour conserver un bon suivi des décisions médico-militaires. Ensuite, le fait de recentrer l'aptitude sur le généraliste comme proposé par la conférence de consensus de 2011 [1] facilitera le respect de la DMM par la hiérarchie.

Nous avons vu dans cette partie que le principal facteur d'inapplication de la DMM en unité était la hiérarchie. Intéressons nous maintenant aux conséquences de l'inaptitude.

4. Retentissements sur le patient

Un autre objectif de l'étude est de connaître le retentissement sur la vie du patient. Nous étudions donc plusieurs aspects: professionnel, familial, social, psychiatrique.

4.1. Surprise du patient vis-à-vis de l'inaptitude

41% des patients disent avoir été surpris de l'inaptitude qui a suivi la découverte de leur maladie. Il n'existe pas de différence significative de l'étonnement des patients quant à l'inaptitude entre les cadres (39%) et les militaires du rang (56%) ou entre les militaires de carrière courte (43%) ou de carrière longue (47%). Tous les patients connaissent cependant, les contraintes de leur emploi et parmi celles-ci, l'aptitude médicale à servir. De plus, il paraît impossible que les patients avec des carrières longues n'aient jamais eu connaissance de cas de patients étant devenus inaptes du fait de maladie. Les chiffres relatés sur la surprise reflètent donc que c'est davantage l'ampleur des inaptitudes conséquentes à leur maladie plutôt que le simple fait qu'ils puissent devenir inaptes qui étonne les patients.

La surprise des militaires est également un reflet de la peur des militaires à l'égard de l'inaptitude et de ses conséquences. Depuis la professionnalisation, les militaires veulent à tout prix conserver leur emploi alors qu'un grand nombre des

aptitudes pendant la conscription relevaient du souhait d'être exempté. Les patients ressentent la vulnérabilité de leur emploi et des conditions de vie qui en découlent.

Malgré le fait que les militaires connaissent leur statut, il pourrait être utile, lors de la visite d'incorporation et de chaque visite médicale, de pouvoir distribuer un feuillet concernant l'infirmerie de l'unité. Ce feuillet explicatif (annexe 8) permettrait également de rappeler le statut des militaires et les raisons de l'expertise médico-militaire (protéger la santé du patient, la santé de la collectivité et la réalisation de la mission). Il pourrait ainsi permettre aux patients d'envisager plus facilement l'inaptitude comme conséquence fréquente d'une pathologie. Ce dispositif simple permettrait aussi d'augmenter le nombre de consultants au sein de l'infirmerie (indicateur fondamental pour la DCSSA) en rappelant les noms et diplômes des médecins de l'unité, les horaires de l'infirmerie, la gratuité de soins, la facilité pour consulter, les moyens à disposition au sein d'une infirmerie d'unité.

4.2. Retentissement professionnel

4.2.1. Adaptation du poste

44,9% des patients disent avoir subi un retentissement sur leur poste. Cela implique que plus de la moitié des postes sont compatibles, au moins temporairement sur 6 mois, avec des restrictions d'aptitude. 48,3% des patients disent avoir bénéficié d'un poste adapté à leur situation médicale après la découverte de l'inaptitude. Les patients ressentent que la hiérarchie ne fait pas qu'appliquer la DMM mais adapte de façon active le poste. Ce point positif semble montrer que la hiérarchie remanie le poste malgré les contraintes de l'emploi de militaire.

Un patient a déclaré avoir bénéficié d'une adaptation de poste mais ne déclare pas de retentissement sur son emploi. C'est le seul dans ce cas. Cet écart est certainement une erreur de déclaration car cette situation est difficilement compréhensible.

Notre étude met en évidence un effet paradoxal de l'inaptitude : le bénéfice lié à l'inaptitude. 7,7% des patients ont bénéficié du changement de poste. Les deux militaires « bénéficiaires » ont signalé qu'ils avaient enfin pu avoir un poste qu'ils avaient demandé auparavant à leur hiérarchie. Le reclassement dans l'armée peut donc être tout à fait positif pour peu que les militaires aient déjà un projet professionnel

avant même la DMM prise. Pour que le changement de poste puisse se faire, il faut que les emplois désirés soient libres, ce qui ne peut être contrôlé par la hiérarchie. Le reclassement d'un patient ne peut se faire au détriment d'une personne en poste et l'autorité militaire ne peut créer des postes à la volonté du patient, notamment dans cette période de diminution des effectifs. Le reclassement dans les armées est donc un sujet très complexe car les postes restent très spécifiques.

Il est très difficile de comparer notre population d'étude militaire au monde du milieu professionnel civil. Dans l'institution militaire, l'aptitude générale au service et l'aptitude à l'emploi sont indépendantes. L'aptitude générale au service peut être conservée avec une contre-indication à l'emploi. Pour réformer un militaire (l'équivalent de licencier un personnel pour cause médicale), ce dernier doit perdre son aptitude générale au service. Dans le milieu professionnel civil, un employé est jugé apte à un poste car il est employé dans une entreprise au titre d'un travail et peut donc être licencié pour cause médicale (malgré quelques dispositifs contraignants). Le reclassement ou le changement de poste est donc beaucoup plus difficile à obtenir pour un employé dans le milieu civil que dans l'armée. Ainsi, 90% à 97,5% des salariés déclarés inaptes à leur emploi sont licenciés pour cause d'inaptitude [35]. 1% des salariés inaptes démissionne occasionnant une perte des indemnisations dues au licenciement. Une minorité (1,5% à 9%) est donc reclassée au sein de l'entreprise malgré l'obligation de reclassement pour l'employeur.

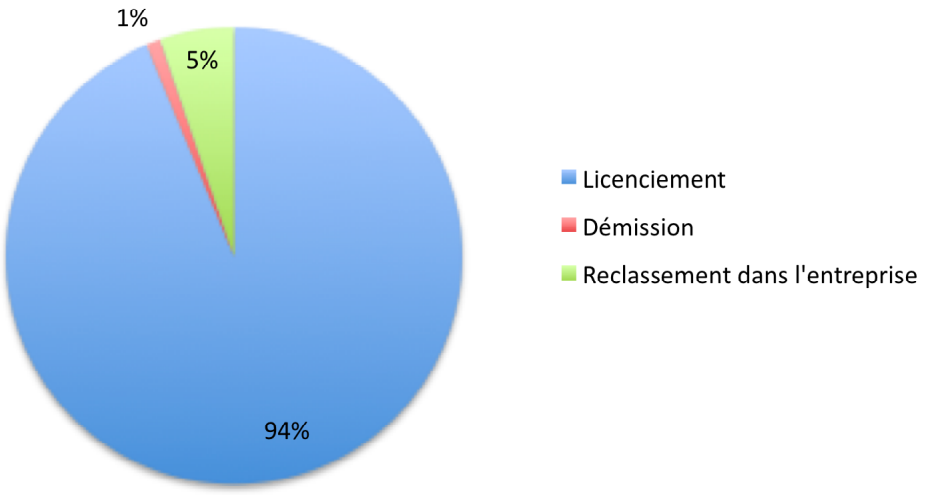

Fig. 31 : Devenir immédiat des salariés civils déclarés inaptes à leur poste d'après la Direction Régionale du travail, de l'emploi et de la Formation Professionnelle d'Aquitaine [35].

La figure ci-dessus, tirée d'une étude [35] réalisée dans le milieu civil en Aquitaine, montre que le reclassement dans l'entreprise est très rare à l'issue d'un avis d'inaptitude au poste. Ce diagramme prouve que les conséquences d'une inaptitude au poste dans le milieu civil sont plus graves, en terme d'emploi, que dans l'armée. En revanche, le retentissement de l'inaptitude à un poste dans le milieu civil est compensé par la plus grande tolérance à l'égard de l'état médical d'un travailleur.

L'étude réalisée dans le milieu civil de Hannerz H. et al. [36] met en évidence une association positive entre la taille des entreprises et le retour au travail après un accident vasculaire cérébral. La présence de ce facteur dans l'armée a très certainement un effet très positif sur la conservation de l'emploi.

4.2.2. Arrêts de travail

Un rapport remis au ministère du travail en 2007 et reprenant la littérature internationale [37], décrit le lien entre le taux d'absence de reprise d'une activité professionnelle et la durée de l'arrêt de travail dans le civil. Plus la durée de l'arrêt de travail est longue (sans aucun emploi y compris à temps partiel), moins l'employé a de chances de reprendre un jour son emploi. Un biais existe : un employé, souffrant d'une maladie grave, a moins de chance de reprendre son emploi et a logiquement des arrêts de travail plus long en raison de sa maladie. Des études ont cependant prouvé qu'il existait un lien indépendant (pour des lombalgies par exemple) entre durée de l'arrêt de travail et reprise de l'emploi. Ainsi, le temps partiel thérapeutique est un facteur très favorable de reprise de l'emploi.

Nous n'avons pas inclus dans notre étude les patients qui étaient placés en CLM ou CLD, car le but initial était d'évaluer l'application de la DMM en unité. Cette exclusion est regrettable, car nous ne pouvons comparer la reprise d'activité dans l'armée à celle dans le civil. Ce point mériterait une étude complémentaire qui intéresserait certainement les ressources humaines. L'absence du statut de mi-temps dans l'armée est certainement néfaste à la reprise d'un emploi par le patient. Malgré les contraintes évidentes au statut de militaire, il pourrait être intéressant de reconsidérer le mi-temps thérapeutique y compris sur le plan économique.

4.2.3. Retentissement économique

Dans l'armée, la solde de base et la plupart des primes (camps, indemnité de charge militaire, chargée de famille) sont maintenues malgré l'inaptitude. Cependant, les militaires comptent souvent sur les départs en mission (OPEX, MCD) et la prime qui peut doubler la solde du militaire pour le remboursement d'emprunts. Notre chiffre ne semble pas représentatif de l'impression rapportée par les médecins en unité. L'argument financier est souvent présenté par les patients, auprès des médecins d'unité, comme l'une des conséquences les plus importantes de leur inaptitude. Dans notre étude, seulement 6,9% des patients déclarent un retentissement sur leur solde.

4.2.4. Avenir professionnel

Nous n'avons malheureusement pas pu évaluer le devenir professionnel du patient mais son souhait pour le futur. La grande majorité des patients souhaite rester au sein de l'Armée avec 86,2% dont 41,4% espérant continuer dans leur poste actuel. Seulement 13,8% ne souhaitent plus rester dans l'armée. Cette situation reflète l'attachement des patients à leur emploi. Dans cette période de 5 années de ralentissement économique et de hausse du taux de chômage, les militaires préfèrent conserver un emploi en restant dans l'institution malgré la déception de ne plus être opérationnel. Notre étude porte sur une période particulière et le désir de changement d'emploi serait certainement différent dans une période de plein emploi. Bien sûr, il serait intéressant de pouvoir faire cette étude à un an voire deux ans, pour analyser le retentissement à long terme. Les conséquences réelles sur l'avenir professionnel du personnel ne pouvant ici qu'être partiellement analysée au vu du faible recul de notre étude.

Le retentissement professionnel de l'inaptitude est important mais les patients sont globalement satisfaits puisque 86,2% désirent rester au sein de l'Armée. Sur ce point, il nous est difficile d'agir et le Service de Santé des Armées ne tient pas d'indicateurs sur le vécu des patients vis-à-vis de leur emploi en cas d'inaptitude. L'instauration d'un temps partiel thérapeutique, applicable pour des emplois sédentaires, serait peut-être une mesure favorable pour l'armée et les patients. Nous décrirons maintenant les conséquences psychologiques de l'inaptitude.

4.3. Retentissement psychologique

L'altération psychologique suite à l'inaptitude est de 34,5% d'après les neurologues et les patients sans lien entre le type d'emploi initial (sédentaire : 26,7% ou non sédentaire : 42,9% ; p=0,45). Les généralistes ne rapportent que 10,3% d'un tel retentissement. Le médecin d'unité semble sous-évaluer les conséquences psychologiques de l'avis d'inaptitude. Etant théoriquement plus proche que le neurologue du patient, le généraliste devrait au contraire mieux juger de la dégradation de la santé mentale que le spécialiste. Les généralistes émettant plus fréquemment des avis d'inaptitudes, sous-estiment-ils trop la portée des DMM ? Les neurologues sont-ils plus sensibles aux conséquences de la DMM ? Le patient renvoie-t-il une image différente chez le neurologue, sachant l'importance de la consultation spécialisée et craignant la décision finale ? Quoi qu'il en soit, il serait peut-être intéressant de sensibiliser davantage les internes de médecine générale, lors de leur formation initiale, aux conséquences psychologiques de la DMM.

Du seul fait de la pathologie, la psychologie du patient se trouve déséquilibrée. Lyketsos C. et al. [38] décrivent des taux proches de 50% de syndromes dépressifs associés tant pour la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques que l'épilepsie. D'autres troubles comme des syndromes anxieux (40%), des troubles paniques (25%) sont également retrouvés. 6 à 12% des patients atteints de sclérose en plaques présentent des trouble suicidaires tandis que le risque relatif de tentative suicidaire est de 10 dans la maladie épileptique. D'autres études, comme celle de Gramigna et al. [39], démontrent une augmentation de la fatigue psychique objective liée à toutes les pathologies neurologiques (RR=4). La maladie a donc un rôle important sur la santé mentale du patient.

De nombreux auteurs étrangers ont évalué les affections psychiatriques conséquentes aux inaptitudes dans le milieu civil. L'inaptitude au travail (avec parfois perte de l'emploi contrairement à notre étude) provoque une détérioration de la santé mentale des travailleurs. Dans une étude portant sur 1975 patients, les changements de poste pour motif d'inaptitude étaient liés à une augmentation du risque de syndrome dépressif (RR de 1,39) et du risque de syndrome anxieux (RR de 1,43) (Strazdins L. et al. [40]). Plus grave, lorsque l'emploi devient précaire, le risque relatif de syndrome dépressif est évalué à 2,3 (Kim S[41]). Cependant, il faut retenir que la dépression est

également une cause d'invalidité pouvant biaiser les résultats (Hoffmann-Richter U. [42]).

Nos chiffres ne reposent pas sur une évaluation par questionnaire. Il est dès lors impossible de les comparer avec ceux rapportés dans la littérature. Il existe cependant un retentissement psychologique propre à l'inaptitude difficilement évaluable car en partie lié à la maladie elle-même. Le généraliste semble malheureusement sous-évaluer le retentissement psychologique de la DMM. Il est nécessaire de sensibiliser les médecins d'unité à ce phénomène et d'instituer une évaluation systématique des patients ayant des inaptitudes prolongées avec des conséquences sur l'emploi. Nous devrions suivre avec attention les patients que nous rendons inaptes. Nous pourrions dépister systématiquement par des moyens simples (par exemple le questionnaire en 11 items *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) les désordres pyschologiques suite à nos DMM et proposer facilement une consultation avec un psychologue.

4.4. Retentissement social et familial

Dans notre population, 96,7% des patients pensent que la décision est prise dans l'intérêt de leur santé, 53,6% dans l'intérêt de leur vie personnelle et 60,7% dans l'intérêt de leur vie professionnelle. Ces chiffres sont indirectement un reflet de la satisfaction des patients quant à la décision. Les patients semblent ressentir l'objectivité et la justification de notre décision médicale. Ils semblent comprendre que la décision soit prise en dehors de tout intérêt personnel.

Aucun des 39 patients de notre population d'étude ne déclare avoir été mis à l'écart dans sa vie personnelle. D'après Wada K. et al. [43], dans une étude portant sur des patients épileptiques, la cohorte qui ne travaillait pas vivait moins en couple marié que la cohorte travaillant encore. Dans cette étude, les patients qui souffraient d'altération sociale et professionnelle dans cette étude étaient des malades dont les crises d'épilepsie étaient mal contrôlées. Dans notre population, à l'inverse, les patients ont des maladies neurologiques suffisamment équilibrées pour conserver leur emploi dans l'armée et ne pas souffrir d'inactivité. Ces deux populations sont difficiles à comparer. Est-ce la maladie déséquilibrée ou l'inactivité professionnelle qui empêche le plus la vie en couple ? Ou bien les deux ? La persistance de l'activité professionnelle chez

l'ensemble de nos patients est sûrement un facteur de bon pronostic dans l'absence de retentissement familial de l'inaptitude.

Les études sur le retentissement personnel de l'inaptitude sont très hétérogènes. C'est ce que montre une méta-analyse portant sur des patients de moins de 50 ans ayant souffert d'accidents vasculaires cérébraux et conservant une activité professionnelle [44]. L'altération de la vie familiale varie de 5 à 54%, la vie sexuelle de 5 à 76% et les activités de loisir de 15 à 79%. Les auteurs concluaient à la difficulté de tirer des conclusions sur le retentissement social réel du fait de l'écart entre les différents résultats.

Malgré tout, le retentissement familial de l'aptitude paraît très inférieur chez les patients de notre étude. La cause principale est la conservation de l'emploi des patients de notre étude. La stabilité de l'emploi et de la solde (comme montré précédemment) est un facteur très important de stabilité familiale. Si les patients étaient en cours de réforme, l'altération de la vie familiale serait certainement supérieure.

4.5. Divulgation de la maladie au commandement

Dans notre étude, 68,7% des patients ont dévoilé leur maladie à leur hiérarchie. 66,7% des cadres et 70,6% des militaires du rang disent avoir expliqué leur maladie à leur hiérarchie. Le p=0,82 n'est pas en faveur d'un lien entre le grade et le fait d'annoncer sa maladie à sa hiérarchie. Munir F. et al. [45] dans une étude civile britannique portant sur 374 patients révèle que 50,2% des patients ont divulgué leur maladie à leur hiérarchie. Cette même étude retient comme facteurs de risque de divulgation de la maladie aux supérieurs :

- le faible niveau socio-économique (RR=3)
- le soutien apporté par la hiérarchie dans la maladie (RR 1,68)
- la haute expérience d'une maladie chronique (RR=1,51)
- le diabète (RR=1,38)
- la connaissance par les collègues de la maladie chronique.

Comparativement aux cadres, les militaires du rang ne révèlent pas davantage leur maladie. L'étude de Munir et al. [45] révèle pourtant, une augmentation du risque de révélation de la maladie par les malades de faible niveau socio-économique.

La plus grande divulgation de la maladie des patients dans les armées s'explique par plusieurs phénomènes. Tout d'abord, la vie en groupe, le besoin de pouvoir compter

sur le camarade et la difficulté de conserver un secret en groupe font que les patients se confient plus à leurs collègues. Le militaire a peut-être plus besoin de se justifier de l'exemption d'une liste de garde ou d'autres tâches considérées en unité comme une corvée. Un militaire s'étant justifié avec une maladie authentique et grave sera certainement moins mis à l'index par son entourage. Ensuite, un certain nombre de militaires n'osent pas dire « non » à leur hiérarchie qui leur demande « ce qui leur arrive ». Pour certains, ils pensent même respecter « les ordres » en dévoilant leur maladie. Il est malheureux et surprenant qu'un des personnels ait écrit comme justification de la divulgation de sa maladie à la hiérarchie : « ce sont les ordres ». Enfin, il existe peut-être une plus grande confiance du militaire dans la conservation du secret par sa hiérarchie.

On pourrait penser que le fait de divulguer sa maladie à ses supérieurs est un facteur de bonne gestion des personnels. Une étude managériale britannique [46] semble montrer l'inverse. Tout en rappelant leur rôle central dans l'application des modifications d'emploi, ce rapport conclut que les managers n'ont pas besoin de connaître la maladie du patient pour être efficace. A l'inverse, cette divulgation aurait un effet délétère pour le patient qui se voit alors limité dans son travail par sa hiérarchie. Il semblerait, d'après Coole C. [47] qu'une certaine compréhension des mécanismes de lombalgies pour un manager soit malgré tout utile pour clarifier les tâches nuisibles au dos.

Face à l'important taux de divulgation de la maladie, il faudrait rappeler aux patients leurs devoirs de militaire mais aussi leurs droits de patient. L'adaptation des postes n'est pas facilitée par la divulgation de la pathologie à la hiérarchie. Ce rappel pourrait être expliqué au moyen du feuillet décrit précédemment (annexe 8) et remis en visite d'aptitude et faire l'objet de cours en école des cadres supérieurs et de contact du Ministère de La Défense.

Nous avons observé les conséquences de l'inaptitude sur les patients. Nous allons étudier désormais les relations entre les intervenants de l'aptitude.

5. Interaction entre le médecin d'unité et le spécialiste

5.1. Sur la forme de l'interaction

5.1.1. Origine et forme de l'échange

Les médecins d'unité sont à l'origine de 77,5% des consultations pour aptitude dans le service de neurologie de l'HIA du Val-de-Grâce. Seulement 5% des patients sont adressés par des spécialistes civils ou militaires. Ces chiffres étaient attendus étant donnée la position centrale du médecin généraliste renforcé par la qualification de médecin traitant.

100% des patients ont été adressés par les généralistes avec un courrier. Seulement 15,0% des neurologues ont eu, en plus du courrier, un contact direct (téléphonique ou électronique) avec le généraliste. D'après Illiat-Guittard et al. [48], 22% des contacts spécialiste/généraliste se font de manière directe, 9 % selon McPhee et al. [49] et 11 % d'après Letourmy et al. [50]. Un décret datant du 7 mars 1974 impose, en France, un format écrit pour le compte-rendu de consultation spécialisée. Ce texte explique, partiellement, que le courrier soit le mode d'échange le plus couramment utilisée en France. En Angleterre également, le mode d'échange par courrier est davantage présent, contrairement à la Belgique et l'Italie où ce sont les contacts directs qui sont favorisés. Le faible contact direct de notre étude (15%) est concordant avec les études des auteurs précités. En raison du petit effectif du SSA, nous pouvions nous attendre à une plus grande fréquence des contacts directs par voie téléphonique ou électroniques. Les médecins militaires (généralistes ou spécialistes) s'adressent fréquemment aux mêmes intervenants, font parfois partie d'une même promotion, se sont connus en HIA au moment de l'internat, en tant qu'élève ou maître... Joindre directement l'autre intervenant est souvent plus aisé qu'avec un inconnu.

75% des neurologues sont satisfaits de la qualité de l'échange avec le généraliste. Nous n'avons malheureusement pas pu comparer ce chiffre à des études dans le milieu civil. Le taux de satisfaction des spécialistes à l'égard du contact avec le généraliste doit pouvoir être amélioré par un moyen simple. Il apparaît que le format de la correspondance entre spécialiste et généraliste des armées est à revoir. Le format de certains courriers souvent utilisés dans le SSA est trop petit (annexe 4) pour contenir les informations suffisantes et être lisible. Dans une étude britannique de Tattersall MH et

al. [51], moins de 50% des courriers contenaient l'ensemble des informations nécessaires. Avec des lettres formalisées, les courriers sont plus concis mais contiennent les informations importantes. Les lettres du SSA ne contiennent souvent pas les rubriques : antécédents, examen clinique ou examen complémentaire. Si le SSA veut revoir complètement son mode de communication standard entre médecins, d'autres modes sont plus efficaces. Stille C. et al. dans une étude américaine [52] rapportait la meilleure efficacité de la messagerie électronique. Celle-ci présente pour intérêt d'être rapide, directe et «asynchrone», ce qui signifie que les expéditeurs et les destinataires n'ont pas besoin d'être disponibles simultanément. Il faut pour cela bénéficier d'infrastructures de télécommunication dont trop peu de médecins peuvent bénéficier en unité (Quel est le rapport Poste internet/Médecins dans l'armée ?).

Pour remédier à la surcharge de la consultation de certains services, une autre solution pourrait être envisagée. Pour les situations où un simple avis téléphonique suffirait au généraliste, sans consultation spécialisée, il est plus aisé au généraliste d'écrire un courrier et faire prendre rendez-vous au patient que d'obtenir au téléphone le spécialiste d'astreinte. La communication aux médecins généralistes du numéro d'un spécialiste d'astreinte pourrait soulager les spécialistes d'une part (même petite) de la consultation.

5.1.2. Délai de réponse du spécialiste

Le délai moyen de réponse du neurologue militaire est de 10,5 jours tandis que le délai moyen est de 5 jours dans une étude civile néerlandaise [53]. Pourtant le taux de satisfaction des généralistes militaires est de 100% à comparer à la même étude [53] où le délai de satisfaction est de seulement 45%. Dans notre étude, le délai est donc deux fois plus long et pourtant le taux de satisfaction est maximal ! Comparé à l'étude de Van der Kam [53], les patients de notre étude ont déjà tous consulté en milieu hospitalier. Notre population a donc moins besoin d'une réponse en urgence puisque ce sont principalement des consultations de suivi (aptitude ou suivi de l'évolution de la maladie). Il en résulte certainement un faible empressement des généralistes de notre étude (13,8% seulement) à recevoir le courrier du spécialiste. Cette faible attente explique au moins en partie la moindre satisfaction des délais de l'étude néerlandaise. Les médecins néerlandais sont peut-être plus exigeants avec de leurs confrères...

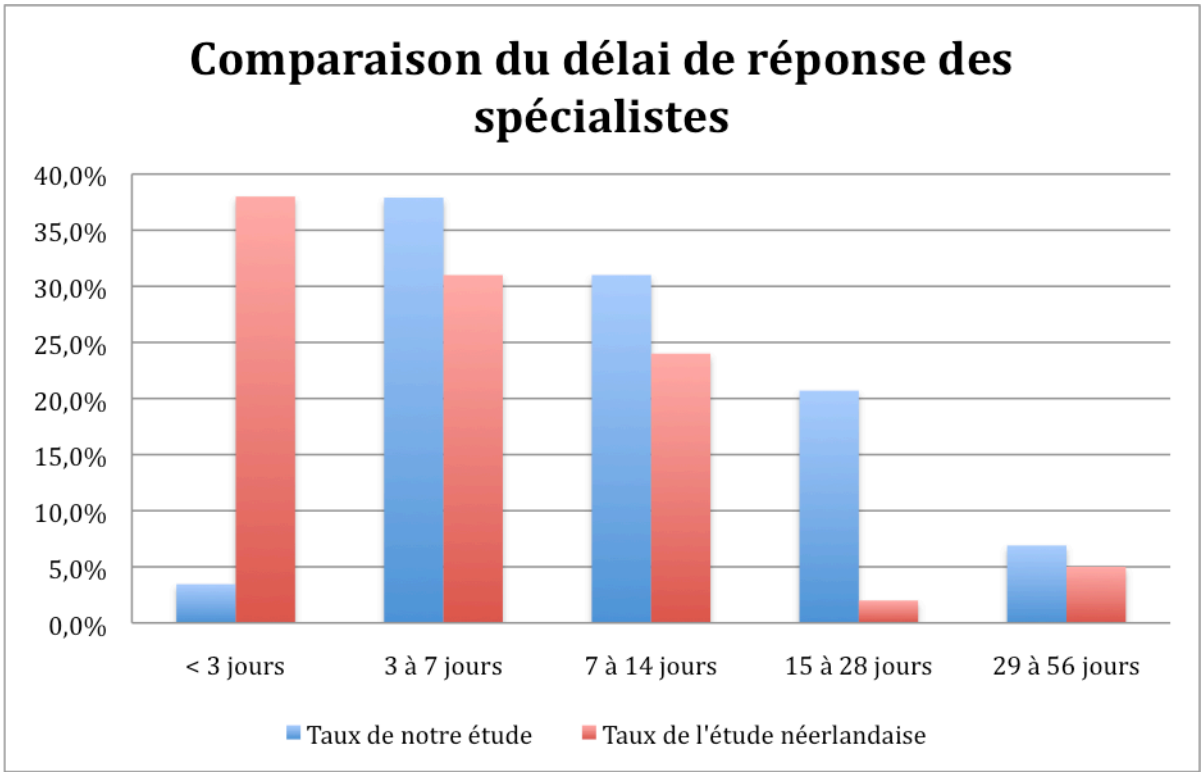

Fig. 32: Comparaison des délais de réponse dans l'étude néerlandaise de Van der Kam et al. [53] et notre étude.

5.2. Sur le fond de l'interaction

93,1% des généralistes de notre étude sont satisfaits de la réponse du spécialiste à la question posée. Comparées à l'étude de Illiat-Guittard L. et al. [48], où moins de 50% des réponses des spécialistes sont jugées satisfaisantes par les généralistes, les réponses apportées par les neurologues du Val-de-Grâce sont excellentes.

Les patients consultent dans notre étude au moins pour la deuxième fois et les attentes des généralistes mieux formulées et plus précises. Ceci pourrait expliquer une plus grande satisfaction.

La bonne connaissance du milieu militaire par les spécialistes des HIA explique certainement la satisfaction des médecins d'unité. Si leurs décisions s'avéraient inapplicables, les avis seraient beaucoup plus modifiés par les médecins d'unité. Cependant notre étude comporte un biais non négligeable, à savoir que le service de neurologie compte cinq médecins dont quatre ont travaillé en unité. Il est peut-être à ce titre préjudiciable que les actuels internes de spécialité ne réalisent dans leur cursus qu'un mois en unité, passage en voie d'être supprimé. Les conséquences de l'absence de toute connaissance de la médecine d'unité par les spécialistes sont imprévisibles et il

serait intéressant de réévaluer à ce titre le suivi des aptitudes dans quelques années et la satisfaction des généralistes quant à la DMM spécialisée.

5.3. Délais de consultation

Les généralistes évaluent le délai de consultation en routine dans un HIA à une moyenne de 29,7 jours. Le même délai en urgence est de 4 jours. Dans le milieu civil, une étude nationale de 60 millions de consommateurs portant sur 800 services et 6 spécialités [54] a évalué les délais de consultation. Les consultations étaient obtenues en 21 à 61 jours, avec une moyenne de 37 jours toutes spécialités confondues. Le délai moyen de consultation rapporté par les médecins d'unité est donc proche de celui évalué dans le civil.

Seulement 55,6% des généralistes sont satisfaits des délais de consultation en HIA. Peu de patients semblent en théorie nécessiter une réponse rapide (35% de DMM, 41% de suivi habituel par le neurologue et 24% d'évolution de la maladie). On pourrait penser au premier abord que seuls les 24% de consultations pour maladie en cours d'évolution sont suceptibles de nécessiter une consultation rapide. C'est sans compter sur les cas trop fréquents de patients vus à quelques jours d'un renouvellement de contrat ou d'un changement de statut. Ces patients nécessitent souvent une prise en charge rapide pour déterminer des problèmes qui, peu importants sur le plan médical, le sont sur le plan professionnel. Les médecins généralistes demandent alors souvent au médecin spécialiste d'être disponible rapidement. Les plannings de consultation des spécialistes du service de neurologie de l'HIA du Val-de Grâce par exemple (rendez-vous de consultation le plus proche à 5-6 mois) se prêtent mal à l'obtention en une semaine d'un rendez-vous. Il est donc peu surprenant que seulement la moitié des généralistes soient satisfaits des délais de consultation en HIA. Les généralistes miltaires comprennent souvent mal que les « patients militaires ne passent pas avant ». Mais les spécialistes doivent souvent choisir leurs patients et privilégient à juste titre une urgence médicale à une urgence d'aptitude.

L'étude met en lumière un important taux de consultation dans le milieu civil (31%). La compétence des neurologues militaires n'est pas remise en cause. Un tiers des médecins militaires mettaient en cause un trop grand éloignement des médecins militaires référents. Pour 44,4% d'entre eux, la pathologie avait été diagnostiquée par un neurologue civil (là aussi un lien avec la distance devant certainement exister). La

proximité des HIA, compliquée à maintenir dans le contexte de crise économique et de Révision Générale des Politiques Publiques, est nécessairement l'un des meilleurs moyens de conserver pour les HIA un bon recrutement de consultations militaires. Une autonomisation du médecin généraliste quant à l'aptitude est certainement le meilleur moyen de libérer les généralistes de la contrainte d'éloignement de l'HIA de rattachement.

Conclusion

La perception de l'aptitude a fortement évolué depuis la professionnalisation des armées. Certains jeunes s'engagent par dépit, manque de débouché, d'autres veulent au contraire un métier différent par le caractère opérationnel. Tandis que la conscription poussait nombre d'engagés à simuler des maladies pour échapper au service national, la professionnalisation les incite à dissimuler leur pathologie pour conserver leur emploi et leurs conditions de vie. Tous voient ainsi dans l'inaptitude un danger plus grand que celui de leur maladie. C'est pourquoi l'annonce d'une inaptitude demande de connaître ses conséquences. Cela était la motivation essentielle de ce travail.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'application des avis d'aptitude en unité. L'inapplication des décisions semble davantage être le fait de la hiérarchie, seule décisionnaire de l'exécution de la DMM. Ainsi, l'amélioration de l'application des DMM passe par deux mesures.

- Le renforcement de l'autonomie du généraliste en favorisant l'usage exclusif des instructions ministérielles et en facilitant le passage devant des commissions sans avis spécialisé et l'échange informel avec les spécialistes.
- Le renforcement de la confiance de la hiérarchie en conservant un lien avec les unités soutenues médicalement.

Ce travail avait aussi pour but d'évaluer le vécu du patient. Le retentissement des inaptitudes prononcées par les neurologues de l'HIA du Val-de-Grâce est essentiellement professionnel et psychologique. Bien qu'une évaluation objective du retentissement psychologique aurait augmenté la portée de notre étude, une sensibilisation du médecin d'unité à cette problématique semble essentielle dans sa formation initiale. Pour les aspects social, familial et économique, les conséquences semblent par contre limitées et les comparaisons impossibles avec les études existantes. Le taux de révélation de la maladie à sa hiérarchie par le patient est très élevé. Cela mériterait certainement un travail à lui tout seul.

Enfin nous souhaitions évaluer la qualité des échanges entre le médecin d'unité et le médecin spécialiste des HIA. Généralistes et spécialistes sont très largement satisfaits de leurs échanges. Cependant l'absence de caractère prioritaire des consultations des militaires altère l'image des HIA aux yeux des médecins d'unité. Le recours plus systématique aux échanges informels par les moyens de communication modernes

permettrait de soulager les hospitaliers de consultations ne nécessitant pas d'évaluation clinique et de répondre rapidement à certaines questions simples des généralistes.

Annexe 1
Certificat d'aptitude n°620-4/1 employé pour les visites d'aptitudes.

MINISTERE DE LA DEFENSE.

Service de santé des armées.

Imprimé nº 620-4*/1.

Instruction nº 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.
☐ Aptitude générale au service.		
☐ Aptitude au service à la mer.		
☐ Aptitude à la spécialité de		
☐ Aptitude aux opérations extérieures et missions de courte durée OM.		
☐ Aptitude à une affectation outre-mer.		
☐ Aptitude TAP.		
☐ Aptitude à l'emploi de conducteur ☐ VL ☐ PL SPL et TC.		
☐ Aptitude COVAPI, catégorisation médico-physiologique.		
☐ Aptitude SOC ou corps des officiers mariniers de maistrance.		
☐ Aptitude au renouvellement de contrat.		
☐		
☐		

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.

Annexe 2
Signification des coefficients affectés aux sigles.

Sigles physiques:

S-I-G = 1 : Intégrité physique compatible avec les emplois les plus pénibles, contraignants ou stressant (emplois spéciaux).

S-I-G = 2 : Séquelles anatomiques ou fonctionnelles ou maladies chroniques compatibles avec l'ensemble des emplois militaires sauf certains emplois spéciaux.

S-I-G = 3 : Séquelles anatomiques ou fonctionnelles ou maladies chroniques incompatibles avec des emplois spéciaux et opérationnels (sauf S=3 dans certains cas), n'autorisant que des emplois de soutien et des activités physiques adaptées.

S-I-G = 4-5 : Séquelles anatomiques ou fonctionnelles ou maladies chroniques incompatibles avec le service dans les armées sauf dérogation pour des emplois de soutien sédentaires.

S-I-G = 6 : Séquelles anatomiques ou fonctionnelles ou maladies chroniques invalidantes et incompatibles avec tout emploi (pas de dérogation).

Sigles sensoriels :

Y-C-O =1 : acuité sensorielle optimale

Y-C-O =2 : acuité sensorielle satisfaisante, compatible avec la plupart des emplois militaires sauf certains emplois spéciaux.

Y-C-O = 3 : acuité sensorielle moyennement déficitaire, incompatible avec la plupart des emplois spéciaux et certains emplois opérationnels.

Y-C-O = 4-5 : acuité sensorielle déficitaire, compatible avec certains emplois opérationnels à caractère non sécuritaire (Y avec correction, C4) et l'ensemble des emplois de soutien sans (Y-C5) ou avec (O) dérogation.

Y-C-O = 6 : acuité sensorielle insuffisante et incompatible avec tout emploi.

Sigles psychologiques :

P=1 : Etat psychologique compatible avec tout emploi.
P=2 : Etat psychologique avec limitations d'emploi pour motif psychoaffectif.
P=3 : Troubles psychiatriques nécessitant une inaptitude temporaire au service.
P=4-5 : Troubles psychiatriques incompatibles avec le service dans les armées.

Annexe 3

Retentissement des coefficients sur l'aptitude générale au service d'après le bureau de médecine d'armée de la DRSSA Saint Germain-en-Laye.

	S	**I**	**G**	**Y**	**C**	**O**	**P**
1	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX
2	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAT
3	SAM/OM/OPEX	OM/OPEX	OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	SAM/OM/OPEX	
4	DEROGATION	DEROGATION	DEROGATION	SAM/OM/OPEX	OM/OPEX	DEROGATION	
5	DEROGATION	DEROGATION	DEROGATION	SAM/OM/OPEX	OM	DEROGATION	
6							

Aptitudes spéciales	**Aptitudes opérations**	**Aptitudes soutiens**	**Inaptitude générale**
Pompiers / plongée	Combat	Administration	au service
Commandos / TAP	Armements	Vivres / Log.	dans les armées
Navigation air / mer	Techniques	Transmissions	

OM : Outre-Mer

OPEX : Opération Extérieure

Navigation air/ mer

SAM : Service à la mer

Annexe 4
Questionnaire destiné au patient.

__ __ __ - P

Service
de Santé
des Armées

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à être étudié dans le cadre d'une thèse de médecine. Le but de cette thèse est d'évaluer la prise en charge des aptitudes médicales du Service de Santé des Armées et leurs retentissements sur la vie des militaires affectés par ces décisions.

Votre avis nous étant indispensable pour permettre une amélioration de notre pratique médicale au service des forces armées, il vous est demandé de prendre les quelques minutes nécessaires au remplissage de ce bref questionnaire.

Les données collectées dans ce questionnaire sont anonymes et ne pourront en rien être transmises à votre médecin spécialiste ou généraliste ou à votre hiérarchie.

N'oubliez pas de déposer le questionnaire une fois rempli, dans la boîte prévue à cet effet devant le secrétariat du service

Vous remerciant de votre aide précieuse.

Interne des Hopitaux des Armées PIPON Christophe

Annexe 4
Questionnaire destiné au patient.

Service de Santé des Armées

__ __ __ - P

Questionnaire à remplir par le patient

Situation personnelle

1) Quelle date est-on ? __/__/__

2) Etes-vous ? ☐ Un homme ☐ Une femme

3) Quelle est la date du diagnostic de votre maladie ? __/__/__

4) Quel est votre âge ? _____ ans

5) Où êtes-vous affecté (Armée-Unité) ?_____

6) Quel est votre grade ? _____

7) Où en est votre carrière? ☐ < 6 mois de service ☐ 1er contrat (de 6 mois à 5ans de service)
☐ 2ème contrat (renouvellement déjà effectué) ☐ > 10 ans de service ☐ Militaire de carrière
Quelle est votre année d'incorporation? _____

8) Avez-vous un emploi sédentaire? ☐ Oui ☐ Non

9) Quel emploi en clair (évitez les acronymes) ? _____

10) Etes vous satisfait de votre emploi actuel ? ☐ Tout à fait satisfait ☐ Plutôt satisfait
☐ Plutôt pas satisfait ☐ Pas du tout
Si vous n'êtes pas satisfait, pourquoi ? _____

11) De quelle maladie neurologique souffrez-vous ? _____

12) Gardez-vous des séquelles ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, lesquelles ? ☐ Paralysie ☐ Déficit du toucher ☐ Troubles de l'équilibre
☐ Autres, précisez_____

13) Souffrez-vous d'une autre maladie ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, a-t-elle des conséquences sur votre aptitude ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, lesquelles ? _____

La dernière consultation avant celle d'aujourd'hui et votre aptitude

14) A quelle date avez-vous vu le neurologue militaire pour la dernière fois ? __/__/__

15) Qui vous a adressé au neurologue militaire? ☐ Le médecin de votre unité ☐ Le médecin en mission extérieure
☐ Un autre médecin, lequel ?_____ ☐ Ne sais pas

16) Dans quel cadre avez-vous été vu par le neurologue militaire ? ☐ En consultation ☐ En hospitalisation

17) Votre aptitude avait-elle été modifiée? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si OUI, vous l'avait-on clairement expliqué ? ☐ Oui ☐ Non

18) Avez-vous été surpris que votre maladie ait des conséquences sur votre aptitiude ?
☐ Complètement ☐ Assez surpris ☐ Plutôt pas ☐ Pas du tout

19) Connaissez-vous votre classement G au SIGYCOP ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, lequel ? G__ ☐ Temporaire

20) Quelles ont été les restrictions d'aptitude prescrites ?
☐ Garde ☐ Permanence/ Semaine ☐ OPEX/OM ☐ Tir
☐ Sport ☐ Covapi/CCPM ☐ Conduite des véhicules légers
☐ Conduite PL/blindés ☐ Autres restrictions, lesquelles ? _____
Toutes les restrictions d'aptitude demandées par le neurologue ont-elle été respectées en unité ?
☐ Oui ☐ Non

Cochez les restrictions réalisées en unité
☐ Garde ☐ Permanence/ Semaine ☐ OPEX/OM ☐ Tir
☐ Sport ☐ Covapi/CCPM ☐ Conduite des véhicules légers
☐ Conduite PL/blindés ☐ Autres restrictions, lesquelles ? _____

2

Annexe 4
Questionnaire destiné au patient.

__ __ - P

Votre vécu

21) Avez-vous l'impression que la décision d'aptitude a été prise dans l'intérêt de votre santé ? ☐ Oui ☐ Non

22) Avez-vous l'impression que la décision d'aptitude a été prise dans l'intérêt de votre vie professionnelle ?
☐ Oui ☐ Non

23) Avez-vous l'impression que la décision d'aptitude a été prise dans l'intérêt de votre vie personnelle ?
☐ Oui ☐ Non

24) Avez-vous l'impression que la décision d'aptitude a affecté votre santé psychologique ?
☐ Oui ☐ Non

25) La décision d'aptitude a-t-elle eu des conséquences sur votre emploi ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, lesquelles ? _____

26) Depuis la dernière consultation d'aptitude, avez-vous eu une période d'inaptitude ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, avez-vous eu un poste adapté à votre situation médicale ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, avez-vous été satisfait de ce poste ? ☐ Oui ☐ Non

27) La décision d'aptitude a-t-elle eu des conséquences sur votre solde ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, lesquelles ? _____

28) Votre médecin d'unité vous avait-t-il reçu après l'avis du neurologue ? ☐ Oui ☐ Non

29) Dans les suites de la décision, votre hiérarchie vous a-t-elle reçu ? ☐ Oui ☐ Non

30) Avez-vous expliqué votre maladie à votre hiérarchie ? ☐ Oui ☐ Non
Exprimez brièvement pourquoi. _____

31) Votre médecin d'unité a-t-il modifié à nouveau votre aptitude avant la consultation de ce jour ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Pourquoi ? _____

32) Avez-vous eu l'impression d'être mis à l'écart ?
☐ Dans votre vie professionnelle ☐ Dans votre vie personnelle ☐ Non

33) Qu'envisagez vous dans les années à venir ? ☐ Retourner au poste antérieur ☐ Continuer au poste adapté
☐ Obtenir une mutation ☐ Partir à la retraite ☐ Ne pas renouveler votre contrat
☐ Démissionner ☐ Ne sais pas ☐ Autre, précisez_____

34) Etes-vous satisfait de votre prise en charge par le Service de Santé des Armées ? ☐ Oui ☐ Non
Pourquoi ? _____

Pensez bien à poser le questionnaire dans la boîte prévue à cet effet au secrétariat du service de neurologie.
Merci de votre participation.

3

Annexe 5
Questionnaire destiné au neurologue.

__ __ __ - N

Service de Santé des Armées

Ce questionnaire est destiné à être rempli par un neurologue du service de neurologie de l'HIA du Val de Grâce, deux autres questionnaires seront donnés : l'un au patient à remplir dans l'instant et un envoyé au médecin généraliste en unité avec le courrier médical.

Questionnaire à remplir par le neurologue

1) Date de la consultation actuelle __/__/____

Diagnostic

2) De quel groupe de pathologie souffre le patient?
☐ Epilepsie ☐ Maladie neuro-dégénérative ☐ Neuropathie
☐ Maladie musculaire ☐ Maladie inflammatoire du SNC ☐ Tumeurs
☐ Maladies vasculaires ☐ Traumatismes crâniens
☐ Autres, lesquelles ? _____

3) Quelle est la date du diagnostic ? __/__/____

4) Est-ce la première fois que vous voyez le patient en consultation depuis l'avis initial d'aptitude prononcé ?
☐ Oui ☐ Non

5) Combien de fois ce patient a-t-il consulté dans un service de neurologie militaire ?
☐ moins de 2 fois ☐ entre 2 et 5 fois ☐ Plus de 5 fois

6) Dans quelles circonstances a-t-il été vu par un neurologue militaire pour la première fois ?
☐ en consultation ☐ en hospitalisation

A quelle date ? __/__/____

7) Dans quel contexte ?
☐ En RAPASAN ☐ En EVASAN ☐ A la demande du patient
☐ A la demande du médecin d'unité ☐ A la demande d'un spécialiste militaire
☐ A la demande de son médecin civil habituel ☐ A la demande d'un neurologue civil
☐ Autre, précisez _____

8) Lorsqu'il a été vu pour la première fois par un neurologue militaire, avait-il été adressé pour une décision médico-militaire ? ☐ Oui ☐ Non

9) Etait-il en possession d'un courrier? ☐ Oui ☐ Non
Si non, pour quelles raisons une DMM a été prononcée? _____
_____
_____

Dernière décision d'aptitude

10) De quand date la dernière modification d'aptitude ? __/__/____

11) Quel classement général=G lui avait été prescrit ? G ___ ☐ Temporaire ☐ Ne sais pas

12) Quelles restrictions d'aptitude lui ont été prescrites ?
_____
_____

13) Les textes réglementaires avaient-ils été suivis ? ☐ Oui ☐ Non
Si NON, pourquoi ? _____

1

Annexe 5
Questionnaire destiné au neurologue.

__ __ __ - N

A la suite de la dernière DMM

14) Avez-vous été contacté directement par le médecin d'unité au sujet de cette aptitude en dehors d'une lettre d'introduction du patient ?
☐ Avant ou au moment de la prise de décision d'aptitude ☐ Après la prise de décision
☐ Non contacté par le médecin d'unité ☐ Ne sais pas

15) Vous a-t-il demandé de modifier votre avis initial ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, pourquoi ? _____

16) Au décours de la consultation, le patient vous avait-t-il demandé de modifier votre avis ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si OUI, pourquoi ? _____

17) Votre avis a-t-il, selon vous, un retentissement sur la vie du patient ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, sur quel versant de la vie du patient ?
☐ Professionnel ☐ Familial ☐ Social ☐ Psychologique
☐ Autre, précisez _____

Devenir de la précédente DMM

18) Votre avis a-t-il été respecté à l'unité ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si NON, les restrictions liées à son aptitude ont-elles été ? ☐ Minorées ☐ Majorées
Décrivez les modifications des aptitudes par rapport à celles qui ont été prescrites

_____

_____

19) Pensez-vous que ces modifications soient le fait ?
☐ Du médecin d'unité ☐ De la hiérarchie ☐ Du patient ☐ Ne sais pas

DMM CE JOUR

20) Quelles sont les modifications sur le plan strictement médical ?

_____

_____

21) Ce jour, quelle aptitude générale prononcez vous? G ___ ☐ Temporaire ☐ Ne sais pas

22) Cette aptitude respecte-t-elle l'IM 2100 ? ☐ Oui ☐ Non

23) Aujourd'hui, quelles restrictions d'aptitude prononcez-vous?

_____

_____

24) Avez-vous été satisfait du contact avec le médecin d'unité au cours du suivi de ce patient?
☐ Tout à fait satisfait ☐ Plutôt satisfait ☐ Pas satisfait ☐ Mécontent ☐ Il n'y en a pas eu

25) Avez vous eu le sentiment de répondre aux attentes du patient? ☐ Oui ☐ Non

26) Avez vous eu le sentiment de répondre aux attentes du médecin d'unité ? ☐ Oui ☐ Non

27) Avez vous eu le sentiment de répondre aux attentes de sa hiérarchie? ☐ Oui ☐ Non

Merci d'avoir rempli ce questionnaire et de le déposer au secrétariat dans la case prévue à cet effet.

2

Annexe 6
Questionnaire destiné au généraliste.

__ __ __ - G

Service
de Santé
des Armées

Madame, Monsieur, Cher confrère,

Actuellement Interne des Hôpitaux des Armées de médecine générale, je réalise une thèse évaluant les aptitudes médico-militaires. Le but est d'étudier le circuit de la décision médico-militaire entre spécialiste-généraliste-hiérarchie, le vécu et le retentissement de l'aptitude sur la vie du patient et la fréquence des reconversions.

Cette thèse porte sur les patients suivis dans le service de neurologie du Val-de-Grâce sans limitation de durée. Le questionnaire ci-joint vous est destiné et vous a été envoyé par le neurologue au moment de la consultation avec votre patient.
Une enveloppe prérédigée et affranchie y est également jointe pour permettre le retour du questionnaire.

Je vous remercie d'avance pour votre aide précieuse.
Respectueusement.

IHA PIPON Christophe

Données personnelles retirées

Service de neurologie
HIA Val de Grâce
74, Boulevard de Port-Royal
75005 PARIS

1

Annexe 6
Questionnaire destiné au généraliste.

__ __ __ - G

Service de Santé des Armées

Questionnaire à remplir par le généraliste

1) Date de réception du courrier __/__/____

Précédente DMM

2) Ce patient avait-il déjà vu un neurologue militaire ? ☐ Oui ☐ Non

3) Date de la première consultation avec le neurologue militaire ? __/__/____

4) Date de la dernière consultation avec le neurologue militaire ? __/__/____

5) Quel avis d'aptitude lui avait-été prescrit par le neurologue ? G ___ ☐ Temporaire ☐ Ne sais pas
Quelles restrictions d'aptitude avaient été prescrites par le neurologue ?

_____

_____

6) Quelles restrictions d'aptitude avaient été transmises au commandement ?

_____

_____

7) Est ce que la DMM a été suivie par le commandement ?
☐ Augmentation des restrictions par rapport à l'avis donné, précisez_____
☐ Diminution des restrictions, précisez_____
☐ Pas du tout suivie.

8) Durant cette période de restrictions, est-il notifié dans le dossier médical une altération psychologique?
☐ Oui ☐ Non
Si OUI, de quel type ? ☐ Humeur dépressive ☐ Syndrome dépressif caractérisé
☐ Autre, de quel type ?_____

Dernière consultation spécialisée

9) Pourquoi avez-vous adressé le patient ? ☐ Evolution de la maladie ☐ Spécifiquement pour avis d'aptitude
☐ Suivi demandé par le neurologue ☐ Autre, précisez _____

10) Avez-vous déjà adressé ce patient à un neurologue civil ? ☐ Oui ☐ Non
Pourquoi ? ☐ Délais de consultation en HIA trop longs ☐ HIA de rattachement trop éloigné
☐ Relations difficiles avec le spécialiste militaire ☐ Réponses du spécialiste militaire jugées insatisfaisantes
☐ Souhait du patient ☐ Autre, précisez ?_____

11) Au sujet de la pathologie de ce patient, avez-vous déjà pris des décisions d'aptitude sans prendre d'avis spécialisé militaire ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, sur quelle base avez-vous statué (bilan dans le civil,…) ? _____

_____

12) Le délai de réponse du spécialiste vous a-t-il paru raisonnable ? ☐ Oui ☐ Non
Aviez-vous exprimé un impératif de délai ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, pour quel motif ?_____
Le spécialiste a-t-il répondu à la question donnée? ☐ Totalement ☐ Partiellement ☐ Non

2

__ __ __ - G

13) Quelle aptitude le neurologue lui a-t-il prescrit (classement général=G et restrictions d'emploi) ?
G___ ☐ Temporaire Restrictions_____

14) Est-ce que l'aptitude donnée par le neurologue vous paraît adaptée à l'emploi du patient ?
☐ Oui ☐ Non

15) Allez–vous transmettre en intégralité au commandement, les mêmes restrictions que celles indiquées par le neurologue ? ☐ Oui ☐ Non
Si NON, quelle restrictions allez-vous transmettre au commandement ?_____
_____

16) Si votre décision est différente de l'avis spécialisé, pourquoi (choix délibéré, autre avis spécialisé à prendre en compte,….) ? _____
_____

17) Le patient envisage-t-il de saisir un conseil de santé? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si OUI, pourquoi ?_____

D'après votre expérience (non exclusivement dans le service de neurologie du Val de Grâce)

18) Quel est le délai moyen pour obtenir une consultation en HIA ? En routine_____
En urgence_____
Ces délais vous paraissent-ils convenables ? ☐ Oui ☐ Non
Si NON, pourquoi ?_____

19) Vous arrive-t-il de ne pas respecter strictement l'IM 2100 pour statuer ? ☐ Oui ☐Non
Si OUI, sur quel pourcentage des aptitudes ? ☐Jamais ☐ <10% des DMM
☐ <25% des DMM ☐ <50% des DMM ☐ >50% des DMM
Pour quelles raisons ? _____

20) Sur toute votre carrière, combien de fois le commandement a-t-il fait pression pour changer une DMM ?
☐ Jamais ☐ entre 2 et 5 fois ☐ entre 5 et 10 fois
☐ >10 fois ☐ > 50 fois ☐ Ne sais pas

21) Combien de fois le commandement n'a t-il pas respecté votre DMM ?
☐ Jamais ☐ 1 fois ☐ < 5 fois
☐ > 5 fois ☐ Ne sais pas

Merci d'avoir rempli ce questionnaire et de le renvoyer dans l'enveloppe pré affranchie prévue à cet effet.

Annexe 7
Format réel d'un imprimé de consultation chez un spécialiste des HIA.

PLACE DE : _____

CORPS : _____

BILLET DE CONSULTATION

de _____

à l'Hôpital _____

Le _____ *à* _____ *heures.*

Nom : _____ Prénoms : _____ Mle : _____

Corps : _____ Unité : _____

Grade : _____

EXAMEN DEMANDÉ

A _____ *, le* _____

Le Médecin _____

RÉPONSE

A _____ *, le* _____

Le Médecin examinateur,

Lavauzelle 10 5256 0

Annexe 8
Feuillet explicatif suceptible d'être mis en place dans une unité.

Service de Santé des Armées

ÉCOLE POLYTECHNIQUE ParisTech

INFORMATIONS SUR LE SERVICE MEDICAL

Ouvert du Lundi au Vendredi de 08h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00.
Consultations gratuites et sans rendez-vous le matin pour les militaires et les élèves.
Visites médicales périodiques (VSA) sur rendez-vous l'après-midi.
URGENCES toute la journée.
Consultations pour les familles de militaires sur rendez-vous.
Prises de sang sur rendez-vous le lundi, mercredi et vendredi. Soins infirmiers tous les matins.

NUMERO URGENCE POUR LE SECOURS A VICTIME : 34 33

Le médecin militaire dans le parcours de soins

Lorsque vous consultez un médecin militaire généraliste ou spécialiste, il est toujours considéré par votre caisse de sécurité sociale comme médecin traitant (toujours considéré dans le parcours de soins et sans diminution du remboursement). Vous devez néanmoins déclarer un médecin traitant de votre choix auprès de votre organisme de sécurité sociale.

Le médecin militaire : délivre votre aptitude à servir dans l'armée

Vous devenez militaire : à ce titre vous avez des droits mais aussi des devoirs et devez donc remplir une aptitude médicale au titre de la loi. (Art. L. 4132-1 du code de la défense et Art. 20 de la loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 relative au statut général des militaires)
Un moyen objectif de déterminer l'aptitude : le SIGYCOP dont chaque lettre représente une fonction (membre supérieur, membre inférieur, état général, vision, perception des couleurs, audition et santé mentale). Chaque maladie possède un retentissement propre sur une de ces fonctions. Pour remplir les conditions nécessaires pour être dans un poste (élève polytechnicien, brevet parachutiste, brevet commando, départ à l'étranger, navigation en mer), chaque fonction doit remplir un coefficient. Si ces conditions, ne sont pas remplies, le médecin ne peut vous autoriser à effectuer ce poste, mission, etc.
La détermination de l'aptitude est donc objective et non sujette à interprétation de la part du médecin ou du militaire. Les vaccinations prescrites par le médecin militaire sont obligatoires, fixées par décision ministérielle et non sujettes à vos désidératas. Votre refus entraîne votre inaptitude.

Le profil médical nécessaire à l'entrée à Polytechnique est le suivant :

S	I	G	Y	C	O	P
3	3	3	5	4	3	2

Ex : Si vous avez une épaule instable non opérée,

S	I	G	Y	C	O	P
5	1	1	3	1	1	1

vous êtes inaptes et ne pouvez pas servir dans l'armée.

Votre profil médical et votre maladie ne sont pas révélés à votre hiérarchie. Seules les aptitudes ou restrictions sont transmises au commandement.
Vous n'avez aucune obligation de révéler votre maladie à votre hiérarchie

BIBLIOGRAPHIE

[1] Rapport d'évaluation et de prospection de la fonction santé. Expertise médicale et forces armées. Paris : 2011, Service de Santé des Armées, 139 p.

[2] Livre des Juges, chapitre VII in: La Bible de Jérusalem. Paris: Les éditions du Cerf, Ancien testament, p.288, versets 1-8.

[3] LEFEBVRE P. Les missions du Service de Santé. In : Histoire de la Médecine aux Armées. Limoges: Lavauzelle, 1987, 3 vol, p. 221-224.

[4] LECOINTE J. La santé de Mars. Paris : Briand, 1792, 593 p.

[5] MORACHE G.A. Considérations sur le recrutement de l'armée et sur l'aptitude militaire dans la population française. Paris : Librairie militaire de J.Dumaine, 1873.

[6] Ministère de la Guerre. Instruction du 17 mars 1890 sur l'aptitude physique au service militaire. Limoges : Lavauzelle, 1890.

[7] VIMONT C., BAUDOT J. Les causes d'inaptitudes au service militaire. Population, 1964, 19, 1, p. 55-78.

[8] Journées de médecine de prévention (Paris, 2009). PENNACINO A. Aptitude au service : du conseil de révision aux médecins experts.

[9] Bulletin Officiel des Armées. Instruction n°1700/DEF/DCSSA/AST/AS du 28 janvier 2002 relative au suivi et au contrôle de l'aptitude à servir du personnel militaire.

[10] Direction Centrale du Service de Santé des Armées. Les autres visites médicales d'aptitude. In : Mémento du médecin d'unité formant corps Armées de Terre, Armée de l'Air, Marine, Gendarmerie. Limoges : Lavauzelle, 2000.

[11] Direction Centrale du Service de Santé des Armées. Visite médicale périodique des militaires servant au-delà de la durée légale : « Visite annuelle ». In : Mémento du médecin d'unité formant corps des Armée de Terre, Armée de l'Air, Marine, Gendarmerie. Limoges : Lavauzelle, 2000.

[12] Direction Centrale du Service de Santé des Armées. Généralités sur l'aptitude. In : Mémento du médecin d'unité formant corps Armées de Terre, Armée de l'Air, Marine, Gendarmerie. Limoges : Lavauzelle, 2000.

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

[19] BERCHER A. Perception par les militaires de leur médecin d'unité. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université de Nancy I, 2010, 170p.

[20] AUDOUAL T. Perception par les militaires et image du médecin d'unité. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université de Lyon I, 2007,108 p.

[21] COMBLET J. Attente des patients militaires envers leurs médecins d'unité en terme d'offre de soins. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université de Paris V, 2011, 124 p.

[22] Cour des Comptes. Médecins et hôpitaux des Armées. Octobre 2010.

[23] Décret n°2004-534 du 14 juin 2004 portant statut particulier des praticiens des armées.

[24] Bulletin Officiel des Armées. Instruction N° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir. Octobre 2003.

[25] Direction générale de la gendarmerie nationale. Instruction N°22000/DEF/GEND/RH relative aux normes d'aptitude médicale des personnels militaires de la gendarmerie. Février 2008.

[26] Etat Major de la Marine. Instruction N°000-59990-2006/DEF/EMM/PRH relative aux normes d'aptitude médicale applicables au personnel militaire de la marine nationale. Janvier 2007.

[27] Etat Major de l'Armée de Terre. Instruction N°655/DEF/EMAT/PRH/PP relative aux normes d'aptitude médicale applicables au personnel militaire de l'armée de terre. Juin 2008.

[28] Direction des Ressources Humaines de l'Armée de l'Air. Instruction N°4000/DEF/DRH-AA/SDEP-HP/BPRH relative aux normes médicales d'aptitude applicables au personnel militaire de l'armée de l'air et à la définition des standards d'aptitude médicale minimaux à requérir pour les emplois du personnel navigant. Janvier 2011.

[29] BROGGER J., BAKKE P.S., EIDE G.E. et al. Comparison of telephone and postal survey modes on repisratory symptoms and risk factors. American Journal of Epidemiology, 2002, 155, 6, p. 572-576.

[30] WALSCH D.C. Divided loyalties in medicine: the ambivalence of occupational medical practice. Social Science and Medicine, 1986, 23, 8, p. 789-96.

[31] Observatoire économique de la Défense. Annuaire statistique de la défense 2010/2011. Paris : 2011, Direction des affaires financières, 160 p.

[32] Bilan Social 2010. Paris : 2011, Ministère de la Défense. Secrétariat Général pour l'Administration. Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Défense. Service de la Politique générale des Ressources Humaines Militaires et civiles. Sous-Direction des Etudes et de la Prospection.

[33] PICO F. Epidémiologie descriptive des principales pathologies neurologiques en France. La Lettre du Neurologue, 2001, 6, 5, 3 p.

[34] GUIOL P., MUNOZ J. The practice of occupational medicine between recognition and indifference. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2008, 69, 3, p. 438–447.

[35] Direction Régionale du travail, de l'emploi et de la Formation Professionnelle d'Aquitaine. Inaptitudes médicales totales et définitives en Aquitaine. Lettre d'information de la Médecine du Travail, juillet 2007.

[36] HANNERZ H., FERM L., POULSEN O.M. Enterprise Size and Return to Work After Stroke. Journal of Occupatioal Rehabilitation., 2012, 4.

[37] GOSSELIN H. Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 2007, 149 p.

[38] LYKETSOS C.G., KOZAUER N., RABINS P.V. Psychiatric manifestations of neurologic disease: where are we headed? Dialogues in Clinical Neuroscience, 2007, 9, 2, p. 111-124.

[39] GRAMIGNA S., SCHLUEP M., STAUB F., et al. Fatigue in neurological disease: different patterns in stroke and multiple sclerosis. Revue Neurologique, 2007, 163, 3, p. 341-348.

[40] STRAZDINS L., D'SOUZA M., CLEMENTS M., et al. Could better jobs improve mental health? A prospective study of change in work conditions and mental health in mid-aged adults. Journal of Epidemiology and Community Health, 2011, 65, 6, p. 529-534.

[41] KIM S.S., SUBRAMANIAN S., SORENSEN G., et al. Association between change in employment status and new-onset depressive symptoms in South Korea - a gender analysis. Scandinavian. Journal of Work and Environnemental Health, 2012.

[42] HOFFMANN-RICHTER U. Depression: cause or consequence of inability to work or disability? Therapeutische Umschau, 2007, 64, 8, p. 424-428.

[43] WADA K., IWASA H., OKADA M., et al. Marital status of patients with epilepsy with special reference to the influence of epileptic seizures on the patient's married life. Epilepsia., 2004, 45, 8, p.33-36.

[44] DANIEL K., WOLFE C.D., BUASCH M.A., et al. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. Stroke, 2009, 40, 6, p. 431-440.

[45] MUNIR F., LEKA S., GRIFFITHS A. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. Social and Science Medicine, 2005, 60, 6, p. 1397–1407.

[46] British Occupational Health Research Foundation. Managing rehabilitation: a competency framework for managers to support return to work. Goldsmiths: University of London, 2010.

[47] COOLE C., WATSON P.J., DRUMMOND A. Low back pain patients' experiences of work modifications; a qualitative study. BMC Musculoskeletal Disorders, 2010, 11, p. 277-284.

[48] MILLIAT-GUITTARD L., LETRILLIART L., GALAND-DESME S., et al. Échanges d'informations médicales dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : perceptions et attentes des médecins traitants de ville et des spécialistes hospitaliers. Bulletin du Cancer 2006, 93, 2, p. 223-231

[49] MCPHEE S.J., LO B., SALKA G.Y., et al. How good is communication between primary care physicians and subspeciality consultants? Archives of Internal Medicine, 1984, 144, p. 1265-1268.

[50] LETOURMY A, CARRICABURU D., BUNGENER M. La prise en charge des malades cancéreux par le médecin généraliste dans cinq pays européens. Revue Française des Affaires Sociales, 1999, 2, p. 37-50.

[51] TATTERSALL M.H., BUTTOW P.N., BROWN J.E., et al. Improving doctors' letters. Medical Journal of Australia, 2002, 177, p. 516-520.

[52] STILLE C.J., PRIMACK W.A., SAVAGEAU J.A. Generalist-Subspecialist communication for children with chronic conditions: a regional physician survey. Pediatrics, 2003,112, 6, p. 1314-1320.

[53] VAN DER KAM W.J., BRANGER P.J., VAN BEMMEL J.H., et al. Communication between physicians and with patients suffering from breast cancer. Family Practice, 1998, 15, 6, p. 415-419.

[54] Consultations à l'hôpital. 60 millions de consommateurs. Février 2010.

RESUME en français

Pré-requis : Le Service de Santé des Armées évalue l'aptitude médicale des militaires à leur fonction et leurs missions. Le médecin spécialiste militaire aide le généraliste à réaliser cette mission.

Matériel et méthode : Ce travail est une étude prospective sur le devenir, les conséquences et la perception de l'aptitude prononcée par le spécialiste des armées. 39 patients ont été inclus permettant d'évaluer le respect de la décision au sein de l'unité et la perception de la décision par les généralistes et les patients.

Résultats : 86% des aptitudes sont respectées par les médecins généralistes. La hiérarchie suit 74% des décisions qui lui sont rendues avec cependant un respect marqué pour les décisions qui concernent les cadres. 35% des patients présentent un retentissement psychologique et 30% sur leur emploi. 86% des patients souhaitent rester dans l'armée malgré l'avis d'inaptitude. 69% des patients déclarent leur maladie à leur hiérarchie. 93% des généralistes sont totalement satisfaits de la qualité de la réponse du spécialiste et 100% du délai de réponse.

Discussion : La décision médico-militaire est bien suivie par le généraliste des forces tandis que la hiérarchie semble moins appliquer l'aptitude prononcée. Les aptitudes des militaires du rang sont moins respectées par la hiérarchie et il convient de manière à diminuer cette différence à renforcer les liens entre le médecin généraliste et son unité. Dans un contexte de renforcement de la mission de soins dans le SSA, nous proposons d'autonomiser d'avantage les médecins généralistes lors de la décision d'aptitude et de revoir l'échange entre généraliste et hospitalier par les moyens de communication modernes. Le suivi psychologique des militaires inaptes doit être développé. La révélation de sa maladie par le militaire à la hiérarchie doit être proscrite car inutile.

TITRE en anglais : Become, perception and consequences of the medico-military decisions made by neurologists of the Armed Forces Hospital of the Val-de-Grâce.

RESUME en anglais

Prerequisites: The french Military Health Service assesses the medical fitness function military and their missions. The military medical specialist with the GP to carry out this mission.

Materials and Methods: This study is a prospective study on the future, the consequences and the perceived ability delivered by specialist armed. 39 patients were included to assess compliance with the decision within the unit and the perception of the decision by GPs and patients.

Results: 86% of skills are respected by GPs. The hierarchy follows 74% of the decisions that are made but with a marked respect for the decisions that affect managers. 35% of patients have a psychological impact and 30% of employment. 86% of patients want to stay in the military, despite the finding of unfitness. 69% of patients report their illness to their superiors. 93% of GPs are totally satisfied with the quality of the response of specialist and 100% of response time.

Discussion: The medico-military decision is followed by the general forces while applying the hierarchy seems less pronounced ability. Abilities of NCMs are less respected by management and should be to reduce this difference to strengthen the links between the general practitioner and his unit. In the context of strengthening the mission of care in SSA, we propose to empower GPs advantage when the decision to review the suitability and exchange between GP and hospital by modern means of communication. The psychological military unfit to be developed. The revelation of his disease by the military hierarchy must be outlawed as unnecessary.

DISCIPLINE – SPECIALITE DOCTORALE : Médecine – Médecine Générale

---

MOTS CLEFS : Aptitude, Armée, Neurologie

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Université Paris Descartes (Paris V) – Faculté de médecine Paris Descartes, Département de médecine générale – 15 rue de l'Ecole de médecine 75270 Paris Cedex 06