



HAL
open science

Modèle “ SSA 2020 ” et répartition du temps de travail des médecins des forces : étude comparative entre les centres médicaux des armées dits d’ancienne et de nouvelle génération

Vincent Hubert

► **To cite this version:**

Vincent Hubert. Modèle “ SSA 2020 ” et répartition du temps de travail des médecins des forces : étude comparative entre les centres médicaux des armées dits d’ancienne et de nouvelle génération. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665272

HAL Id: dumas-01665272

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665272>

Submitted on 15 Dec 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 157

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2017
à Bordeaux

Par HUBERT Vincent

Elève de l'Ecole du Val-de-Grâce

Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Bordeaux

Né le 22/03/1990 au Mans (73)

**MODELE « SSA 2020 » ET REPARTITION DU TEMPS DE TRAVAIL
DES MEDECINS DES FORCES :**
**Étude comparative entre les centres médicaux des armées
dits d'ancienne et de nouvelle génération.**

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Emmanuel PY
Et Madame le Docteur Marie RENAUDIE

Jury :

Monsieur le Professeur Bruno FONTAINE : Président
Monsieur le Professeur Philippe MORLAT : Juge
Monsieur le Professeur Luc AIGLE : Juge
Monsieur le Docteur Christophe ADAM : Juge
Madame le Docteur Marie RENAUDIE : Juge

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Jean-Didier CAVALLO

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

A Monsieur le Médecin Général Humbert BOISSEAUX

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 de l'Ordre des Palmes académiques

Les positions exprimées dans cette thèse ne sont que les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de Santé des Armées français.

REMERCIEMENTS

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Emmanuel PY

Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre confiance et votre patience dans la supervision de notre thèse. Rien n'eut été possible sans votre aide.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Bruno FONTAINE

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury et nous en remercions. Soyez assuré de notre profond respect et notre considération.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Philippe MORLAT

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Luc AIGLE

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury. Nous vous remercions du travail que vous faites pour nous et de la confiance que vous nous inspirez pour l'avenir.

Nous vous exprimons nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Nous vous remercions de votre soutien et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de notre profonde et sincère reconnaissance

A tous les médecins des forces qui ont pris le temps de répondre à mon travail et s'y sont intéressés. Je vous remercie pour vos encouragements et les conseils que vous m'avez prodigués malgré le manque de temps et la pression opérationnelle. Ce travail n'existerait pas sans vous.

A Monsieur le Médecin en Chef Christophe GRAMOND, pour avoir pris le temps et la patience de nous encadrer et de nous suivre sur nos thèses. Travail tardif certes mais mieux vaut tard que jamais.

A Monsieur le Médecin en Chef David TRAN VAN pour votre rigueur dans l'aide à la conception de la méthodologie.

A Monsieur le Médecin en Chef Emmanuel ANGOT pour votre aide concernant les Centres Médicaux des Armées, le modèle SSA 2020 et la Transformation. C'est un milieu inconnu pour trop d'entre nous que vous avez éclairé par votre expertise.

A Monsieur le Médecin en Chef Stéphane TRAVERS d'avoir été rapporteur de ce travail. Votre bienveillance et votre sympathie ont été des plus réconfortants dans la dernière ligne droite.

A Vincent DEROISSART pour tes précieux conseils d'expert en Santé Publique et ton aide dans l'analyse des données.

A mes parents, grâce à qui j'en suis là aujourd'hui et grâce à qui je suis devenu ce que je suis. Vous avez fait de moi un être épanoui et heureux, prêt à vivre pleinement les aventures à venir. Ces dernières années ont été difficiles pour vous et j'ai essayé d'être présent autant que possible. Ne soyez pas triste, je serai revenu demain, vous ne vous en serez pas rendu compte. Loin des yeux, proche du cœur, vous partagerez tous les beaux moments avec nous.

A Hélène et Anne Charlotte, mes deux sœurs, pour cet amour que nous partageons. Par votre amour, nos engueulades, nos bagarres mais aussi nos moments complices et nos bêtises (enfin surtout les miennes), vous m'avez construit. A vous aussi je souhaite beaucoup de courage pour les temps à venir !

A Briac, frère Malouin. Même si tu n'es pas là aujourd'hui, tu m'as accompagné tout au long de ce travail et surtout à travers les moments les plus durs. Les mots me manquent pour dire à quel point je te voudrais encore à nos côtés.

A tous mes amis Malouins, à la FatT, pour toutes ces belles années et les nombreuses autres à venir. Je ne saurais répéter mes déclarations d'amour à des heures bien trop tardives, mais vous savez ce que vous êtes pour moi : une famille, un soutien, mes confidents, mes maîtres de cérémonie, mes témoins, mes oreilles attentives pour les bons et les mauvais moments et j'en passe. Ce vignoble nous l'aurons un jour, la cuvée de l'Autarcie existera et l'aventure ne fera que (re)commencer.

A Yanic (et Doudou bien sûr), Martin, Marie, Emilie, Paméla, Maylis, mes chers co-internes militaires bordelais, frères d'armes et de galère. Cet internat a été complètement fou, c'est grâce à vous. Quand je regarde en arrière, je n'ai rien à regretter, je n'ai passé que de beaux moments avec vous. A bientôt, ici où là-bas pour un barbecue traquenard.

A Raoul, Thibault, Marie, Fred, Sofian, Pauline et les autres, mes très chers collègues civils pour les bons moments passés ensemble qui ont rendu le travail bien moins difficile. Copains de galère, copains de cuite, quatre zones et compagnie, pleins de supers souvenirs avec vous. Peut-être un jour vous engagerez vous !!

A mes chefs et mes maitres de stage : aux Séniors des Urgences de l'HIARP pour m'avoir encadré dans mes premiers pas d'interne ; aux « papas » de MAU, Mr Rault et Mr Domanski pour votre bienveillance, votre rigueur, votre inépuisable connaissance ; au Médecin en Chef Ludovic Petit et les médecins adjoints du 8è RPIMa, pour m'avoir fait redécouvrir le milieu médical militaire, la raison pour laquelle j'en suis ici et m'avoir remis au niveau en sport (dans la douleur) ; aux Chefs du service de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie du CHG de Libourne, pour tout ce que vous m'avez transmis ; aux séniors du SAMU de Bordeaux, pour votre implication dans ma formation, votre sang-froid et pour m'avoir donné l'envie de continuer à pratiquer l'urgence.

A Mélanie, mon amour, la mère de mon enfant, la femme de ma vie, pour tout l'amour que tu me donnes. Depuis le premier jour j'ai aimé ta douceur (et ton écriture), mais aussi tes chagrins et ton irrationalité. Tu es mon premier public pour rire à mes bêtises et mes mauvaises blagues, tu partages ce qu'il y a de plus beau en nous : la gentillesse, la bonté, la bienveillance. Cette année est la nôtre, nous nous préparons à de belles aventures qui nous feront rentrer plus grands (et plus bronzés !). Je t'aime plus que tout, « plus qu'hier et moins que demain »

A tous ceux que je n'ai pas cités mais que je n'oublie pas, un grand merci ...

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

Introduction	15
---------------------------	----

Première partie : connaissances générales

I.	Evolution du métier de médecin militaire	
a.	Historique	17
i.	Création du SSA et du médecin militaire	17
ii.	La création des écoles	18
iii.	La professionnalisation	19
b.	Missions actuelles en métropole	20
i.	Médecine technique et de soins	20
ii.	La médecine d'expertise	21
iii.	La mise en condition opérationnelle	24
iv.	Commandement et activités à caractère administratif	25
v.	Autres missions	26
II.	Les Centres Médicaux des Armées	
a.	Historique	28
i.	Création des GSBdD	28
ii.	Création des CMA	29
b.	Missions des CMA	30
c.	Organisation des CMA	32
III.	Le modèle SSA 2020	
a.	Le projet SSA 2020 : le rationnel du nouveau modèle	34
i.	Le bouleversement des années 1980-2000	34
ii.	2000-2013 : une longue période de réformes de l'Etat	34
iii.	Et pour la médecine des forces ?	35
iv.	Les facteurs du changement pour la médecine des forces	35
b.	Présentation concise du modèle	36
i.	Une mission prioritaire	36
ii.	Quatre principes	37
iii.	Le nouveau modèle	38
c.	Implication pour la médecine des forces	42

Deuxième partie : matériel et méthode

I.	Type d'étude	45
II.	Population	
	a. Population étudiée	45
	b. Critères d'inclusions	45
	c. Critères d'exclusion	46
III.	Objectifs	
	a. Objectif principal	46
	b. Objectif secondaire	47
IV.	Déroulement de la recherche	
	a. Schéma de la recherche	49
	b. Type de recueil et diffusion	49
	c. Données démographiques	50
	d. Répartition du temps de travail	50
V.	Data Management	
	a. Anonymisation des données	51
	b. Plan d'analyse	51

Troisième partie : résultats

I.	Données démographiques	53
II.	Objectif principal	
	a. Population globale	55
	b. Comparaison entre CMA d'ancienne et de nouvelle génération	56
III.	Objectifs secondaires	
	a. Comparaison étude / relevé mensuel d'activité	59
	b. Satisfaction des praticiens	60

Quatrième partie : discussion

I.	Discussion des principaux résultats	
a.	Caractéristiques démographiques	61
b.	Répartition du temps de travail	63
i.	Temps de travail total	63
ii.	Temps médicaux	65
iii.	Temps de travail administratif	66
iv.	Mise en condition opérationnelle et formation continue	67
II.	Discussion des résultats secondaires	
a.	Comparaison de l'étude avec les relevés mensuels d'activité	68
b.	Satisfaction des praticiens des armées	70
i.	Points abordés dans l'étude	70
ii.	Enquête sur le moral dans le SSA	71
iii.	La satisfaction du personnel, facteur de risque psycho-social ?	72
c.	Commentaires libres	73
III.	Le métier de médecin d'unité	
a.	Formation initiale et expertise médicale	75
b.	Formation à l'administratif	75
c.	Transfert de tâche	76
IV.	Forces et faiblesses de l'étude	77
	Conclusion	79
	Références	81
	Annexes	85

LISTE DES ABREVIATIONS

AM : Antenne Médicale
BdD : Base de Défense
CL(D)M : Congé Longue (Durée pour) Maladie
CMA AG : Centre Médical des Armées d'Ancienne Génération
CMA NG : Centre Médical des Armées de Nouvelle Génération
DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées
DMF : Direction de la Médecine des Forces
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRSSA : Direction Régionale du Service de Santé des Armées
EPMS : Entraînement Physique et Sportif du Militaire
FMC : Formation Médicale Continue
GSBdD : Groupement de Soutien de Base de Défense
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
HNO : Heures Non Ouvrées
IHA : Interne des Hôpitaux des Armées
LUMM : Logiciel Unique Médico-Militaire
MA : Médecin Adjoint
MCO : Mise en Condition Opérationnelle
MRA : Médecin Responsable d'Antenne
NRBC : Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique
OPEX : Opération Extérieure
OPINT : Opération Intérieure
ORS : Observatoire Régional de la Santé
RMA : Relevé Mensuel d'Activité
SASPAS : Stage Ambulatoire et Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SSA : Service de Santé des Armées
TAP : Troupes Aéroportées
VMP : Visite Médicale Périodique

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Edit Royal de 1708

Figure 2 : Insignes respectives des Ecoles (ESSA Bordeaux [Santé Navale], ESA et ESSA Lyon-Bron)

Figure 3 : Exemple de profil médical d'aptitude au recrutement de l'Armée de Terre (6).

Figure 4 : Exemple de Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire des Armées 2015.

Figure 5 : Schéma de la mise en commun des soutiens au sein du groupement de soutien de base de défense (26).

Figure 6 : Répartition des activités de la médecine des forces (27)

Figure 7 : Evolution prévue des besoins de la médecine des forces (15)

Figure 8 : Evolution prévue des besoins des Hôpitaux d'Instruction des Armées hors plateforme (a) et des plateformes (b)

Figure 9 : Nouvelle Gouvernance du SSA

Figure 10 : Evolution prévisionnelle des ressources humaines entre 2014 et 2020 (35)

Figure 11 : Déroulement de l'étude

Figure 12 : Répartition du temps de travail des médecins des forces, population totale

Figure 13 : Comparaison de la répartition du temps de travail des médecins des Forces entre CMA AG (bleu) et CMA NG (orange)

Figure 14 : comparaison des résultats de la répartition du temps de travail des médecins des forces de notre étude (anneau intérieur) et du RMA (anneau extérieur)

Figure 15 : Répartition des médecins généralistes selon leurs activités professionnelles en dehors du cabinet

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Texte de présentation

Annexe 2 : Consentement

Annexe 3 : Questionnaire de l'étude

Annexe 4 : Légende commune aux relevés d'activité mensuelle

Annexe 5 : RMA de la DRSSA Sud-Ouest

Annexe 6 : RMA du CMA de Tours

Annexe 7 : RMA du CMA de Strasbourg

Introduction

« La médecine des forces est une médecine de proximité, à la fois généraliste, d'urgence et de prévention. Au profit des militaires de l'armée de Terre, de l'Air, de la Marine et de la Gendarmerie, elle est exercée par les professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, brancardiers, conducteurs ambulanciers et secrétaires) dans des structures permanentes, les centres médicaux, ou leurs équivalents embarqués et des forces spéciales, ainsi que sur les théâtres d'opérations extérieures. »¹

La création des Centres Médicaux des Armées en 2011, en lien avec l'apparition des Bases de Défense a provoqué une augmentation de la charge de travail des médecins des forces, en particulier sur les activités hors « cœur de métier », anciennement gérées par les unités soutenues : logistique, parc automobile, sécurité incendie, chancellerie, systèmes d'informations, commandement ... L'augmentation de la charge de travail allait malheureusement de pair avec une diminution des effectifs du SSA imposée par la Loi de Programmation Militaire. Ces tâches s'accumulant, le médecin des forces avait la sensation de s'éloigner de son orientation originelle de médecin au profit d'un métier de gestionnaire, de commandement.

Le projet SSA 2020 se voulait être une mise à plat du système précédent, une grande réforme pour garantir la mission du Service de Santé des Armées : le soutien du combattant en métropole et en mission. Cette nouvelle vision du SSA voulait également redorer le blason de la médecine des forces et la faire renouer

¹Service de Santé des Armées. (consulté le 17/07/2017). La médecine des forces [en ligne]. <http://www.defense.gouv.fr/sante/notre-expertise/medecine-des-forces/medecine-des-forces>

avec son cœur de métier en la libérant des contraintes apparues avec l'ancien système par la délégation de tâches administratives et de gestion à des échelons supérieurs. La médecine devait alors revenir au centre du métier de médecin militaire.

Au travers de ce travail, nous avons voulu apprécier les changements dans l'emploi du temps du médecin des forces avec le modèle SSA 2020.

Existe-t-il à ce jour une différence de la répartition du temps de travail des médecins des forces entre CMA dits d'Ancienne Génération (CMA AG) et de Nouvelle Génération (CMA NG) ?

Retrouve-t-on également cette différence dans les relevés mensuels d'activité remplis par les médecins d'antenne ? Cette répartition du temps de travail satisfait-elle les praticiens du Service de Santé ?

La première partie de ce travail présentera le métier et les missions du médecin des forces, les bases de l'organisation du Service de Santé des Armées et introduira le modèle SSA 2020. Ensuite, nous détaillerons les matériels et méthodes utilisés lors de l'étude pour ensuite vous en exposer les résultats.

Enfin, la dernière partie proposera une discussion autour des principaux résultats avec un regard sur la littérature existante dans le domaine.

Première partie :

I. Evolution du métier de médecin militaire

a. Historique

i. Création du SSA et du médecin militaire

« (...) la force d'un Etat se mesure au nombre de ses soldats. Il importe donc de maintenir en vie ces derniers le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions de santé (...) ». (1)

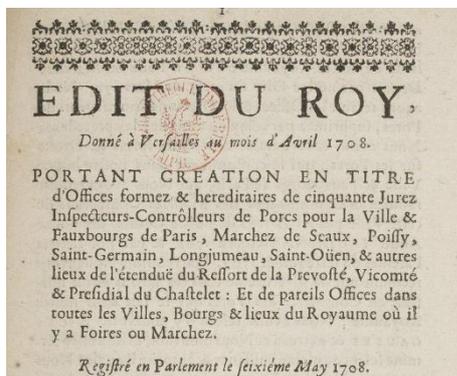


Figure 1 : Edit Royal de 1708

Pour mener les guerres incessantes de son règne, Louis XIV se dote d'une véritable marine et d'une armée et créé en 1708 le Service de Santé des Armées. Celui-ci est la première organisation étatique à se préoccuper de l'état sanitaire des militaires et des populations. En ce temps, les médecins militaires réalisent des performances dans 3 domaines : la

création d'un réseau hospitalier remarquable (50 hôpitaux au début du XVIIIe), la formation de praticiens initiés aux méthodes expérimentales et au dépistage ainsi qu'à la prévention des épidémies afin de protéger les populations.

Alors que leur mission initiale est essentiellement le soin du soldat blessé ou malade au combat, apparait à partir de 1790 l'intérêt de l'expertise initiale à l'engagement par un médecin militaire. Le médecin militaire Jourdain Le Cointe consacre un chapitre dans un de ses écrits (2), au choix du soldat, mettant en avant les lacunes du recrutement et propose des pistes sur les éléments à prendre en compte avant d'engager un homme (« 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. »).

ii. La création des écoles

En 1722, Louis XIV fait créer l'école de médecine navale de Rochefort, c'est la première au monde. Elle forme alors les chirurgiens militaires embarqués à bord des navires.

Après les tourments de la révolution, ayant bouleversés le recrutement et la formation des médecins militaires, sont créés en 1850 une école d'application au Val-de-Grâce et une Ecole impériale du Service de Santé à Strasbourg. L'Ecole de Strasbourg ferme ses portes en 1870 et c'est Lyon qui sera choisie pour accueillir une nouvelle Ecole de santé militaire en 1888.

En 1890 ouvre l'école du Service de Santé de la Marine (surnommée Santé Navale) à Bordeaux, héritière des écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon.

A partir de 1971, il n'existe statutairement qu'une seule Ecole du Service de Santé des Armées (ESSA) sur deux sites : Bordeaux et Lyon-Bron (figure 2). Chacune demeure la dépositaire des traditions respectives des élèves de la Marine et de l'Armée de Terre. (3)

L'ESSA Bordeaux ferme en 2011 dans le mouvement global de réduction des dépenses et des effectifs de l'armée (Loi de Programmation Militaire 2009-2014). Dans le même temps (1^{er} juillet 2011), l'Ecole de Santé des Armées (ESA) de Lyon Bron est inaugurée, produit de fusion des deux écoles (ESSA Lyon Bron et ESSA Bordeaux). Depuis 2016, les élèves infirmiers (anciennement formés à l'Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA) de Toulon) sont intégrés à l'ESA.



Figure 2 : Insignes respectives des Ecoles (ESSA Bordeaux [Santé Navale], ESA et ESSA Lyon-Bron)

iii. La professionnalisation

Le médecin des forces est un médecin généraliste formé par un double cursus : un cursus universitaire à la faculté de médecine, permettant l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en médecine (3) et un cursus militaire de plus de 1800h supplémentaires.

Durant les études, les élèves effectuent cinq périodes de stage permettant l'immersion dans le milieu militaire :

- La Formation Militaire Initiale (FMI) : celle-ci a lieu avant la rentrée universitaire de première année de médecine. Elle permet une introduction et l'acquisition des premières notions de culture militaire.
- La Formation Militaire Complémentaire (FMC) : en fin de première année, afin de compléter et consolider les connaissances précédemment acquises.
- Le stage en unité : d'une durée de 3 semaines, il est réalisé à la fin de la deuxième année. Il permet exclusivement la découverte de la vie régimentaire et de la spécificité du métier des armes. Le but de ce stage n'est pas de s'initier au métier de médecin militaire.
- Le stage chez le praticien et SASPAS : ces stages ont deux objectifs, familiariser le stagiaire avec son futur environnement professionnel sur le plan médical mais aussi avec les aspects opérationnels et administratifs de la médecine praticienne des armées. Cette acculturation lui permet de devenir un conseiller privilégié auprès du commandement.

En plus des stages précédemment cités, les élèves bénéficient pendant le premier et deuxième cycle à l'école de santé des armées ainsi que pendant le 3^e cycle à l'école du Val-de-Grâce, de formations théoriques et pratiques afin d'intégrer les spécificités du métier de médecin des forces. Ainsi l'instruction complémentaire comporte une formation à

l'anglais médico-militaire, différents modules avec réalisation de simulations et 6 modules médico-militaires au Val de Grâce :

- Initial,
- Médecine tropicale
- Epidémiologie, hygiène et prévention
- Médecine du sport, médecine des forces
- Nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC)
- Diplôme Universitaire d'urgences des temps de crise.

Finalement, avant sa prise de poste en qualité de médecin adjoint, le futur médecin des forces bénéficie d'une formation spécifique au milieu dans lequel il exercera (armée de Terre, Air, Marine, Gendarmerie).

L'ensemble de la formation du médecin des forces lui permet d'assurer une pratique éclairée au sein de l'armée dans laquelle il est amené à servir. La connaissance parfaite du milieu lui permet une sélection avertie des candidats volontaires à l'engagement mais aussi une révision permanente des aptitudes du militaire selon son état de santé et ses spécificités d'emploi. Grâce à la formation complémentaire, il est également en mesure d'agir le plus efficacement possible à des situations d'urgence en France ou sur des théâtres d'opération.

b. Missions actuelles en métropole

i. La médecine technique et de soins

Le rôle premier, voire historique du médecin des forces est bien évidemment de soigner le militaire. Le but est de prendre en charge les blessures et maladies susceptibles d'altérer la capacité opérationnelle du militaire, dans la vie quotidienne, lors des activités à risque ou en opération extérieure.

Le médecin militaire reçoit en consultation avec ou sans rendez-vous selon l'organisation propre à l'antenne médicale, le personnel présentant un problème de santé de n'importe quel ordre. Il peut aussi être amené à intervenir en dehors de l'antenne médicale dans le cadre d'un soutien d'activité, sur le même modèle que la médecine pré-hospitalière et peut réaliser des gestes d'urgences, techniques et de soins.

Cette médecine de soins et de diagnostic bénéficie également au personnel civil de la défense, aux familles ou ayant droit des militaires. Le médecin d'unité pouvant être le médecin traitant, comme précisé par l'article 50 du décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008(4), cette activité est celle qui se rapproche le plus de la médecine générale.

ii. La médecine d'expertise

1. Aptitude médicale et visite médicale périodique

La détermination de l'aptitude médicale est un rôle spécifique du médecin des forces. Il s'agit d'une véritable expertise qui repose sur le résultat d'un bilan médical et dans laquelle interviennent des éléments de prédictivité. Le praticien des forces doit se prononcer à différents niveaux sur cette aptitude (5) :

- Des candidats à l'engagement ou au volontariat dans les armées
- Des candidats à l'engagement spécial dans les réserves
- Des personnels militaires de carrière ou sous contrat.

Le profil médical du personnel est alors traduit en un sigle, le SIGYCOP dont chaque lettre représente un appareil (S = Membre Supérieur, I = Membre Inférieur, G = Etat Général, etc. ...). L'adéquation de ce profil médical avec des profils minimums à servir définit l'aptitude, comme présenté en exemple figure 3.

CATÉGORIES.	S	I	G	Y	C	O	P	CONDITIONS PARTICULIÈRES ET (OU) CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES.
Officiers des armes.	2	2	2	5	4	3	0	(1) (2) (3)
Officiers spécialistes.	3	2	3	5	4	3	0	(1) (2) (3)
Sous-officiers des armes.	2	2	2	5	4	3	0	(1) (2) (3)
Sous-officiers spécialistes.	3	2	3	5	4	3	0	(1) (2) (3)
Engagés volontaires dans l'armée de terre (EVAT), volontaires de l'armée de terre (VDAT).	3	2	3	5	4	3	0	(1) (2) (3)
Militaires commissionnés et spécialistes volontaires de la réserve opérationnelle (4).	3	3	3	5	4	3	2	
<p>(1) Pour tous les candidats à l'engagement : coefficient de mastication au moins égal à 30 p. 100. Denture en bon état ; la nécessité de soins dentaires prolongés entraîne une inaptitude temporaire des candidats à l'engagement pendant la période des soins.</p> <p>(2) O = 3 pour déficit de l'acuité auditive isolée, à l'exclusion de toute affection aiguë ou chronique.</p> <p>(3) L'aptitude initiale indiquée par le P 0 doit être réévaluée avant la fin de la période probatoire. Seul le militaire classé P 1 est déclaré apte au service.</p> <p>(4) Les militaires commissionnés (active) sont recrutés au titre de l'article L. 4132-10. du code de la défense et les spécialistes (réserve) sont recrutés au titre de l'article L. 4221-3. du code de la défense en vue d'exercer des fonctions déterminées correspondant à leurs qualifications professionnelles.</p>								

Figure 3 :Exemple de profil médical d'aptitude au recrutement de l'Armée de Terre (6).

La Visite Médicale Périodique (VMP) est un des outils de surveillance médicale du personnel militaire. Les buts sont :

- De contrôler l'aptitude médicale générale au service, à l'emploi tenu et/ou postulé et à toute mission opérationnelle en se référant aux textes réglementaires définissant les normes médicales minimales requises ;
- De vérifier les aptitudes particulières à certaines conditions d'emploi, en particulier celles exposant le personnel un risque professionnel particulier ;
- D'évaluer l'absence de contre-indication médicale à l'entraînement physique militaire et sportif (EPMS) ;
- D'évaluer si nécessaire d'autres aptitudes liées à un changement de statut, de spécialité ou de corps d'appartenance.

L'aptitude à servir est réévaluée tous les deux ans pour les militaires en cours de carrière ou de contrat, en l'absence d'évènement (7). Certaines situations ou postes

particuliers réduisent la périodicité de la VMP à un an (personnel sous marinier, parachutiste, personnels de certaines unités spéciales, exposition à des rayonnements ionisants, etc. ...) (8).

Par ailleurs, l'aptitude est réévaluée au cas par cas en fonction des pathologies et des résultats d'examens présentés par le personnel en prenant en compte les contraintes physiques et psychologiques de leur emploi, de leur expérience professionnelle et des possibilités de compensation du déficit. On en déduit que toute consultation est l'occasion de préciser les limites de l'aptitude. Au cours de celle-ci, le médecin des forces est amené à constater les mêmes problèmes bio-psycho-sociaux que ceux rencontrés en secteur civil, la limite entre médecine de soins et médecine d'expertise est alors très fine et une consultation de soins peut aboutir à la production d'un certificat d'inaptitude.

Saisi par le militaire, l'autorité d'emploi ou de gestion de celui-ci ou le médecin commandant le CMA dont relève celui-ci, le conseil régional de santé (7,9) permet en particulier de statuer sur l'aptitude d'un personnel à tenir son emploi par dérogation, suite à une blessure ou pathologie. Ce conseil permet également d'étudier les contestations d'aptitude ou d'inaptitude médicales à titre définitif ayant des conséquences sur l'affectation du personnel militaire. Lors de ce conseil, siègent le directeur régional du Service de Santé des Armées ou son représentant, deux praticiens des forces désignés par ce dernier et tout autre personne pouvant orienter sur la prise de décision selon les cas, sur demande du directeur régional.

2. Expertise de droit commun

Au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ce droit est ouvert pour les blessures imputables au service (7,8). Le médecin des armées est à la base de cette démarche en inscrivant correctement le patient au registre des

constatations et en établissant une déclaration d'accident présumé imputable au service (DAPIAS).

Le médecin des forces est en charge de la rédaction du certificat de consolidation permettant à un militaire français d'être indemnisé dans le cadre de la Jurisprudence Brugnot (12) si celui-ci a subi des préjudices physiques, esthétiques ou d'agrément.

iii. La mise en condition opérationnelle

La mise en condition opérationnelle (MCO) consiste en une préparation spécifique adaptée à une mission dans un environnement particulier.

Le médecin des forces a une place importante dans la MCO des combattants, qui passe par l'expertise de celui-ci (aptitude au départ OPEX/OM), mais aussi par un ensemble d'autres mesures : vaccination selon les pathologies endémiques locales, informations individuelle ou collective des risques sanitaires et psychiques (par exemple : prévention des infections sexuellement transmissibles, sensibilisation aux états de stress post-traumatiques), pré sélection des donneurs potentiels et volontaires de sang total en situation d'exception, etc. ... (13)

Le médecin d'unité est également responsable de la mise en condition opérationnelle des personnels sanitaires avant départ en mission, le but de cette préparation est d'avoir une équipe médicale moralement, physiquement et techniquement prête. Les missions qui incombent au médecin sont donc :

- De s'assurer de l'aptitude physique (en lien avec l'activité d'expertise) du personnel sanitaire projeté. (13–15)
- De former ses personnels (auxiliaires sanitaires, infirmiers et autres médecins) : cours, rappels et formations.

- De veiller au recyclage des diplômes et à l'actualisation des connaissances : s'assurer de la validité des diplômes (Secours au Combat 1 à 3, AFGSU1/2, PSE1/2, brevet de formateur en secourisme, etc.)
- D'entraîner et de maintenir les compétences physiques et techniques de son équipe et de lui-même : réalisation d'exercices au sein de l'antenne médicale ou du régiment, cellule secourisme, gardes hospitalières, entraînement physique, militaire et sportif (16).

L'action du médecin des forces se déploie ainsi en avant, pendant et après la mission.

La formation médicale continue participe à la mise en condition opérationnelle même si elle ne fait pas partie d'une « mission » du médecin des forces à proprement parler mais plutôt d'une obligation légale et d'un devoir (17,18).

iv. Commandement et Activités à caractère administratif :

En qualité d'officier, le médecin des forces a sous ses ordres une équipe dont il est responsable et dont il doit assurer le commandement.

C'est en particulier aux médecins responsables d'antenne qu'incombe cette mission. De cette fonction découle un certain nombre d'activités à caractère administratif comme par exemple la chancellerie (notation du personnel, citations, etc. ...) et la gestion « RH » (Ressources Humaines) avec l'orientation professionnelle en particulier.

Il est difficile de déterminer avec précision ce que sont les activités à caractère administratif. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en 2010 définissait les tâches administratives comme : gestion du courrier et des résultats, gestion des rendez-vous, archivage des dossiers, télétransmission des feuilles de soins électroniques, gestion du tiers payant (19). D'après Le Fur P., le travail administratif regroupait celui lié aux patients (télétransmission, gestion du tiers payant et des documents

administratifs comme les certificats médicaux, dossiers ALD ...) et celui lié au cabinet (secrétariat, comptabilité, ménage) (20). Dans le domaine militaire, les tâches administratives comprennent la partie commandement et administration du personnel qui est à la charge du médecin responsable d'antenne. Celui-ci est consulté quotidiennement pour des questions techniques pour des situations d'ordre individuel ou collectif. Les médecins responsables d'antennes sont également sollicités fréquemment pour les réunions en rapport avec les unités soutenues.

v. Autres Missions :

1. La médecine de prévention

a. Prévention au travail

La médecine de prévention au bénéfice du personnel militaire est une prestation intégrée à l'exercice de la médecine d'armée organisée pour l'ensemble des militaires (21). Cette mission ne peut être réalisée que par un médecin des armées relevant du Service de Santé des Armées. Son organisation et la surveillance de son fonctionnement font appel à une chaîne technique et hiérarchique dont les médecins des centres médicaux des armées sont le bras armé.

Chaque antenne médicale doit donc disposer d'un médecin adjoint chargé de la médecine de prévention, désigné par le directeur régional du Service de Santé des Armées. Ceux-ci sont alors responsables de la rédaction du rapport annuel de la médecine de prévention à l'échelon de l'antenne (et des unités soutenues). Ils contribuent à l'harmonisation des pratiques médicales dans le domaine de la médecine de prévention, en s'assurant de la diffusion des directives de la DCSSA ou DRSSA aux autres médecins. Les médecins adjoints responsables de la médecine de prévention doivent aussi participer aux réunions des commissions consultatives d'hygiène et de prévention des accidents organisées par les unités.

b. Veille sanitaire

Le médecin des forces est sensibilisé à la santé publique lors de sa formation initiale, en particulier en ce qui concerne les vaccinations, la surveillance épidémiologique, la prophylaxie des maladies infectieuses et tropicales, la lutte contre les « fléaux sanitaires », la déclaration des maladies transmissibles et la mise en œuvre de mesures collectives ou individuelles.(22)

Une des missions du médecin des forces, à l'instar du médecin libéral civil, est de déclarer certaines affections dont souffrent les militaires qu'il soutient en métropole, outre-mer et en opération extérieure. Ainsi, chaque semaine, le Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA) publie le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH, Figure 4) recensant les maladies qui font l'objet d'une surveillance particulière.

Situation Épidémiologique Hebdomadaire des Armées

Semaine 51 - 2015

Événements	Secteur métropolitain		Secteur outre-mer*			Secteur OPEX†			Tous secteurs			Variation 2015 / 2014	
	Total Sem.	Cumul 2015	Cumul 2014	Total Sem.	Cumul 2015	Cumul 2014	Total Sem.	Cumul 2015	Cumul 2014	Total Sem.	Cumul 2015		Cumul 2014
A : Maladies du péril fécal et à transmission par voie alimentaire													
A 1 - Amibiase		3	3	1	6	2			8	1	9	13	-30 %
A 5 - Diarrhées OM ou OPEX	15	458	280	25	832	962	25	2954	2691	65	4244	3933	+7 %
A 6 - Fièvre typhoïde et paratyphoïde					1	1					1	1	0 %
A 7 - Hépatite virale A ou E			3									3	
A11 - Shigellose					1			4	6		5	6	-16 %
A12 - TIAC (cas)		213	143	7	23	37		13	46	7	249	226	+10 %
B : Maladies transmissibles ou expositions sexuelles et/ou sanguines													
B 1 - Hépatite virale B		9	7		4	8					13	15	-13 %
B 3 - Infection VIH		7	8			1					7	9	-22 %
B 4 - SIDA			1									1	
B 5 - IST		89	91	1	26	33		6	2	1	121	126	-3 %
B 7 - Accident d'exposition au sang		167	135	1	23	13		25	36	1	215	184	+16 %
B 8 - Exposition sexuelle à risque	3	140	124		132	154	1	48	72	4	320	350	-8 %
C : Maladies transmissibles essentiellement par vecteur													
C 4 - Leishmaniose cutanée		7	17	1	13	29				1	20	46	-56 %
C 5 - Paludisme	8	132	139	1	64	87	1	112	284	10	308	510	-39 %
C 8 - Fièvre Q					10	17					10	17	-41 %
C 9 - Fièvres hémorragiques virales			1									1	
C11 - Syndromes dengue like		8	42	1	179	611		12	19	1	199	672	-70 %
C12 - Gale	4	340			9					4	349		

Figure 4 : Exemple de Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire des Armées 2015.

vi. L'hygiène

En association avec le service vétérinaire des armées, le médecin peut être appelé à conseiller, expertiser voire investiguer et donner des recommandations dans le domaine de l'hygiène en métropole ou sur un théâtre d'opération. Cette mission peut concerner l'hygiène générale du personnel, la sécurité sanitaire alimentaire et de l'eau (conditionnement, traitement, stockage, etc. ...), la prévention des zoonoses, l'organisation d'un camp, la gestion des déchets (23).

II. Les Centres Médicaux des Armées

a. Histoire des CMA

Historiquement, chaque unité présente sur le territoire national et en Outre-Mer bénéficiait d'un soutien médical par une antenne médicale (AM) présente dans l'enceinte de celle-ci et dépendante de l'unité. Au même titre que les autres structures de soutien de l'unité (par exemple : maintenance automobile, restauration collective, etc.), le personnel de l'antenne médicale était administré par les services de l'unité. Cela comprenait aussi la mise à disposition de moyens pour l'AM : ravitaillement en matériel non médical, habillement, parc automobile, sécurité, etc.

Ce schéma « historique » a été profondément modifié avec la réorganisation des soutiens débutée dès 2008 et la généralisation des Groupement de Soutien de Base de Défense (GSBdD) en 2011.

i. Création des GSBdD

La base de défense est une aire géographique regroupant dans son périmètre l'ensemble des formations et organismes du ministère de la défense, dont l'administration générale et le soutien commun sont exercés de manière mutualisée par un groupement de soutien des bases de défense (24,25) (Figure 5). Celles-ci ont été créées dans le but de

rationaliser les moyens et personnels afin de dégager des économies et les réinjecter dans le budget des armées pour se concentrer sur le cœur de métier opérationnel (26).

L'objectif secondaire de cette réforme était de décharger le chef d'une unité opérationnelle, de la responsabilité de l'essentiel des tâches d'administration et de soutien général au profit des bases de défense et donc de le recentrer sur le métier opérationnel.

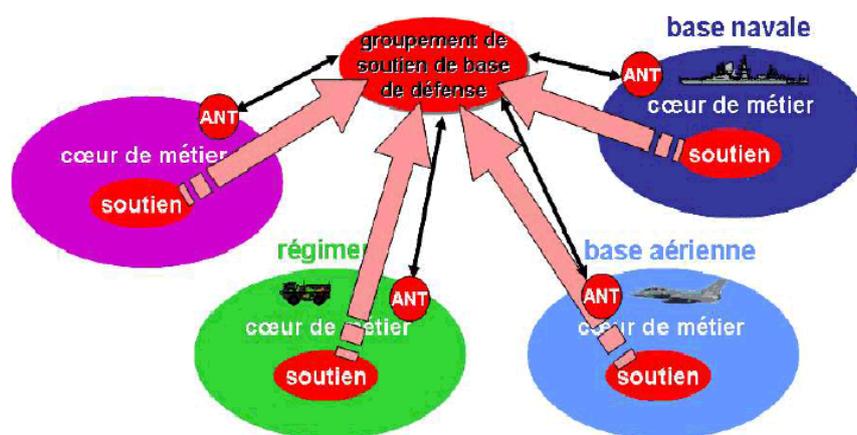


Figure 5 : Schéma de la mise en commun des soutiens au sein du groupement de soutien de base de défense (26).

Cette réforme impactait toutes les fonctions de l'administration générale, du soutien commun (sous la responsabilité du Service du Commissariat des Armées) et les soutiens spécialisés dont fait partie le Service de Santé des Armées.

ii. Création des CMA et chaîne hiérarchique

La création des CMA accompagne donc celle des GSBdD, se traduisant par la réorganisation de la fonction santé et donne au SSA la maîtrise des différents moyens relevant de sa responsabilité et nécessaires à l'accomplissement de sa mission de soutien médical.

Sous l'autorité du chef d'état-major des armées, la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) est la tête de chaîne organique de la fonction santé au sein du ministère de la défense dont les directions régionales du service de santé des armées (DRSSA) constituent l'échelon intermédiaire actuel.

Le CMA est une formation administrative organique du SSA directement subordonnée à la Direction Régionale du Service de Santé des Armées (DRSSA) territorialement compétente. Le CMA de 2011 est généralement une formation unique dans chaque Base de défense (BdD), à l'exception de certaines unités à vocation opérationnelle spécifique.

En 2014 on dénombrait ainsi 54 CMA dont dépendaient 201 antennes médicales.

D'ici 2020, avec la mise en œuvre du projet SSA2020, on comptera moins de 20 CMA NG et 180 antennes médicales.

b. Mission du CMA (16) :

Au sein du périmètre géographique de la BdD dans laquelle il est localisé, le CMA a pour mission :

- Le soutien médical des formations du ministère de la défense dans toutes leurs activités opérationnelles et de la gendarmerie dans ses activités militaires. Ce soutien inclut la réalisation de soins médicaux urgents et courants, le contrôle de l'aptitude médicale du personnel, la prévention, le contrôle de l'hygiène individuelle et collective, l'organisation du soutien médical des activités à risque.
- La participation à la préparation opérationnelle des forces et de ses propres éléments, notamment en concourant à la formation dans le domaine du sauvetage au combat.
- Le conseil au commandement dans le domaine de la santé et de l'hygiène.

- La réalisation de soins, consultations, visites, examens et traitement au profit des familles des militaires et du personnel civil de la défense dans la mesure des disponibilités.
- L'exercice de la médecine d'expertise de droit commun.
- Le soutien vétérinaire en relation avec le Service Vétérinaire des Armées
- Le cas échéant, l'exercice de la médecine de prévention au profit du personnel civil de la défense.

Avant la création des CMA, les missions des Services Médicaux d'Unité (SMU) se « résumeraient » aux quatre items suivants :



- Soutenir les forces armées
- Préparer et se préparer (MCO)
- Soigner

Actuellement, les responsabilités sont étendues et intègrent les prérogatives de tout chef d'établissement (figure 6) :

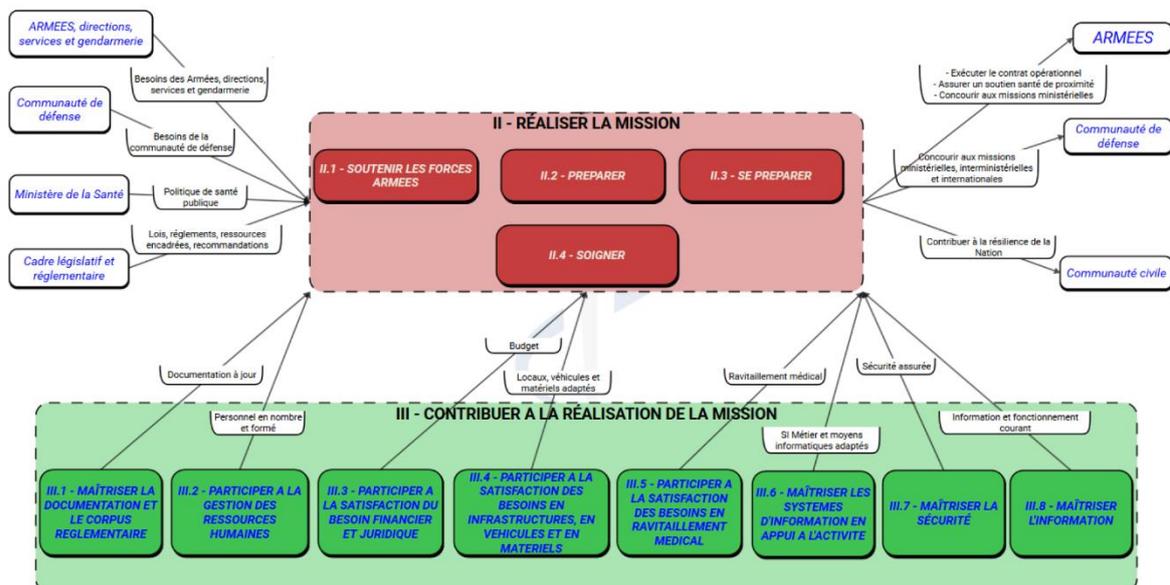


Figure 6 : Répartition des activités de la médecine des Forces (27)

On constate ainsi la diversification des missions du commandant de CMA ainsi qu'une augmentation du nombre d'interlocuteurs des CMA. Cette complexification va de pair avec les responsabilités de chef « pôle de santé » au sein de la défense.

c. Organisation d'un CMA (16)

Le CMA est commandé par un praticien du corps des médecins des armées qui exerce également la fonction de médecin-chef de BdD, directement subordonné au directeur régional du SSA territorialement compétent. Le commandant est assisté par un médecin commandant en second du CMA. Ses prérogatives dans sa fonction « cœur de métier » sont :

- Coordination de l'emploi des moyens propres du CMA en matière de soutien médical et de mise en condition opérationnelle.
- Gestion de la qualité et des risques ;
- Vigilance sanitaire ;
- Veille technique et sanitaire ;
- Expression des besoins en matière d'équipement et de distribution des produits de santé ;
- Protection de l'environnement dont l'élimination des déchets liés à l'activité médicale.

Le médecin commandant de CMA a sous ses ordres les médecins responsables d'antenne à qui il délègue une partie de ses missions en particulier concernant la gestion du personnel (le médecin responsable d'antenne est ainsi considéré comme un chef de service) et le conseil au commandement des unités de soutien (conseil de proximité).

Au sein de chaque antenne, on retrouve tout ou partie des fonctions suivantes :

- Un médecin référent « milieu » (aéronautique, naval, forces terrestres et gendarmerie). Celui-ci est formé et possède une connaissance spécifique en ce qui concerne les activités opérationnelles, au soutien et au matériel à mettre en place.
- Un médecin référent « unité ». Ce médecin sera dans la mesure du possible, projeté en OPEX avec l'unité dont il est le référent.
- Un médecin référent « état-major ». Sa mission est d'assurer la liaison entre un grand commandement (dans le cas où il en existe un dans la zone de responsabilité du CMA) et la DRSSA de rattachement.
- Un médecin référent « Logiciel Unique Médico-Militaire et Médical » (LUMM).
- Un médecin expert « métier ». La spécificité (diplôme ou qualification) de celui-ci dépend des particularités des unités soutenues, nécessitant des qualifications ou des compétences spécifiques. Il est en charge de réaliser des consultations et VMP prioritairement pour la population dont il a l'expertise, d'être présent aux exercices, phases de préparation opérationnelle et commissions spécifiques de cette population et enfin, de réaliser des séances d'enseignement ou d'instruction au profit de cette population.
- Un médecin chargé de la médecine de prévention.

L'ensemble de ces attributions est centré sur un objectif : faire des praticiens des armées exerçant en métropole, des médecins des forces aptes à exercer en opération extérieure, mission prioritaire du Service de Santé des Armées (27).

III. Le modèle SSA 2020

a. Le projet SSA 2020 : le rationnel du nouveau modèle

i. Le bouleversement des années 1980-2000

Les bouleversements géostratégiques à la fin des années 80 ont profondément modifié les missions et conditions d'emploi des forces armées et donc du SSA. A cette période-là, le SSA a également vu la fin de la coopération sanitaire en Afrique, la suspension de la conscription sur le territoire national et la multiplication des OPEX. C'est également à cette période que le monde de la santé, en général, a connu de fortes évolutions : scientifiques, technologiques, organisationnelles, économiques, etc. ...

Les conséquences pour le SSA ont donc été une diminution drastique des effectifs (25% de baisse des effectifs médicaux de 1996 à 2001) (28), sans toutefois que ses missions soient remises en cause.

ii. 2000-2013 : une longue période de réformes de l'Etat

Le rapport de la Cour des comptes de 2002 sur la gestion du SSA, préconisant de redéfinir ses missions, a engendré la mise en œuvre d'une vaste transformation du Service. Renforcée par la loi de programmation militaire 2008 et par un second rapport de la Cour des comptes de 2010 (« Médecins et Hôpitaux des Armées ») (29), cette transformation visait à améliorer la performance du Service en rationalisant les organisations et en optimisant les moyens.

Malgré des résultats significatifs relevés par la Cour des comptes en 2013, la transformation présentait déjà plusieurs limites : elle avait été réactive aux contraintes mais pas assez anticipative aux évolutions de l'environnement. De plus, cette transformation essentiellement organisationnelle et gestionnaire n'avait pas ouvert de nouvelles perspectives susceptibles de motiver et d'entraîner ses personnels vers un avenir attractif.

Enfin, elle n'avait pas été associée à une remise en cause de la stratégie globale du SSA sur des questions majeures telles que ses relations avec le Service Public de Santé, du statut de ses ressources humaines et de ses ambitions (30)

Point important, le SSA avait une fois de plus affirmé une doctrine ancienne qui repose entre autres sur l'autonomie d'action, le maillage territorial, l'autosuffisance des moyens, l'intégralité de la fonction opérationnelle du rôle 1 au rôle 4.

Le projet de Service SSA 2020 a été lancé en 2013 dans le but de pallier ces limites. Ce projet n'était pas voué à adapter le SSA mais bien à le réformer.

iii. Et pour la médecine des forces ?

Comme cela est décrit plus haut, la principale transformation a été la création des CMA et CMIA, en réponse à l'apparition des GSBdD. La proximité des Armées avait alors été préservée, géographiquement par le maintien des antennes médicales, professionnellement avec la participation importante du personnel aux missions opérationnelles.

Parallèlement, la création des CMA a augmenté les charges et responsabilités « hors cœur de métier ». Le personnel santé s'est vu confier des responsabilités de chancellerie, de santé et sécurité au travail, d'environnement, de sécurité incendie, de sécurité informatique, etc.

iv. Les facteurs du changement pour la médecine des forces

La modification toujours actuelle de la carte militaire rend nécessaire l'adaptation conjointe de la répartition de l'implantation du SSA. Cette nouvelle implantation est justifiée par la génération d'économies de fonctionnement, l'amélioration des conditions de vie et de travail du personnel et de leur famille par une meilleure insertion sur le territoire.

La nouvelle typologie des conflits impose aux praticiens des forces l'acquisition et l'entretien d'un savoir-faire supplémentaire en médecine d'urgence et en médecine polyvalente dans le cadre de l'assistance médicale aux populations en opérations. La seule pratique en CMA ou en secteur hospitalier militaire n'est pas possible.

Le médecin des forces ayant rôle de médecin traitant, il est amené à coordonner des parcours de soins de militaires blessés ou atteints de maladie longues ou chroniques. Dans cette optique, le SSA doit s'ouvrir à l'offre de soins publics pour améliorer les parcours de soins.

b. Présentation concise du modèle

i. Une mission prioritaire

Le modèle SSA 2020 (31) réaffirme le principe fondamental que la mission du Service de Santé est le soutien santé des forces armées en opération. Ce soutien santé s'applique :

- En tout lieu, c'est-à-dire sur le territoire national, outre-mer et à l'étranger, partout où sont présentes les forces projetées ;
- En tout temps, que ce soit avant ou pendant les opérations, et après le désengagement ;
- En toutes circonstances, de l'entraînement aux conditions opérationnelles et quel que soit le milieu.

Le but de cette mission est d'être en capacité de déployer une chaîne santé complète, incluant les postes médicaux de l'avant jusqu'aux hôpitaux métropolitains via les moyens d'évacuation sanitaire. Le SSA doit être en capacité d'assurer l'ouverture d'un théâtre (arriver en premier) et la fermeture de celui-ci (partir en dernier).

ii. Quatre principes

Ces quatre principes qui régissent le nouveau modèle vont de pair avec une exigence de considération pour le personnel du Service. Depuis 2014, a été mis en place un réseau de « veille considération » devant s'enquérir des attentes, questions et propositions du personnel du SSA.

- La densification respectant la proximité avec les forces

Cette densification a déjà été entamée sur la branche recherche et formation par la création d'un nouveau site unique pour l'Institut de Recherche Biomédical des Armées (IRBA) (32) et la création d'une école de formation initiale unique pour les praticiens des armées et les Infirmiers des armées : l'Ecole de Santé des Armée (ESA) (33).

Elle concerne donc essentiellement les hôpitaux et les centres médicaux. Pour les CMA, le principe de densification repose sur l'implantation et la colocalisation, sur un nombre plus réduit d'emprises, des activités cœur de métier et des plateaux techniques de haut niveau.

Pour les hôpitaux, le concept de plateformes hospitalières (Paris et Marseille/Toulon) permet cette densification tout en maintenant une offre hospitalière de proximité par des hôpitaux hors plateforme (Bordeaux, Brest, Metz, Lyon).

- La différenciation optimisant les ressources

D'une part, pour la médecine des forces, par la concentration des activités management et support dans les CMA de nouvelle génération (CMA NG) alors que les antennes médicales se concentreront sur les soins, le soutien des activités et l'apport d'expertise aux milieux spécifiques.

D'autre part, la médecine hospitalière différenciera les hôpitaux de plateforme regroupant les compétences nécessaires à une réponse immédiate et exhaustive à un contrat opérationnel, pour la prise en charge d'un blessé de guerre. Les hôpitaux hors plateforme

assurent quant à eux une réponse différée et permettant au personnel de maintenir ses compétences.

- Le développement du numérique

L'ambition est de disposer d'un véritable système d'information dédié. Ce virage a été débuté par le Logiciel Unique Médico-militaire (LUMM), dont une mise à niveau est envisagée.

Le numérique devrait s'étendre à la formation par l'école du Val-de-Grâce, par la mise à disposition du plus grand nombre d'un vaste catalogue de formations spécifiques et adaptées aux besoins du SSA, afin d'éviter les déplacements.

- La recherche de nouveaux équilibres

Ces nouveaux équilibres sont de plusieurs natures :

- Entre la médecine hospitalière et la médecine des forces : le déplacement des équilibres en faveur de la médecine des forces devrait dégager des ressources qui serviront le renforcement des activités de soin et de formation à l'urgence et amélioreront les conditions de travail.
- Entre soins et prévention : à l'instar de la stratégie nationale de santé, le déplacement de l'équilibre vers la prévention est prôné par le SSA.
- Entre praticiens et personnels paramédicaux : ce nouvel équilibre s'inspire des possibilités de délégation de tâches offertes par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

iii. Le nouveau modèle

Ce nouveau modèle repose sur quatre composantes majeures pour le SSA, déjà déterminées lors du projet SSA 2020 : les fonctions de production, les fonctions d'appui, les fonctions supports et la gouvernance de l'administration centrale.

- Les fonctions production :

Elles sont composées de la médecine des forces et de la médecine hospitalière, ces fonctions constituent le cœur de métier du Service et lui permettent de remplir sa mission.

o La médecine des Forces

La médecine des forces constitue la médecine de premier recours et de proximité pour les militaires en Métropole, Outre-Mer et sur les théâtres. Axée depuis longtemps sur la prévention, le dépistage et la prise en charge rapide des maladies et blessures du militaire, elle participe directement à la mise en condition et au maintien de celle-ci.

Le nouveau modèle repose sur les CMA Nouvelle Génération (CMA NG). Les CMA NG sont une formation organique du SSA dont la mission est le soutien médical des unités des différentes armées stationnées dans sa zone de responsabilité, étendue par rapport aux anciens CMA.

Sous le commandement du CMA NG, sont placées les antennes médicales dont le nombre est adapté à la densité de formations à soutenir et à leur spécificité (Figure 8). Aux antennes médicales s'ajoutent également les antennes spécialisées : vétérinaires, médecine de prévention, expertise médicale initiale, dentaires, cellules médico-psychologiques. L'une de ces antennes sera co-localisée avec la cellule commandement du CMA et disposera d'un plateau technique complet.

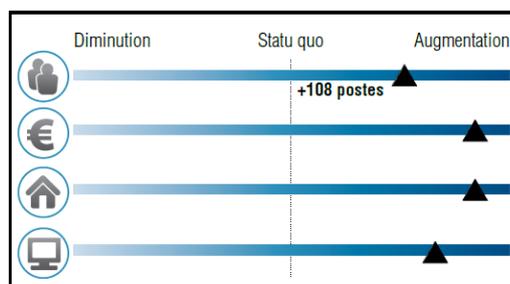


Figure 7 : Evolution prévue des besoins de la médecine des forces (15)

Dans son évolution, le CMA NG doit également devenir un CMA numérique. Ce projet envisage un système d'information « métier » complet et la mise à disposition de matériels nomades (tablettes) auprès des professionnels de santé. Des dispositifs intégrés de télémédecine pourraient également être déployés en CMA.

- L'hôpital :

Le concept du nouveau modèle repose sur la différenciation entre plateformes hospitalières et hôpitaux hors plateforme. Les plateformes doivent être en mesure de déployer une chaîne santé opérationnelle complète sous un préavis bref, sans impacter l'offre de soins territoriale. Ils doivent donc disposer des activités centrées autour de la réponse opérationnelle, avec des personnels disponibles immédiatement et bien préparés. Les hôpitaux hors plateforme ont plus vocation à être intégrés dans le système de santé territorial et à fournir le personnel militaire nécessaire dans un second temps à la relève des opérations ou pour compléter celui des plateformes (figure 8).

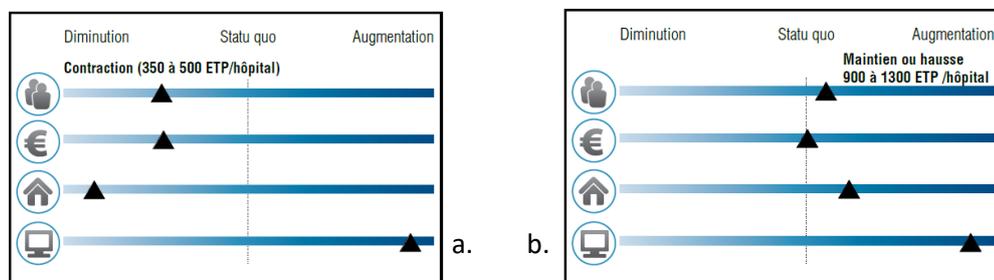


Figure 8 : Evolution prévue des besoins des Hôpitaux d'Instruction des Armées hors plateforme (a) et des plateformes (b)

- Les fonctions d'appui : on retrouve la recherche, le ravitaillement sanitaire et la formation. Ces fonctions apportent des moyens à forte spécificité opérationnelle et se rapprochent en cela du cœur de métier.

- Les fonctions supports : composées des ressources humaines, de la gestion des systèmes d'information et de communication et la gestion des finances, elles apportent les autres moyens (de toute nature) nécessaires à la production.
- La gouvernance de l'administration centrale :

Le nouveau modèle souhaite recentrer la gouvernance centrale du SSA sur des fonctions de direction, conception, d'animation, de contrôle et de pilotage. Elle sera résolument de niveau stratégique et assurera l'interface avec les niveaux ministériel et interministériel comme avec les relations internationales. Cette nouvelle gouvernance gagnera en réactivité et en transversalité grâce à des autorités de coordination en charge des enjeux majeurs.

Le reste de la gouvernance se veut également simplifiée (figure 9). Les CMA NG seront placés sous l'autorité d'une unique direction de la médecine des forces, elle-même placée sous l'autorité du directeur central du SSA : les Directions Régionales du SSA disparaissent ainsi.

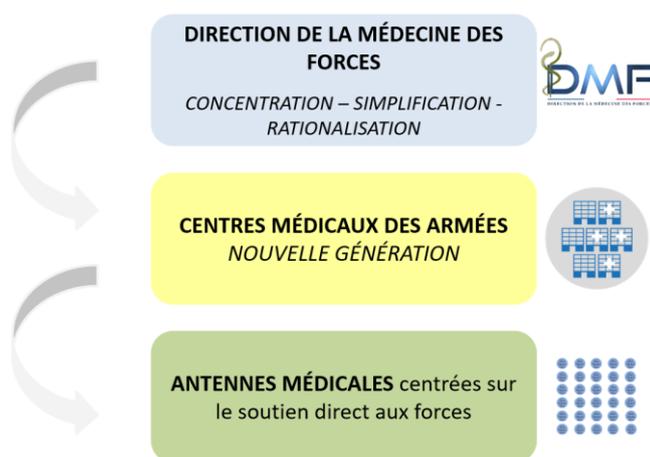


Figure 9 : Nouvelle gouvernance du SSA

Cette direction de la médecine des forces a pour mission de prévoir, organiser, commander et contrôler le soutien médical sur le territoire national. Pour cela, elle se voit

attribuer certaines des attributions de la DCSSA et reprend certaines missions des directions régionales qui ne peuvent être confiées aux commandements de CMA.

c. Implication pour la médecine des forces

Le nouveau modèle (31,34) a voulu répondre aux attentes des praticiens et autres professionnels des forces : recentrer la médecine des forces sur le cœur de métier (plus de soins et moins de charges administratives),

La création des CMA NG a pour but de faciliter les relations avec les autorités sanitaires régionales et les acteurs des réseaux de soins locaux pour maintenir les compétences de leur personnel et pour construire des parcours de soins dont ils seront le pivot. Ceux-ci, doivent aussi décharger les antennes médicales et les praticiens exerçant en leur sein, des fonctions de commandement et d'administration. Un transfert des tâches détaillant l'effecteur de chaque mission exécutée par les établissements de la médecine des forces a été publié juin 2017 (35). Naturellement, les praticiens des forces pourront se recentrer sur les activités à forte valeur ajoutée opérationnelle ou inscrites dans le parcours de soins du militaire. La priorité sera donnée aux activités de médecine générale et à la pratique des soins (34)

Par l'élargissement du plateau technique, c'est aussi l'offre de soins qui augmente. Par conséquent, les CMA NG veulent s'ouvrir aux familles des militaires et en particulier à celle des militaires en opération, aux anciens combattants et le cas échéant aux autres membres de la communauté de défense. Au-delà de la communauté de défense et sur demande explicite de l'Agence Régionale de Santé, l'offre de soins proposée par le CMA pourrait être ouverte aux patients civils de la même façon (en l'absence de toute offre locale civile et si les impératifs du SSA le permettent). Dans le cadre de la relation avec les partenaires du territoire de santé, le CMA recherchera une participation aux activités du service public de santé : permanence des soins, prise en charge des urgences, etc.

participant par là au maintien des compétences déterminantes pour la pratique en opération.

Les moyens ne seront pas laissés pour compte : la déflation des ressources humaines ne devrait pas impacter la médecine des forces (Figure 7 et 10). De nouvelles compétences devraient aussi voir le jour : cadre de santé, psychologue clinicien, secrétaire médicale dans les antennes. Certaines compétences seront accordées aux personnels paramédicaux comme l'éducation sanitaire, le suivi d'aptitude médicale, la coordination du parcours de soins ou de qualité.

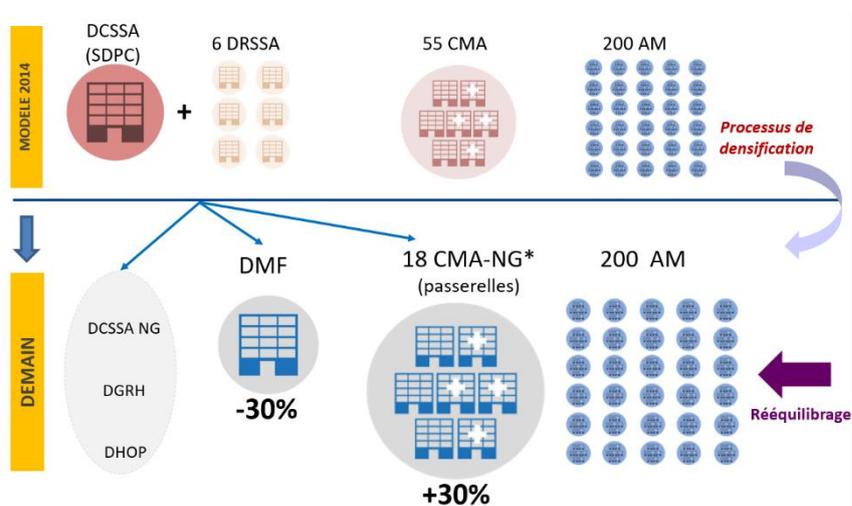


Figure 10 : Evolution prévisionnelle des ressources humaines entre 2014 et 2020 (35)

Les plateaux techniques seront « upgradés », rénovés et adaptés aux nouveaux métiers présents dans les antennes. La poursuite de la remise à niveau du parc automobile devrait être poursuivie. La dotation des CMA en matériel informatique portatif, l'informatisation des dossiers, devraient rendre plus accessible voire habituel, le recours à des actes de téléconsultation et de télé-expertise. Ceci devrait faciliter et optimiser les parcours de soins.

Par ces évolutions, la médecine des forces souhaite devenir une filière d'excellence, reconnue et valorisée notamment par le développement de la formation et de la recherche au sein des CMA NG. Les activités devraient être enrichies et diversifiées, les contacts et l'exercice avec les acteurs de la santé publique favorisés.

Les CMA NG ont maintenant plus de deux ans de recul. Suffisamment pour apprécier l'évolution et l'impact sur le travail et en particulier sur la répartition des tâches des médecins des forces. La comparaison de l'activité entre CMA AG et CMA NG permet de juger de l'atteinte des objectifs annoncés pour la médecine des forces : se recentrer sur les activités cœur de métier et soulager les antennes médicales des tâches administratives grâce à la nouvelle gouvernance.

Deuxième partie : matériel et méthode

I. Type d'étude

L'étude réalisée était une recherche non interventionnelle prospective de type observationnelle, descriptive et multicentrique à partir de questionnaires anonymes informatisés.

II. Population

a. Population étudiée

La population concernée était les médecins militaires d'active exerçants en antenne médicale et centres médicaux des armées dépendants de la direction régionale du Service de Santé des Armées de Bordeaux (soit 5 CMA et 37 AM), ainsi que les médecins militaires d'active exerçants en antenne et centres médicaux des armées de nouvelle génération (CMA-NG) d'Orléans – Avord – Tours et de Strasbourg – Colmar (2 CMA NG, 18 AM).

b. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre médecin militaire de carrière ou sous contrat exerçant une activité quotidienne de consultation, expertise, soutien, prévention ;
- Exercer en antenne médicale ou centre médical des armées de la région Sud-Ouest, sous la régence de la direction régionale du Service de Santé des Armées de Bordeaux ;
- Exercer en antenne médicale ou centre médical des armées de nouvelle génération Centre (Orléans - Avord - Tours) ou Est (Strasbourg - Colmar).

c. Critères d'exclusions

- Les médecins réservistes : ceux-ci n'exercent pas au quotidien en antenne médicale et le plus souvent ne prennent pas ou peu part aux activités annexes de l'antenne (administratif, prévention, enseignement, etc. ...);
- Les praticiens spécialistes exerçant en AM ou CMA comme les dentistes, vétérinaires, etc. ;
- Refus de participation à l'étude.
- Critère d'exclusion secondaire : n'étaient pas inclus dans l'étude les personnels en mission, congé ou arrêt maladie.

III. Objectifs

a. Objectif principal / Critère de jugement principal

L'objectif principal de cette étude était de comparer la répartition du temps de travail des médecins des forces dans le cadre de leur activité habituelle entre les centres médicaux des armées dits « d'ancienne génération » et ceux de nouvelle génération.

La répartition était appréciée par le nombre d'heures passées par type d'activité, déclaré par le médecin interrogé en se référant à la semaine précédente :

- *Médecine technique et de soins ;*
- *Médecine d'expertise ;*
- *Temps de commandement et activités à caractère administratif ;*
- *Préparation opérationnelle ;*
- *Formation continue ;*

b. Objectifs secondaires / Critères de jugement secondaire

Les objectifs secondaires de l'étude étaient :

- Comparer la répartition du temps de travail recueillie dans notre étude et celle du rapport mensuel d'activité.

Parallèlement à notre étude, nous avons récupéré le rapport mensuel d'emploi du personnel santé d'active des CMA étudiés. Ce rapport est rempli mensuellement par chaque médecin responsable d'Antenne puis transmis au commandement (CMA, puis DRSSA puis DCSSA).

L'objectif de ce tableau est de rendre compte de la gestion du temps et des missions pour le personnel santé d'active travaillant habituellement. Chaque activité est cotée approximativement en $\frac{1}{4}$ de journée sans prendre en compte le volume horaire exact :

➤ En antenne :

- 1) Temps technique et de soins (consultations, soins et tout ce qui est en rapport avec le soin comme la rédaction de courriers médicaux, conseils médicaux, tenue du dossier médical, évacuation sanitaire, etc.) ;
- 2) Temps d'expertise (VMP, visites d'aptitudes diverses, expertise de droit commun, dossier de conseil de santé, suivi des dossiers CLM/CLDM) ;
- 3) Temps de commandement (organisation de service, notation, permissions, gestion RH, qualité, réunion de service), activité à caractère administratif, temps médical divers (staff, réunion interne, enseignement réalisé en interne) ;

➤ Hors Antenne :

- 4) Temps de soutiens (activités à risque, manœuvres) ;
- 5) Temps de formation continue (formation universitaire, institutionnelle) ;
- 6) Temps de préparation opérationnelle (sport, mise en condition physique et opérationnelle, participation à des exercices, gardes aux urgences ...) ;

- 7) Temps technique et de soins hors antenne (embarquement hors OPEX, renfort de moins d'un mois dans une autre antenne)
- 8) Temps d'expertise hors antenne (embarquement hors OPEX, renfort de moins d'un mois dans une autre antenne)
- 9) Autre temps d'activité hors antenne (conseil au commandement, 1/3 temps de prévention contrôle à domicile, enseignements réalisés hors antenne...).

Comme base de comparaison, nous avons regroupé les catégories comme tel :

- Médecine technique et de soins : ligne 1 + 7
- Médecine d'expertise : ligne 2 + 8
- Temps de commandement et activités à caractère administratif : ligne 3
- Mise en condition opérationnelle : ligne 6
- Formation médicale continue : ligne 5.

Afin de pouvoir comparer nos données, nous avons rapporté les valeurs du RMA en heures hebdomadaires par médecin, sur la base d'une semaine de 5 jours ouvrés (journées de 8h).

- Evaluer la satisfaction des médecins des forces quant à la répartition actuelle de leur temps de travail et de l'outil informatique.

Celle-ci était appréciée par une échelle numérique allant de 0 à 10 et concernait les items suivants :

- Satisfaction de la répartition du temps de travail » (0 = pas du tout satisfait, 10 = très satisfait) ;
- Satisfaction concernant le temps dédié à la médecine technique et de soins (0 = Insuffisant, 5 = Correct, 10 = Trop important) ;
- Satisfaction concernant le temps dédié au commandement et aux activités administratives (0 = Insuffisant, 5 = Correct, 10 = Trop important) ;

- Satisfaction concernant le logiciel unique médico-militaire ou LUMM (0 = Allonge le temps de consultation, 10 = Diminue le temps de consultation).

IV. Déroulement de la recherche

a. Schéma de la recherche

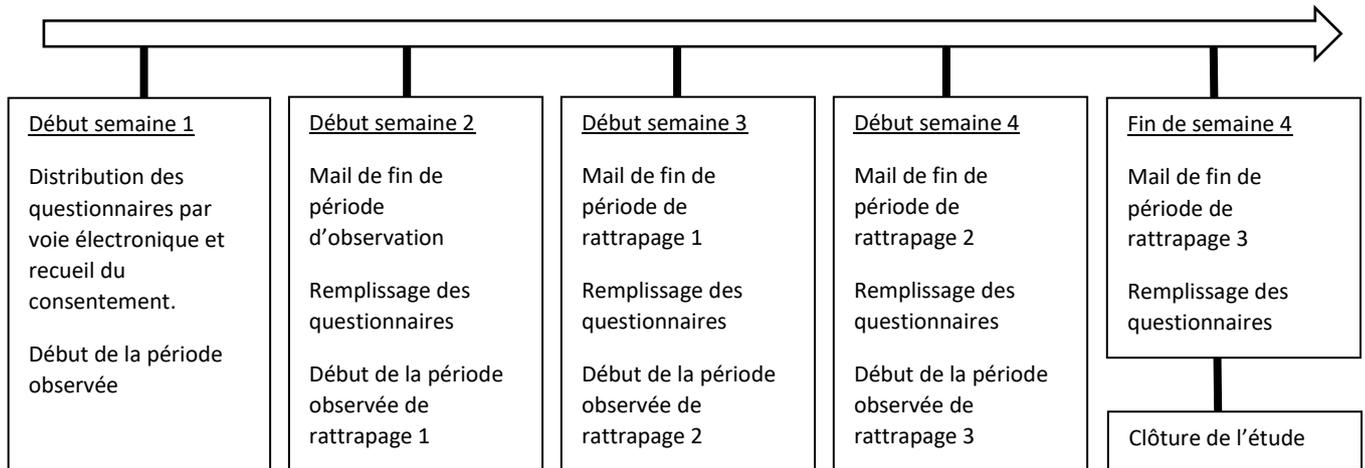


Figure 11 : Déroulement de l'étude

b. Type de recueil et diffusion

Le recueil de données a été fait par questionnaires informatisés (Annexe 3). Ceux-ci étaient délivrés par voie informatique (e-mails) via les adresses professionnelles des médecins d'unités.

Le mail était envoyé en début de semaine. En contenu de ce mail se trouvait un texte présentant l'étude et une note explicative sur le déroulé de l'enquête. Le lien vers le questionnaire se trouvait à la fin du mail, après le texte de présentation (Annexe 1). Le consentement (Annexe 2) était recherché après la présentation générale. En cas de non consentement, la suite du questionnaire n'était pas dévoilée.

Une relance à une et deux semaines était effectuée pour l'ensemble des médecins interrogés par mail. Une dernière relance était faite à 3 semaines à l'ensemble des médecins. A un mois, le questionnaire était clôturé.

Les réponses au questionnaire étaient recueillies automatiquement dans un tableur en ligne via l'outil de sondage internet utilisé.

Dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies étaient anonymes, chaque questionnaire ayant un numéro d'identification (36). Le travail de recherche suivant, en accord avec le Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine (34), ne nécessitait pas de recours à un comité de protection des personnes.

c. Données démographiques

La première partie du questionnaire explorait les données démographiques du personnel :

- Sexe, âge
- Nombre d'affectations
- Profil des unités soutenues actuellement (Air / Terre / Marine / Gendarmerie)
- CMA de rattachement (CMA AG ou NG)
- Fonction au sein de l'antenne médicale (commandant de CMA, commandant en second de CMA, médecin responsable d'antenne, médecin adjoint, autre)
- Attributions spécifiques (réfèrent prévention, réfèrent NRBC, réfèrent qualité, réfèrent « milieux », réfèrent unité, réfèrent urgence, délégué responsable de CMA, autre...)

d. Répartition du temps de travail

Au préalable, nous questionnions les médecins sur le caractère habituel ou non de leur semaine. Si celle-ci n'était pas considérée comme habituelle, ils devaient remplir le questionnaire en se basant sur une semaine qu'ils jugeaient comme telle.

Le temps travaillé était réparti en 5 catégories :

- *Médecine technique et de soins* : consultations, soins, tout ce qui est en rapport avec le soin comme la rédaction de courriers médicaux, conseils médicaux, tenue de dossier médical, évacuation sanitaire, transport de patients, etc.
- *Médecine d'expertise* : visites médicales périodiques, visites d'aptitudes diverses, expertise de droit commun, suivi des dossiers CLM/CLDM
- *Temps de commandement et activités à caractère administratif* : organisation de service, notation, permissions, gestion RH, qualité, réunion de service, staff, réunion interne, conseil au commandement.
- *Préparation opérationnelle* : sport, mise en condition physique, activités militaires de préparation à caractère opérationnel, formations à caractère opérationnel ...
- *Formation continue* : universitaire, institutionnelle, formation des internes (maîtres de stage), garde aux urgences

V. Data Management

a. Anonymisation des données

Dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies étaient anonymes. Chaque questionnaire recueilli comportait un numéro d'identification unique.

b. Plan d'analyse

L'ensemble des données quantitatives recueillies étaient informatisées sous format Excel©.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel R©.

En cas de distribution normale, les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes assorties de leurs écarts types et comparées entre elles par un test t de Student. En cas de distribution non normale, elles ont été exprimées sous forme de médianes assorties de leurs interquartiles 25-75 et comparées entre elles par un test de Mann-Withney. Les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et comparées entre elles par un test du Chi² ou un test exact de Fischer lorsque l'effectif était inférieur ou égal à 5. Une différence était considérée comme significative si la valeur du p était inférieure à 0.05.

Troisième partie : résultats

Au total, 148 médecins ont reçu le questionnaire. 54 réponses ont été retournées dont 100% incluses. Le taux de réponse total à l'enquête est de 36,5% de la population théorique affectée dans les CMA interrogés. Le taux de réponse des CMA AG était de 24,5% (n=26) et de 56,5% dans les CMA NG (n= 28).

I. Données démographiques

Dans la population totale, on dénombre 22 femmes pour 32 hommes, ce qui représente un ratio de 59% d'hommes et 41% de femmes. 26 médecins dépendaient d'un CMA dit d'ancienne génération (48%) et 28 d'un CMA NG (52%).

L'âge médian de la population totale était de 33 ans [30 - 38], sans différence significative entre les deux groupes ($p = 0,54$). Le nombre médian de mutations était de 2 [1 - 2,75] sans différence significative entre les CMA AG et NG ($p = 0,09$).

Sur les 54 médecins interrogés, 34 (63%) étaient médecins adjoints et 20 (37%) étaient médecins responsables d'antenne. Aucun médecin des « passerelles de commandement » n'a participé à l'étude (Commandant de CMA ou commandant en second).

Le type d'unités soutenues et les fonctions « annexes » occupées par les médecins interrogés sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Comparaison des données démographiques, description des unités soutenues et des activités annexes des médecins des forces.				
	Pop. Totale (n= 54)	CMA AG (n= 26)	CMA NG (n= 28)	p
Hommes / Femmes (n)	32 / 22	16 / 10	16 / 12	
Hommes / Femmes (%)	60 / 40	61 / 39	57 / 43	0,62
Age (médiane [Q1 – Q3])	33 [30 – 38]	33,5 [31 – 39]	33 [30 – 38]	0,54
Nombre de mutation (médiane [Q1 – Q3])	2 [1 – 2,75]	2 [2 – 3]	2 [1 – 2]	0,09
Adjoint / MRA / Autre (n)	34 / 20 / 0	15 / 11 / 0	19 / 9 / 0	
Adjoint / MRA / Autre (%)	63 / 37 / 0	58 / 42 / 0	68 / 32 / 0	0,19
Unités soutenues (n [%])				
Armée de l'Air	13 (24,1%)	4 (15,4%)	9 (32,1%)	0,83
Armée de Terre	42 (78%)	20 (77%)	22 (79%)	
Marine	3 (5,6%)	0 (0%)	3 (11%)	
Gendarmerie	25 (46,3%)	9 (34,6%)	16 (57,1%)	
Etat-major	7 (13%)	2 (7,7%)	5 (17,9%)	
TAP	10 (18,5%)	9 (34,6%)	1 (3,6%)	
FS	1 (1,9%)	1 (3,8%)	0 (0%)	
Activités « annexes » (n [%])				
Ref. hygiène et prévention	21 (38,9%)	10 (38,5%)	11 (39,3%)	0,77
Ref. qualité	4 (7,4%)	2 (7,7%)	2 (7,1%)	
Ref. NRBC	1 (1,9%)	1 (3,9%)	0 (0%)	
Ref. « milieu »	17 (31,5%)	10 (38,5%)	7 (25%)	
Ref. unité	20 (37%)	11 (42,3%)	9 (32,1%)	
Ref Etat Major	4 (7,4%)	3 (11,5%)	1 (3,6%)	
Ref LUMM	6 (11,1%)	4 (15,5%)	2 (7,1%)	
Ref. urgences	10 (18,5%)	3 (11,5%)	7 (25%)	
Délégué Responsable CMA	2 (3,7%)	2 (7,7%)	0 (0%)	
Aucune attribution	2(3,7%)	0 (0%)	2(7,1%)	

II. Objectif principal : répartition du temps de travail des médecins des forces

a. Population globale

Dans la population totale, la médiane du nombre d'heures travaillées total déclaré par les médecins était de 40 heures [38 – 45], dont 5 [2 – 9,75] hors heures ouvrées. Le temps passé par activité était distribué ainsi :

- Temps de médecine technique et de soins = 13 [10 – 18,8] heures
- Temps de médecine d'expertise = 14 [10,5 – 17] heures ;
- Temps de commandement et activités à caractère administratif = 4 [2 – 7,75] heures
- Temps de mise en condition opérationnelle (MCO) = 2,5 [0 – 5,75] heures ;
- Temps de formation médicale continue (FMC) = 1 [0 – 4] heures.

La répartition entre les différentes tâches dans la population globale se représente alors ainsi (figure 12) :

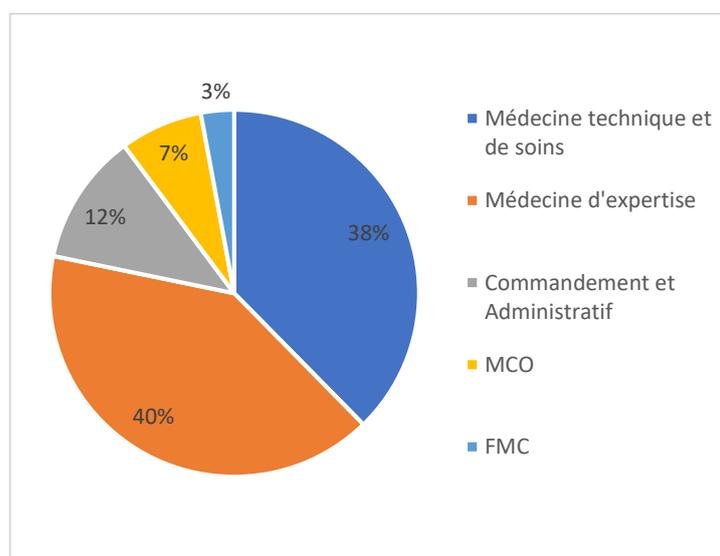


Figure 12 : Répartition du temps de travail des médecins des forces, population totale

b. Comparaison CMA AG et NG

La médiane du temps travaillé total par les médecins des CMA AG était de 45 [39 – 48] heures dont 6 [2,5 – 10] hors heures ouvrée (soit 13% du temps total). Elle était de 40 [37,8 – 43] heures dont 3 [1 – 6,25] en dehors des heures ouvrée en CMA NG, soit 7% du temps total. Il existait une différence significative entre le temps de travail total des médecins en CMA AG et NG.

La répartition du temps de travail entre médecin des forces exerçant en CMA AG et NG est significativement différente ($p = 0,012$)

Le temps consacré par tâche est détaillé dans le tableau 2. Il n'existait pas de différence significative sur l'ensemble des tâches explorées à l'exception du temps de commandement et activités à caractère administratif dont la médiane en CMA AG est de 6 [3 – 11,5] heures contre 2 [2 – 5] heures en CMA NG soit une réduction de 66%.

Tableau 2 : Médiane et quartiles (Q1-Q3) de la répartition du temps de travail (en heures)					
	Pop. Totale (n= 54)	CMA AG (n= 26)	CMA NG (n= 28)	p	Rapport AG/NG
Temps total travaillé	40 [38 – 45]	45 [39 – 48]	40 [37,8 – 43]	0,043*	-22%
HNO	5 [2 – 9,75]	6 [2,5 – 10]	3 [1 – 6,25]	0,11	-50%
Médecine tech. et de soins	13 [10 – 18,75]	12 [9,25 – 16]	13,5 [10 – 19,3]	0,69	+13%
Médecine d'expertise	14 [10,5 – 17]	13,5 [10,5 – 17]	15 [11,5 – 17,3]	0,78	+11%
Administratif	4 [2 – 7,75]	6 [3 – 11,5]	2 [2 – 5]	0,025*	-66%
MCO	2,5 [0 – 5,75]	4 [2 – 6,75]	2 [0 – 5]	0,11	-50%
FMC	1 [0 – 4]	1,5 [0 – 2,75]	0 [0 – 5,25]	0,47	0
Répartition du temps de travail (en % du temps total)					
Temps total travaillé	100	100	100		
HNO	14,5	16,2	18,8		
Médecine tech. et de soins	37,7	32,4	41,5		
Médecine d'expertise	40,6	36,5	46,2		
Administratif	11,6	16,2	6,2		
MCO	7,25	10,8	6,2		
FMC	2,9	4,1	0		

La répartition comparative est représentée en figure 13. On note une tendance à l'augmentation du temps de médecine technique et de soins (+13%) et de la médecine d'expertise (+11%) en faveur des CMA NG. Par ailleurs, la mise en condition opérationnelle présente une tendance à la diminution de 50% entre CMA AG et NG

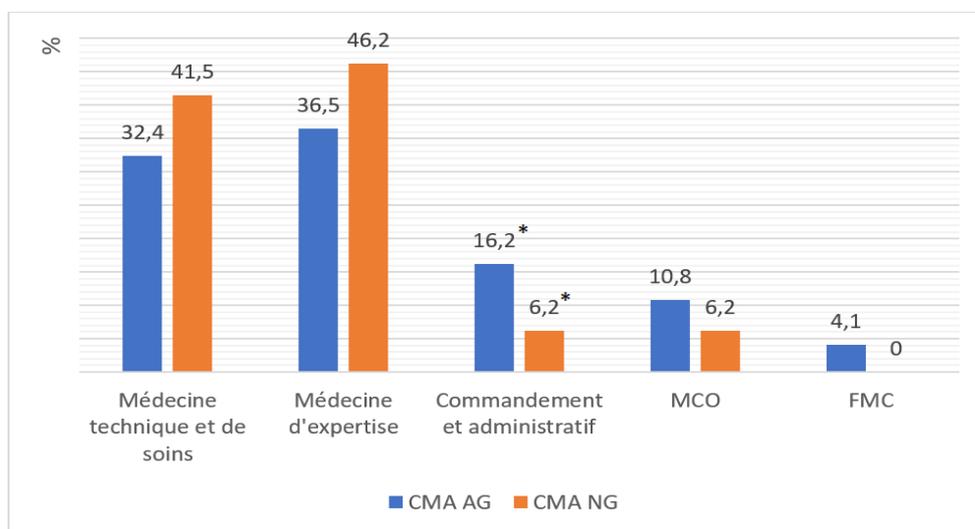


Figure 13 : Comparaison de la répartition du temps de travail des médecins des Forces entre CMA AG (bleu) et CMA NG (orange)

Le type d'unité soutenue semble avoir une influence sur la répartition du temps de travail (tableau 3). Bien qu'il y ait peu de résultats significatifs, certaines tendances sont constatées : un temps de médecine d'expertise plus important pour la Marine, la tendance à l'augmentation de la médecine d'expertise est à la limite de la significativité pour la Gendarmerie, ainsi que l'augmentation du travail administratif. On remarque aussi la baisse de la mise en condition opérationnelle pour l'armée de l'air et l'augmentation pour l'armée de terre.

Tableau 3 : Répartition du temps de travail en fonction de l'armée soutenue (en heures, médiane [Q1 – Q3])

	Air (n=13)	Terre (n=42)	Marine (n=3)	Gend. (n=25)
Temps de travail total	43 [39 – 45]	40 [38 – 44,8]	39 [38,5 – 41,5]	40 [38 – 43]
Médecine de soins	15 [12 – 20]	13 [9,3 – 17]	12 [12 – 14]	12 [10 – 17]
Médecine d'expertise	15 [14 – 20]	14 [12 – 17]	20 [19 – 24]	16 [14 – 20]
Administratif	3 [2 – 8]	3,5 [2 – 6,75]	3 [2,5 – 3,5]	3 [2 – 6]
Mise en condition opérationnelle	0 [0 – 2]	4 [2 – 6]	2 [1 – 4]	2 [0 – 5]
Formation médicale continue	0 [0 – 4]	1 [0 – 3,8]	1 [0,5 – 3]	1 [0 – 4]

Le tableau 4 résume la répartition du temps de travail des médecins selon leur poste (médecin adjoint [MA] ou médecin responsable d'antenne [MRA]) et en fonction du type de CMA.

Tableau 4 : Répartition du temps de travail en fonction du poste (MA ou MRA) et en fonction du CMA (AG/NG), en heures (médiane [Q1 – Q3])

	Pop. Totale (n = 54)		CMA AG (n = 26)		CMA NG (n = 28)	
	MA (n = 34)	MRA (n = 20)	MA (n=15)	MRA (n=11)	MA (n=19)	MRA (n=9)
Temps total	40 [38 – 44,8]	42,5 [38,8 – 45]	42 [37 – 49]	45 [42 – 47,5]	40 [39 – 42,6]	38 [37 – 42]
HNO	4,5 [1,25 – 8,5]	5,5 [2 – 10]	5 [2 – 12,5]	9 [4,5 – 10]	3 [1 – 6]	5 [2 – 8]
Médecine de soins	13,5 [9,25 – 19,8]	12 [10 – 15,3]	12 [8,5 – 18]	12 [11 – 15,5]	14 [11,5 – 19,5]	12 [7 – 15]
Médecine expert.	15 [12 – 17]	12 [9 – 15,8]	15 [12 – 19,5]	12 [9,5 – 13]	15 [12,5 – 16,5]	15 [9 – 18]
Administratif	3 [2 – 5]	8,5 [3,75 – 15]	4 [3 – 6]	12 [8 – 15,5]	2 [1,5 – 3,5]	5 [2 – 7]
MCO	4 [0,25 – 6,75]	2 [0 – 4,25]	4 [3,5 – 9,5]	2 [0,5 – 3,5]	2 [0,5 – 3,5]	2 [0 – 5]
FMC	1 [0 – 7,5]	0,5 [0 – 2]	1 [0 – 3,5]	2 [0 – 2]	0 [0 – 8]	0 [0 – 1]

On retrouve une différence significative entre MA et MRA sur les activités administratives ($p = 0,00049$) avec un facteur x2,8 entre MA et MRA dans la population totale. Cette différence existe dans les CMA AG ($p = 0,004$) mais n'est pas retrouvée dans les CMA NG où la différence tend à s'amenuiser. Il n'est pas retrouvé de différence significative sur les autres activités.

On ne retrouve pas de variations du temps de travail en fonction du nombre d'activités annexes. En effet, les médianes de temps de travail total pour les médecins n'ayant aucune activité annexe (n=4), 1 (n=21), 2 (n=19) et plus de 3 activités (n=10) sont respectivement de 37,5 [35,8 – 41,8], 42,2 [39 – 43], 40 [38,5 – 43] et 44 [36,5 – 48] heures.

II. Objectifs secondaires

a. Comparaison étude / RMA

Pour la DRSSA de Bordeaux (donc les CMA AG) au mois de juin, 102 médecins étaient comptabilisés sur le RMA. Pour les CMA NG (Strasbourg et Tours), 46 médecins étaient affectés sur la période de juin. La répartition de leur temps de travail est résumée dans le tableau 5.

Tableau 5 : Répartition du temps de travail des médecins des forces d'après les rapports mensuels d'activité des CMA AG et NG				
	CMA AG		CMA NG	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Temps total	1504	26,8	658,7	26
HNO	514	9,2	65	2,6
Méd. de soins	380	6,8	154,3	6,1
Méd. Expert.	398	7,1	182,5	7,2
Administratif	304,8	5,4	109	4,3
MCO	105,8	1,9	61,8	2,4
FMC	131,8	2,3	64,5	2,5

(1) Total de journées travaillées mensuelles pour l'ensemble des médecins du CMA
 (2) Equivalent en heures hebdomadaire par médecin

Ainsi, la superposition entre nos valeurs et celle du RMA donne la figure 14 :

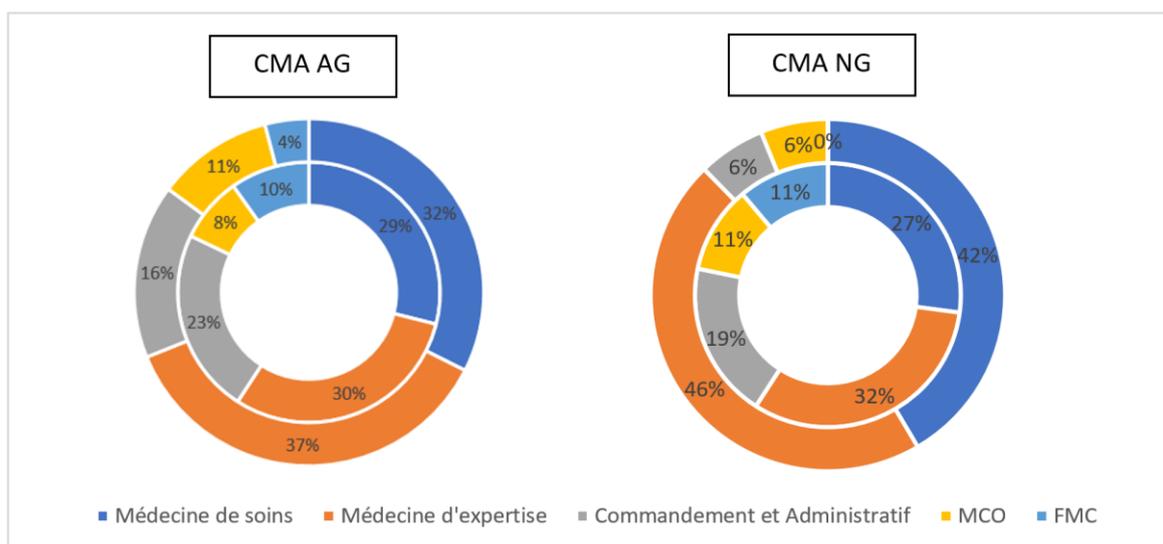


Figure 14 : comparaison des résultats de la répartition du temps de travail des médecins des forces de notre étude (anneau extérieur) et du RMA (anneau intérieur)

b. Satisfaction des praticiens

A la question « êtes-vous satisfait de la répartition de votre temps de travail », la médiane [Q1 – Q3] était de 4/10 [3 – 7] , avec une médiane de 3,5/10 [3 – 6,75] pour les CMA AG et de 5/10 [3 – 7] pour les CMA NG. Il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0,33$).

A la question « pensez-vous que le temps de médecine technique et de soins est ... », la médiane de la population totale était de 4/10 [3 – 7], avec un score médian de 3/10 [2,25 – 5,75] pour les CMA AG et de 5/10 [3 – 7] pour les CMA NG. Il existait une différence significative concernant la satisfaction du temps consacré à la médecine de soins pour les CMA NG avec une valeur de $p = 0,038$.

A la question « pensez-vous que le temps de commandement et d'activités à caractère administratif est ... », la médiane globale était de 3/10 [2 – 5] , la médiane pour les CMA AG était de 3/10 [2 – 5] et de 5/10 [2 – 5] pour les CMA NG. La différence entre les deux groupes n'était donc pas significative ($p = 0,23$)

Enfin, à la question « pensez-vous que le LUMM ... », la médiane générale était de 3/10 [1 – 5], avec une médiane de 2/10 [0,3 – 5] pour les CMA AG et une médiane de 3/10 [1 – 5] pour les CMA NG. La différence concernant la satisfaction du LUMM n'est pas significative entre les deux groupes.

Quatrième Partie : Discussion

I. Discussion des principaux résultats

Le taux de réponse théorique de 36,5% n'est pas le juste reflet de la réalité. En effet, sur la période étudiée comme le reste de l'année, le service de santé des armées est soumis à une forte contrainte opérationnelle (31,38) entraînant une baisse de l'effectif présent.

Ce résultat ne prend pas en compte les personnels absents pour cause de maladie ou en permission. Concrètement, on estime que 33 à 50% des médecins théoriquement affectés sont présents à leur poste à un instant donné, résultats qu'on retrouve dans les RMA où le taux d'absence, toutes causes confondues, est de 52,3% dans la DRSSA Bordeaux (CMA AG) et de 53,1% dans les CMA NG étudiés.

a. Caractéristiques démographiques

i. Type de population soutenue

Le type d'arme soutenue a tendance à modifier la répartition du temps de travail (Tableau 3). Ceci est à interpréter avec prudence car même si les antennes médicales soutiennent souvent une armée dominante, elles ne soutiennent plus une unité unique mais un ensemble de formations dépendant de sa zone de soutien (cf. système des GSBdD et CMA). On observe malgré tout certaines tendances :

- Un temps d'expertise plus important pour l'Armée de l'Air et la Gendarmerie. En l'absence de littérature existante sur le sujet, on peut émettre l'hypothèse que cette tendance peut s'expliquer par la différence des profils des personnels soutenus (par exemple l'armée de Terre compte plus de personnels jeunes, en bonne forme physique et opérationnelle avec moins d'antécédents médicaux). L'expertise spécifique de certaines classes de personnels soutenus augmente

le temps d'expertise comme par exemple les personnels navigant de l'armée de l'air qui sont vus en visite systématique tous les 6 mois.

- Un temps de Mise en condition opérationnelle significativement plus élevé dans l'Armée de Terre : les médecins soutenant l'Armée de Terre sont plus susceptibles de partir en mission avec des unités Armée de Terre, aussi doivent-ils conserver une bonne condition physique et maintenir leur compétences opérationnelles (en particulier les médecins de « rôle 0 », c'est-à-dire à l'extrême avant).

On note dans notre étude la faible représentation d'unités soutenues de type « Marine Nationale », celles-ci étant concentrées sur deux zones principales en métropole (Sud Est et Bretagne), appartenant toutes deux à des CMA d'Ancienne Génération (39) qui n'ont pas été inclus dans notre étude. L'effectif de médecins soutenant des unités de type Marine est trop faible pour extrapoler les valeurs observées.

ii. Activité associée

Parmi les médecins des forces interrogés, 96% avaient au moins une activité annexe (type médecine de prévention, référent unité, etc. ...) et 50% deux ou plus.

La DRESS, en 2012 évaluait à 72% le nombre de médecins libéraux ayant une activité annexe à celle du cabinet, 26% plus d'une activité et 4% trois activités en plus (Figure 15).



Figure 14 : Répartition des médecins généralistes selon leurs activités professionnelles en dehors du cabinet

Cette étude observait que les activités en dehors du cabinet à augmentaient de 4% de temps de travail (moyenne de 59 heures hebdomadaires pour les médecins ayant au moins une activité) (40).

Or dans notre travail, il n'existait pas de corrélation entre le nombre d'activités annexes et le temps de travail total. On en déduit que le temps passé à ces tâches se fait au détriment des autres dont en particulier la mise en condition opérationnelle et la formation médicale continue qui sont souvent la variable d'ajustement. C'est d'ailleurs l'objet d'une publication récente de la direction centrale du Service de Santé des Armées établissant une priorisation des actions des médecins des forces pour répondre à la demande grandissante (en particulier sur la médecine d'expertise) par la diminution de la mise en condition opérationnelle, de la formation médicale continue (hors formations d'urgences), etc. (41)

b. Répartition du temps de travail

i. Temps de travail total

L'étude reposait sur l'analyse d'une semaine considérée comme habituelle. Or, nombreux sont les médecins dont la semaine type n'existe pas, en fonction des contraintes de type ressources humaines, demandes de soutien par le commandement, absence de personnel, etc. ... Le temps de travail peut varier du simple au double et ce d'une semaine à une autre sans pouvoir identifier réellement de semaine « type » ou « habituelle ».

Dans notre étude, la médiane du temps de travail hebdomadaire déclaré par les médecins des forces était de 40 heures avec une fourchette s'étalant de 35 à 70h hebdomadaires. Il n'existe pas d'étude préalable dans le milieu militaire étudiant le temps de travail des médecins des forces. Les seules valeurs connues dans la littérature sont dans le domaine de la médecine libérale. L'étude publiée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) et l'Observatoire Régional de la

Santé (ORS) des Pays de la Loire en 2010 puis 2012 évaluait le temps de travail hebdomadaire moyen d'un médecin généraliste à respectivement 50 et 57 heures (40,42). Le travail de Feng Me Hu estimait quant à lui la durée de travail hebdomadaire à 45,21 heures (43). Un deuxième travail par Raquin situait 68% des médecins observés entre 36 et 55 heures par semaine (44).

En comparaison, la médiane du temps de travail des médecins militaires est inférieure. Cela peut s'expliquer par le statut militaire dont la base de travail hebdomadaire en métropole (hors mission) est de 35 heures même s'il peut être appelé « à servir en tout temps et en tout lieu » (45,46) car ne dépendant pas du code du travail (46). L'emploi du temps du médecin se calque sur celui des personnels qu'il soutient. En l'absence de personnel à soutenir, la présence du médecin n'est plus indispensable. Ainsi, la plupart des antennes médicales ont des horaires d'ouverture comparables aux horaires de travail des personnels (par exemple 8h-12h / 13h30-17h30). Toutefois, l'organisation d'exercices nécessitant un soutien médical sur place ou à proximité (47) explique que le temps de travail du médecin peut être extensible (exercices en soirée, de nuit, le weekend, etc. ...).

Il est à noter que le temps de travail hebdomadaire total déclaré n'est pas toujours identique à la somme des 5 types de tâches cumulées. Une raison expliquant cette différence serait l'absence de prise en compte de certaines activités considérées comme « non habituelles » comme des soutiens médicaux au-delà des horaires habituels de service comme cités précédemment. A l'évidence, le temps passé en garde n'a pas été compté comme du temps de travail hebdomadaire par certains médecins dont la somme des tâches est bien supérieure au temps total déclaré.

Le temps de travail total ne prend pas en compte les astreintes auxquelles sont soumis certains médecins des forces. Qu'il s'agisse d'astreintes téléphoniques ou sur place, celles-ci sont une tâche supplémentaire pouvant être ajoutée à leur emploi du temps.

Cette étude ne concernait pas les médecins en opération extérieure. Le militaire en OPEX ou OPINT (Opération Intérieure) doit être opérationnel 24h/24, le temps de travail théorique est de 24h/j.

La classification des activités est difficile à établir, c'est un point également soulevé dans la littérature civile. Notre classification se basait sur celle existant dans les rapports mensuels d'activité, seule classification militaire de l'activité médicale. De plus, elle était concordante avec celles utilisées en particulier par Le Fur (20) même si de nombreuses activités à caractère médico-militaire n'y figurent pas. Certains points peuvent être débattus, par exemple la place des gardes médicales en Service d'Accueil des Urgences ou SAMU/SMUR que nous avons considéré comme de la formation médicale continue, là où d'autres la classerait dans la catégorie Mise en Condition Opérationnelle.

ii. Temps médicaux

Il n'existait pas dans notre étude de différence significative sur la répartition du temps médical. On souligne malgré tout une tendance à l'augmentation des temps médicaux (en particulier du temps de médecine de soins avec une hausse de 13%) en faveur des CMA NG. Une étude avec un effectif de plus grande taille permettrait probablement d'affirmer cette tendance, d'autant que cette hausse est également retrouvée dans les RMA.

Le temps médical (donc médecine de soins ET d'expertise) occupe respectivement 68,9 et 87,7% du temps de travail des médecins en CMA AG et CMA NG. Selon Le Fur (19), le temps médical (« activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral » et « activités de diagnostic et de soin autre ») représente 80% du temps de travail des médecins libéraux. Une valeur comparable était retrouvée par Raquin dans sa thèse avec 80% du temps de travail (consultations et visites), et par Ray avec 81,5% du temps de

travail hebdomadaire (48). Les temps retrouvés dans notre étude sont donc concordant avec la littérature civile, en particulier pour les CMA NG dont le temps médical est même supérieur à ceux de la médecine libérale.

On souligne ici qu'il est difficile de distinguer certains temps médicaux entre « médecine technique et de soins » et médecine d'expertise ». En effet, nombreux sont les patients ayant attendu leur visite d'aptitude pour faire une consultation pour un problème médical trainant ou aigu, réaliser un certificat médical ou autre. La visite d'aptitude est aussi l'occasion de dévoiler certaines affections non connues du patient, nécessitant un acte diagnostique ou de soins. Il existe donc du temps de consultation masqué dans le temps de médecine d'expertise.

iii. Temps de travail administratif

Ce travail montre une tendance significative à la diminution du temps de commandement et d'activités à caractère administratif dans les CMA NG. Celui-ci passe d'une médiane de 6 heures (16,2% du temps de travail) dans les CMA AG à 2 heures (6,2% du temps de travail) dans les CMA NG. Ces chiffres tendent à montrer une efficacité des mesures prises dans le cadre du projet SSA 2020 sur ce point.

Avec de telles valeurs, les médecins des forces se rapprochent de leurs homologues libéraux avec une moyenne de 7% du temps hebdomadaire consacré aux tâches administratives selon l'étude de la DRESS (40). D'après Raquin, la moitié des médecins libéraux passeraient plus de 6 heures par semaine à gérer leur travail administratif (44), idem dans le travail de Vercuyse Dreux (49) qui observait plus de 75% des médecins libéraux y consacrant plus d'une heure par jour. C'est bien au-delà des valeurs observées sur les médecins des forces exerçant en CMA NG avec 50% d'entre eux passant moins de 2 heures sur ces tâches. Feng Me Hu estimait que les médecins généralistes dédiaient

35,82 minutes par jour (soit approximativement 3,5 heures hebdomadaires pour une semaine de 5 jours) de tâches administratives (43).

Toutefois les tâches administratives n'incombent pas équitablement à tous les médecins. Les médecins responsables d'antenne (MRA) passent beaucoup plus de temps (environ 2,8 fois plus dans notre étude ; tableau 4) au commandement et activités à caractère administratif que les médecins adjoints (MA). C'est tout à fait cohérent avec la fonction de ces derniers. Inexorablement, les MRA consacrent également moins de temps aux autres activités, en particulier la médecine de soins et la mise en condition opérationnelle (résultats non significatifs dans l'étude).

Cette différence est beaucoup plus faible (non significative) entre les MRA et les MA exerçant en CMA NG, ce qui tend à prouver que le modèle SSA 2020 est efficace en ce qui concerne la délégation de certaines tâches de commandement et administratif aux médecins des échelons supérieurs et à la Direction de la Médecine des Forces (DMF).

iv. Mise en condition opérationnelle et formation continue

De par l'importance des autres tâches, la formation médicale continue est souvent réalisée en dehors des heures de travail. Dans la section « commentaires libres », c'est une remarque redondante, signalant que celle-ci est plutôt faite sur les weekends et jours fériés, à l'exception des formations universitaires qui intrinsèquement sont en horaires ouvrés. Toutefois certains médecins des forces décomptent sur leur temps de congé annuel cette FMC universitaire pour ne pas impacter le temps de service.

Le temps consacré à la formation médicale continue est de 1,5h (médiane) dans les CMA AG et nul dans les CMA NG. La dispersion des données et la taille de l'effectif rend difficilement interprétable ces résultats, d'autant qu'ils ne correspondent pas aux valeurs retrouvées pour les médecins civils (3,65 heures selon Le Für) ni aux valeurs du RMA. Une explication peut-être la répartition du temps de formation médicale continue des médecins

des forces qui se fera plus volontiers sur une ou deux semaines continues à l'Ecole du Val de Grâce (EVDG), qu'à la lecture d'articles de revues scientifiques dispersé dans la semaine. En effet, l'EVDG met à disposition un catalogue de formations qui sont pour l'heure dispensées sur place et qui devraient à terme être numérisées pour limiter les déplacements, comme il est évoqué dans les modèle SSA 2020.

Il n'existe aucune donnée dans la littérature militaire française concernant le temps consacré à la mise en condition opérationnelle. La variation du temps entre CMA AG et NG (respectivement 10,8% et 6,2% du temps de travail) peut éventuellement s'expliquer par un effectif insuffisant, la surreprésentation des unités TAP (avec plus de créneaux sport par exemple) ou bien l'application des directives de la direction centrale concernant la priorisation des actions au profit des temps médicaux.

II. Discussion des résultats secondaires

a. Comparaison de l'étude avec les RMA

A l'évidence il existe une différence entre nos valeurs et celles du RMA mais la répartition des tâches reste relativement concordante. C'est essentiellement le volume horaire par tâche qui diffère.

Ces différences peuvent probablement s'expliquer en partie par la taille de notre effectif, des erreurs d'estimation du temps consacré à certaines tâches (pour notre étude ou le RMA), l'approximation lié au recueil de données du RMA (temps exprimé en quart de journée) ainsi qu'à la méthode de calcul utilisé pour rapporter les valeurs des RMA en temps hebdomadaire par médecin.

Le temps travaillé total est inférieur dans les RMA par rapport aux chiffres retrouvés dans notre étude : - 50% pour les CMA AG et - 40% dans les CMA NG. On peut supposer

que la prise en compte des absences dans les RMA joue un rôle majeur dans cette différence.

Les principales différences de répartition portent sur le temps lié aux activités médicales (expertise et de soins), qui sont inférieures à notre étude (entre 50 et 60%) et les activités de commandement qui sont supérieures (200% pour le CMA NG). Ceci est probablement lié à une surreprésentation des activités en lien avec les « passerelles de commandement » (CMA de Tours et de Strasbourg soit 2 CMA pour 18 antennes), comptabilisé dans les RMA mais ne produisant pas de médecine technique, ni de médecine d'expertise au profit des activités de commandement. Ce biais existe également pour les CMA AG. En effet on retrouve également une augmentation du temps de commandement et administratif au détriment des activités médicales mais dans une moindre mesure, car dilué par le volume plus important d'antennes et un temps passé sur ce type d'activité plus important par les antennes médicales.

Malgré ces différences, le RMA semble être un bon outil pour approcher la répartition du temps de travail des médecins des forces mais surtout sa variation.

Une étude plus fine des RMA, antenne par antenne pourrait permettre d'avoir un aperçu plus véridique de l'activité des médecins à l'échelle individuelle (et anonyme). Le LUMM pourra en partie répondre à cette question car chaque acte (consultation, urgence, expertise, etc.) est tracé via les sessions individuelles de chaque personnel. Toutefois l'accès aux données des RMA, à l'inverse du LUMM, ne relève pas du confidentiel médical et est, par conséquent, moins contraignant à traiter.

b. Satisfaction des praticiens des Armées

i. Points abordés dans l'étude

Nous avons profité de cette étude pour sonder la satisfaction des praticiens des Armées sur 4 domaines : la satisfaction générale de la répartition de leur temps de travail, la satisfaction quant à la quantité du temps médical, du temps administratif et la satisfaction vis-à-vis du logiciel LUMM.

Nous constatons que dans l'ensemble, CMA AG et NG, la satisfaction globale de la répartition du temps de travail est plutôt médiocre mais elle reflète probablement plus certaines notes extrêmes (0/10 en particulier) qui expriment sûrement un « ras le bol » de certains médecins.

Il est à noter tout de même une tendance à l'amélioration de la satisfaction entre CMA AG et NG en particulier sur le temps de soins avec +2 point sur 10 de médiane. La satisfaction en rapport avec le « temps de commandement et activités à caractère administratif » augmente de la même façon (+2 points en faveur des CMA NG), accompagnant une réduction de presque 70% entre CMA AG et NG. Cette variation semble une fois de plus aller dans le sens des objectifs du modèle SSA 2020, même si dans l'ensemble, cette note reste moyenne.

Concernant la satisfaction du LUMM quant au gain de temps, il est plutôt considéré comme chronophage par les médecins exerçant en CMA AG et NG avec une tendance à l'amélioration pour les CMA NG (+1 point en moyenne). Peut-être cela peut-il s'expliquer par une utilisation plus répandue et « banalisée » du LUMM dans les CMA NG alors qu'il peut exister des réticences à son utilisation dans les autres CMA.

ii. Enquête sur le moral dans le SSA

Comme chaque armée, direction et service, le SSA est chargé de mesurer chaque semestre le moral de son personnel afin de produire un indicateur pour le tableau de bord du Ministre. Cet indicateur est collecté et exploité par la mission d'aide au pilotage (MAP), rattachée au secrétariat général pour l'administration, et se fonde sur un dispositif d'étude unique, commun aux armées et formations rattachées : un questionnaire harmonisé autour de 32 dimensions de la vie professionnelle retenues par le ministère. La population de référence est le personnel militaire et civil affecté au SSA.

On note que depuis 2010, le taux de réponse varie entre 22 et 35% des personnels interrogés (superposable à notre taux de réponse).

Lors de l'enquête 2015 dans la catégorie « emploi » (catégorie interrogeant les personnels de la médecine des forces en particulier), le moral était plutôt positif pour 70% des répondants (27% plutôt négatif) (50). Les principaux points de mécontentement du personnel du SSA concernaient :

- La crainte pour l'avenir du SSA
- Le manque de communication interne
- La charge de travail administratif trop importante, vécue comme une contrainte quotidienne qui éloigne le personnel de son activité technique
- La faible réactivité du soutien des bases de défense
- Les moyens humains insuffisants
- Le manque de reconnaissance et de considération
- La faible visibilité sur les carrières et les parcours professionnels, le souhait de plus de transparence dans la gestion de la mobilité et de l'avancement.

Plusieurs de ces points sont retrouvés dans notre étude.

A ce jour, les résultats de l'enquête du premier semestre 2016 sont superposables à ceux de l'année passée. Toutes catégories confondues, le moral est plutôt positif pour 53%

des personnels contre 47% de moral plutôt négatif (dont 21% des sondés considérant leur moral comme mauvais à très mauvais) (51) .

Les résultats de l'enquête réalisée sur la même période que notre étude ne sont pas disponibles à ce jour puisque celle-ci est toujours en cours.

iii. La satisfaction du personnel, facteur de risque psycho-social ?

Dagraba et al. en 2011 ont réalisé un travail sur les causes du *burn-out* chez les médecins généralistes belges. Le *burn out* est né de l'observation des modifications cognitives et comportementales chez les soignants lors de conditions de travail difficile. Pour expliquer l'apparition du syndrome, Malash et Leiter ont proposé un modèle intégrant les degrés de (non) congruence d'un individu et six domaines de l'environnement de travail (52) parmi lesquels :

- La charge de travail et le trop grand nombre de demandes qui en découle
- Le contrôle de son autorité pour pouvoir accomplir le travail dans lequel il croit et pour ne pas se laisser submerger
- La récompense, financière, sociale et l'appréciation positive des autres ;
- La communauté, la connexion avec les autres et l'appartenance au groupe ;
- L'équité, la promotion et la rétribution des personnes à leur juste valeur ;
- Les valeurs, le sentiment de réaliser des choses en accord avec ses convictions.

Au vu des résultats de l'étude de Dagraba (53), de l'enquête sur le moral du SSA et des nôtres, on déduit que la population des médecins militaires est une population potentiellement à risque de *burn-out*, à l'instar de leurs collègues civils européens.

Par ailleurs, dans le travail de la DREES en 2010, il est soulevé que la « paperasse » (c'est-à-dire le travail administratif robotique) pourrait signifier autre chose que des tâches administratives chronophages. Elle représenterait soit une insatisfaction plus directement

liée à des positions critiques vis-à-vis de de l'organisation du système de santé, soit un signal d'une certaine insatisfaction au travail (42).

c. Commentaires libres

La section commentaires libres était l'espace réservé aux médecins interrogés pour soulever des problématiques non abordées ou qu'ils considéraient comme essentielles, ou bien pour exprimer d'autres remarques. Les thèmes abordés par ces derniers sont assez récurrents, c'est pourquoi nous avons essayé de les regrouper par thème.

➤ Dominante de médecine d'expertise au dépend de la médecine de soins :

Thème prégnant, la majorité des médecins interrogés soulèvent ce point. Selon eux, l'augmentation de la médecine d'expertise en particulier par l'ajout des visites initiales en antenne médicale et de l'augmentation de la sélection pour la réserve opérationnelle est devenue problématique car elle se fait au dépend de la médecine de soins (ainsi que des autres domaines).

Un des médecins résume sa pensée par : « le cœur de métier du médecin militaire [...] en métropole est la médecine du travail ».

➤ Contrainte liée au logiciel unique médico-militaire LUMM :

Très souvent abordé dans les questionnaires, presque un médecin sur deux soulève ce problème. Ils considèrent que le LUMM, principal outil de travail quotidien, augmente considérablement la durée d'une visite (consultation ou visite d'expertise), voire double le temps de ces dernières en cas d'une visite « bien réalisée », c'est-à-dire remplie de manière exhaustive. Les « bugs » du LUMM et sa lenteur sont encore des points soulevés malgré les améliorations continues faite ces dernière années (54). La contrainte du LUMM est même qualifiée de « stress au travail » par certains praticiens.

Points positifs concernant le logiciel : plusieurs médecins qui, malgré la perte de temps estimée, considèrent qu'il s'agit tout de même d'un bon outil et qu'il devrait faire gagner du temps à terme. Ils mettent aussi en avant que le LUMM améliore grandement le suivi des patients hors unité.

➤ Commandement et travail administratif :

« Bête noire » des médecins, celui-ci est fréquemment décrié par sa lourdeur, sa redondance et sa quantité. Cette étude ne déroge pas à la règle car nombreux sont les médecins des forces à exprimer leur mécontentement lié à celui-ci. Il est plusieurs fois rapporté que les médecins sont obligés de réaliser la charge administrative en dehors des horaires ouvrés de par sa quantité et que malgré cela, l'augmentation de cette charge administrative empiète sur les autres temps médicaux, de formation ou de préparation.

Autres points liés au travail administratif : sa redondance et sa mauvaise répartition entre médecin responsable d'antenne et ses adjoints (repose essentiellement sur le MRA, ce qu'on retrouve effectivement dans notre étude).

➤ Enfin, le sous-effectif du SSA :

Sujet abordé par plus de la moitié des médecins. Ils regrettent les REO (Référentiel En Organisation) non honorés et le manque criant de médecins dans les antennes médicales augmentant obligatoirement leur charge de travail. Ce sous-effectif global fait également soulever des craintes quant à l'avenir du SSA chez certains praticiens, sans précisions de leur part.

III. Le métier de médecin d'unité

a. Formation initiale et médecine d'expertise

Comme il a été constaté dans notre étude, la médecine d'expertise représente plus d'un tiers de l'activité d'un médecin des forces. Toutefois, lors du deuxième et troisième cycle des études médicales du futur praticien militaire, l'enseignement de la médecine d'expertise est peu abordé. La médecine d'expertise est la plupart du temps apprise au contact des médecins d'unité maître de stage des Internes des Hôpitaux des Armées (IHA) ou lors de passages en unités spécifiques (type antenne d'expertise médicale initiale).

Or, devenir médecin expert ne s'improvise pas et peut être source d'erreurs que ce soit au « bénéfice » ou au détriment du patient. Le domaine de la médecine d'expertise (en dehors des expertises très spécifiques nécessitant des qualifications particulières) repose sur un corpus de textes exhaustifs qui sont souvent méconnus.

Plus que la détermination de l'aptitude (et donc du SIGYCOP), c'est le devenir du patient en cas d'incompatibilité entre le profil requis et le profil observé qui est problématique et qui est le plus souvent assez opaque pour les IHA. Il en est de même concernant les intervenants dans les décisions de réorientation, les recours, les conséquences de l'expertise.

b. Formation au travail administratif

Tout au long de son cursus, l'interne des hôpitaux des armées, futur praticien des armées ne reçoit que très peu d'enseignements sur le versant administratif de son emploi. Le plus souvent, l'accent est mis sur la pratique clinique de la médecine technique et de soins, dans l'intérêt du patient ; savoir soigner est avant tout notre but.

Certaines tâches administratives confiées au jeune médecin adjoint sorti d'école ne lui sont parfois même, pas du tout enseignées et comme souvent, il doit apprendre « sur le

tas ». Au-delà de la perte de temps pour le médecin des forces, c'est surtout la qualité du travail administratif qui peut être déléter.

L'enseignement de nos collègues internes de médecine générale civils prend en compte, du moins en partie, l'administratif (« l'installation en cabinet et les modalités d'exercice, la gestion du cabinet, comptabilité, fiscalité, etc. ... ») (55). Lors du Stage Autonome en Soins Ambulatoires Supervisé (SASPAS), il est aussi prévu par la loi que l'étudiant universitaire puisse « participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, (...) d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien » (56).

C'est un versant du métier qui est rarement enseigné aux Internes des Hôpitaux des Armées qui découvrent cette charge sur le tard, ce qui contribue probablement au ressenti pénible de ces tâches car celles-ci ne sont pas maîtrisées.

Toutefois, depuis 2012 a été inauguré le Brevet Médical des Forces Terrestres qui s'adresse aux IHA de médecine générale en fin de cursus (avant la 1^{ère} affectation), dont le programme aborde des notions de gestion, management et administratif (par exemple : « notion de management en CMA », « notations », « administration en CMA », « médecin de Base de Défense », « Chancellerie », etc.)

Les années à venir nous diront si l'instauration de ce brevet et d'un enseignement touchant à l'administratif dans le métier de médecin des forces a une influence positive sur le vécu et le temps passé sur ces tâches.

c. Transfert des tâches

A l'heure actuelle, un certain nombre de tâches sont déléguées par le médecin des forces : secrétariat, accueil téléphonique, prise des rendez-vous, archivage et entretien des dossiers médicaux, ménage et entretien courant, etc.

27% des médecins observés dans le travail de Feng Me Hu pensaient que déléguer une partie du travail administratif améliorerait leur quotidien et 16% pensaient que les alléger ou les faciliter y contribuerait aussi (43). De l'avis général dans l'étude de la DREES, le travail administratif est qualifié de « volet inintéressant, voire un travail qui ne devrait pas incomber au médecin ou qui est inutile en partie » (42).

Libérer du temps médical disponible est un enjeu de santé publique (44) pour les années à venir en particulier à cause de la pénurie médicale croissante qui concerne également le SSA. C'est dans cette optique que l'article 51 de la loi Hôpital, Santé, Patient et Territoire prévoit le transfert de certaines tâches entre professionnels de santé (en particulier du médecin à l'infirmier) dans le cadre de protocoles validés (57). Le modèle SSA 2020 évoque et encourage ce transfert de compétences tel que prévu dans la loi et recommandé par la HAS (58) et prévoit le recrutement de « nouveaux métiers » du domaine de la santé afin de décharger les médecins des forces et libérer du temps médical (31).

IV. Forces et faiblesses de l'étude

Nous avons identifié les biais suivants dans notre étude :

- Biais déclaratif : l'étude étant basée uniquement sur les déclarations des médecins des forces, il existe de ce fait un biais déclaratif. L'exhaustivité et l'approximation des données recueillies rentrent également dans ce cadre.
- Biais de recueil : dans l'étude, 22% des médecins interrogés considéraient leur semaine comme non habituelle et ont alors complété le questionnaire en se basant sur une semaine qu'ils considéraient comme habituelle. Les valeurs étant données de mémoire, elles sont moins fiables que des valeurs recueillies au cours d'une semaine habituelle.
- Biais de population : dans cette étude, nous nous sommes intéressés à la population de médecins des forces de la région Sud-Ouest pour représenter les

CMA AG. La région Sud-Ouest est particulièrement riche en régiments à orientation parachutiste dont l'activité peut influencer sur la répartition du temps de travail. Notre population comptait très peu d'unités de type Marine Nationale pouvant influencer nos résultats.

Notre taux de participation à l'étude était satisfaisant avec 36,5% pour les CMA AG et plus pour les CMA NG (>56%). De plus, nous avons deux groupes parfaitement comparables. Le grand nombre de médecins inclus dans l'étude était une force pour l'étude.

Ce travail se basait sur un groupe de 5 CMA d'Ancienne Génération et 2 CMA de Nouvelle Génération soit la totalité de ces derniers. L'exhaustivité de l'étude des CMA NG est un point clé de l'étude.

Cette étude inédite est la première à s'intéresser à la répartition du temps de travail des médecins des Forces et à l'évolution du Service de Santé avec le modèle SSA 2020, d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet d'actualité et de préoccupation. Elle pourra ainsi servir de base à une réévaluation qui devra être conduite d'ici à 2020.

Conclusion

Une nouvelle fois dans son existence, le Service de Santé des Armées est en pleine transformation. Cette transformation prend forme dans le modèle « SSA 2020 » mis en place progressivement depuis 2014 dont les objectifs principaux pour la médecine des forces étaient de se recentrer sur les activités « cœur de métier » à haute valeur ajoutée opérationnelle, de diminuer la charge administrative pesant sur les médecins d'antenne, de numériser la médecine des forces et de simplifier la gouvernance.

Ainsi naquirent les CMA de Nouvelle Génération, figure de proue du modèle SSA 2020 dans la médecine des forces. L'évolution entre CMA dits d'Ancienne Génération et Nouvelle Génération n'est pas une rupture mais une évolution inéluctable « sous contrainte », pour la survie du système de santé des armées actuellement sous forte contrainte humaine et opérationnelle.

Les CMA NG mettent en application les changements voulus dans le nouveau modèle depuis 2015, aussi nous sommes-nous intéressés à l'efficacité de ces mesures, en particulier concernant la répartition du temps de travail des médecins des forces.

A ce jour, on retrouve une différence significative de répartition du temps de travail entre CMA AG et NG. Les différences sont significatives pour le temps de travail total des médecins des forces (- 22% en faveur des CMA NG), ainsi que sur le temps consacré aux activités administratives et de commandement (- 66% entre CMA AG et NG). Le temps consacré aux autres activités ne présente pas de différence significative mais on retrouve tout de même une tendance à l'augmentation des temps médicaux (+11 et +13% respectivement pour le temps dédié à la médecine de soins et à la médecine d'expertise) Ces résultats semblent aller dans le sens de l'efficacité de la réforme entreprise avec le modèle SSA 2020.

Malgré cela, la satisfaction des médecins des forces n'est pas au plus fort dans ce contexte de pression opérationnelle, de changements et de pénurie médicale au sein du Service. Ils expriment des doutes sur l'avenir du service. Les médecins exerçant en CMA NG semblent sensiblement plus satisfaits de la répartition de leur temps de travail et du temps consacré à la médecine technique et de soins. Un point noir redondant reste tout de même l'outil informatique sur lequel l'accent devra être mis sur les années à venir pour rentrer dans l'ère du « CMA numérique » et améliorer l'exercice médical au quotidien.

A l'instar de nos confrères civils, le travail et la pression de l'administratif demeurent un problème quotidien qui participe à l'insatisfaction au travail. Libérer les médecins d'une partie de cette charge participerait probablement à un réenchantement dans la pratique, au bien-être au travail et à la libération de temps médical disponible.

Cette étude n'est qu'une approche de la question du temps de travail des médecins des forces et de sa répartition. Les Relevés Mensuels d'Activité semblent être un bon outil de suivi mais manquent de précision quant au temps de travail par médecin. Il est efficace pour le suivi au long cours de l'évolution de l'activité mais ne donne pas d'idée du travail réalisé par un médecin.

Une nouvelle étude plus exhaustive et de plus grande envergure pourra être menée d'ici 2020, lorsque l'ensemble des CMA NG auront été mis en place, pour s'intéresser à l'évolution du planning des médecins des forces. Un effectif plus conséquent pourrait confirmer certaines tendances déjà constatées dans notre étude. Nous suggérons que celle-ci pourrait s'intéresser à la qualité de vie des praticiens des armées, élément fondamental en lien avec leur travail.

Bibliographie

1. Deroo E, Établissement de communication et de production audiovisuelle de la Défense. La médecine militaire: le Service de santé des armées. Ivry-sur-Seine? ECPAD; 2008.
2. Lecointe J. La Santé de Mars, ou l'Art de conserver la santé aux gens de guerre ... par Jourdan Le Cointe, ... [Internet]. Batilliot; 1793 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible à l'adresse : <https://books.google.fr/books?id=LKtaQwAACAAJ>
3. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Défense. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation [Internet]. [consulté le 2017 Février 27]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/MENS1620996D/jo/texte>
4. Ministère de la Défense. Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées [Internet]. 2008 Sep [consulté le 2017 Mars 16]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019494447>
5. INSTRUCTION N°2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir. Jan 10, 2003.
6. DCSSA. INSTRUCTION N° 812/DEF/RH-AT/PRH/LEG relative aux normes médicales d'aptitude applicables au personnel militaire de l'armée de terre. 2014.
7. DCSSA. INSTRUCTION N° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire. 2014.
8. DCSSA. Annexe à la lettre n° 0419/DEF/DCSSA/PC/MA 25 janvier 2013 précisant les modalités des visites médicales d'aptitude. 2013.
9. INSTRUCTION N° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire. Dec 20, 2012.
10. Ministère de la Défense. Guide interarmées du militaire blessé ou malade. 2012.
11. Service de Santé des Armées. Circulaire 230125/DEF/DGA/DRH-MD/SPGRH/FM4, relative à la constitution, à l'instruction et à la liquidation des dossiers de pension d'invalidité du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. 2010.
12. Ministère de la Défense. Je suis blessé ou malade : mes droits, mes devoirs, mes démarches. [Internet]. [consulté le 2017 Mai 17]. Disponible à l'adresse : <http://www.defense.gouv.fr/blesses/je-suis-un-blese/je-suis-blese-ou-malade-mes-droits-mes-devoirs-mes-demarches>
13. DCSSA. Note n° 503256/DEF/DCSSA/PC/MA du 12 février 2015, Fiche technique : visite de départ OPEX-MCP-ENU. 2015.
14. DCSSA. INSTRUCTION N° 3200/DEF/DCSSA/AST/TEC/EPID relative à la pratique des vaccinations dans les armées. 2005.

15. Service de Santé des Armées. Calendrier vaccinal dans les Armées pour l'année 2016. 2017.
16. DCSSA. INSTRUCTION N° 2600/DEF/DCSSA/OSP/ORG relative à l'organisation et au fonctionnement des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées. 2012.
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de la déontologie médicale, article 11.
18. Ministère de la Défense. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 59. MESX0100092L.
19. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossiers Solidarité et Santé. 2010;15.
20. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Le temps de travail des médecins généralistes. Quest Déconomie Santé. 2009;144:1-8.
21. Ministère de la Défense. Arrêté du 30 avril 2013 fixant au ministère de la défense l'organisation et les conditions de fonctionnement de l'exercice de la médecine de prévention au profit du personnel militaire. 2013 avril.
22. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. 2013 avril.
23. Ministère de la Défense. TTA 150 Titre XIII - Hygiène et Premiers Secours.
24. Ministère de la Défense. Arrêté du 29 novembre 2010 portant création et organisation des bases de défense et fixant les attributions des commandants des bases de défense. 2010.
25. Etat Major des Armées. CIRCULAIRE N°597/DEF/DCSSA/SD REJ/BREG relative à l'organisation et au fonctionnement des groupements de soutien des bases de défense du 08 octobre 2014.
26. Roger G, Dulait A. Base de défense : une réforme à conforter [Internet]. 2012 [consulté le 2017 Mars 21]. Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r11-660/r11-6601.html>
27. DCSSA. Doctrine interarmées DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014) relative au soutien médical aux engagements opérationnels.
28. Ministère de la Défense. Loi n° 96-589 du 2 juillet 1996 relative à la programmation militaire pour les années 1997 à 2002.
29. Cours des Comptes. Rapport public thématique : Médecins et Hôpitaux des Armées. 2010.
30. Service de Santé des Armées. Projet de Service SSA 2020, N°515696/DEF/DCSSA/PS. 2013.
31. Service de Santé des Armées. Le modèle SSA 2020. 2016.

32. DCSSA. Recherche Biomédicale [Internet]. Service de Santé des Armées. [consulté le 2017 Mar 28]. Disponible à l'adresse : <http://www.defense.gouv.fr/sante/notre-expertise/recherche-biomedicale/recherche-biomedicale>
33. DCSSA. Ecole de Santé des Armées [Internet]. Service de Santé des Armées. [consulté le 2017 Mar 28]. Disponible à l'adresse : <http://www.esa.sante.defense.gouv.fr/>
34. Marcon S. Dossier : le modèle SSA 2020. Actu Santé. 2015;138:13–27.
35. DCSSA. Programme de transformation de la Médecine des Forces. Guide technique “transfert des tâches” à destination des établissements de la médecine des forces. 2017.
36. Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. [consulté le 2017 Juin 8]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>
37. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. [consulté le 2017 Juin 8]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/16/AFSP1621392D/jo/texte>
38. Rouanet P. Avant-propos. Médecine et Armées. 2017;45(2):99–102.
39. DCSSA. Service de Santé des Armées - Organisation [Internet]. Ministère des Armées. [consulté le 2017 Oct 8]. Disponible à l'adresse : <http://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa/organisation/organisation>
40. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, TUFFREAU F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes Résultats. 2012;797:1–8.
41. DCSSA. Note n°507472/DEF/DCSSA/PC/MA du 03 mai 2017.
42. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception du temps de travail. Solidarité et Santé. 2010;
43. HU FM. Organisation du temps de travail en médecine générale - Etude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille et Vilaine. Université de Rennes 1; 2016.
44. Raquin A. Organisation du temps de travail et qualité de vie ressentie des médecins des maisons et pôles de santé de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice de docteur en Médecine]. Université de Lyon I- Claude Bernard; 2013.
45. Ministère de la Défense. LOI n° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires. Code de la Défense, DEFX0600194R.
46. Ministère de la Défense. Ordonnance n° 2007-465 du 29 mars 2007 relative au personnel militaire, modifiant et complétant la partie législative du code de la défense et le code civil. Code de la Défense, DEFX0600194R.

47. Etat Major des Armées. INSTRUCTION N° 600/DEF/DCSSA/PC/MA Relative au soutien sanitaire des activités à risques dans les armées, directions et services. [Internet]. 2015 [consulté le 2016 Nov 25]. Disponible à l'adresse : https://www.bo.sga.defense.gouv.fr/boreale_internet/BOC/BOC_10541/206598_cert.pdf
48. Ray M. L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle permet-il d'optimiser le temps médical ? Etude sur la répartition du temps de travail des médecins généralistes exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle dans le Languedoc Roussillon [Thèse d'exercice de docteur en Médecine]. Université de Montpellier I; 2014.
49. Vercruysse Dreux A-G. Le médecin généraliste et la gestion de son temps. A propos d'une enquête auprès de 216 médecins généralistes de Midi-Pyrénées : aspect et changements. [Thèse d'exercice de docteur en Médecine]. Université de Toulouse III - Paul Sabatier; 2006.
50. DCSSA. Synthèse du rapport sur le moral 2015 du service de santé des armées.
51. DCSSA. La mesure du moral - résultat de l'indicateur de mesure du moral du 1er semestre 2016.
52. Malasch C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397–422.
53. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. [General practitioner burnout: risk factors]. *Rev Med Brux.* 2011 Sep;32(4):407–12.
54. Diop T, Dubois T, Corberand-Carenzo B, Boin J-F, Vally C, Codaccioni A, et al. Amélioration de LUMM : de l'amélioration technique à sa traduction concrète pour les utilisateurs. *Médecine Armées.* 2017;45(2):121–8.
55. Villar B. Enseignements - Programme d'enseignement du DES de Médecine Générale par CPL (Commission Pédagogique Locale) [Internet]. Collège Santé de l'université de Bordeaux. [Consulté le 2017 Aug 21]. Disponible à l'adresse : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Medecine/Medecine-generale/Enseignements>
56. Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé.
57. Ministère des Affaires sociales et de la santé. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. code de la santé publique.
58. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. [Consulté le 2017 Aug 22]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf

Annexes

Annexe 1 : Texte de présentation

Mesdames, messieurs les Officiers,

Je réalise un travail de thèse sur la répartition du temps de travail des médecins des forces, et j'ai besoin de votre participation pour m'aider à faire aboutir cette thèse.

L'objectif de ce travail est de comparer la répartition du temps de travail entre les médecins des forces au sein des CMA dits d'Ancienne Génération et des CMA de nouvelle génération (XP) afin de savoir si la mise en application du modèle SSA 2020 l'a modifiée et dans quel sens.

Pour ce faire, j'ai besoin que vous recensiez quotidiennement, pendant 1 semaine, le nombre d'heures passées sur ces 5 types d'activités :

- Médecine technique et de soins : consultations, soins, tout ce qui est en rapport avec le soin comme la rédaction de courriers médicaux, conseils médicaux, tenue de dossier médical, évacuation sanitaire, transport de patients, etc. ...
- Médecine d'expertise : Visites Médicales Périodiques, Visites d'aptitudes diverses, expertise de droit commun, suivi des dossiers CLM/CLDM
- Temps de commandement et activités à caractère administratif : organisation de service, notation, permissions, gestion RH, qualité, réunion de service, staff, réunion interne, conseil au commandement.
- Préparation opérationnelle : sport, mise en condition physique, activités militaires de préparation à caractère opérationnel, formations à caractère opérationnel, etc.
- Formation continue : universitaire, institutionnelle, formation des internes (maîtres de stage), garde aux urgences

Exemple d'une journée type : 8h travaillées dont 0,5h hors heures ouvrées (heures sup'), 2,5h de médecine technique et de soins, 4h de médecine d'expertise, 0,5h de travail administratif, 1h de sport (prépa ops) et 0h de formation continue.

Un questionnaire **anonyme** informatique sera à remplir à la fin de la semaine observée pour rentrer les valeurs que vous aurez notées. Il est disponible à l'adresse suivante : <https://cofymiammiam.typeform.com/to/NnTbnF>

Un email de rappel vous sera envoyé à la fin de la semaine observée pour vous inviter à remplir le questionnaire.

J'espère que vous accorderez une attention particulière à ce travail et vous en remercie d'avance,

Respectueusement.

Interne des Hôpitaux des Armées HUBERT Vincent et MC PY Emmanuel

Annexe 2 : Consentement

Ce questionnaire vous est soumis par l'intermédiaire d'une entreprise qui gère un outil internet de sondage en ligne, TypeForm, entreprise qui est basée en Espagne. Veuillez noter que l'accès aux données est assujéti aux lois d'accès à l'information du pays où se situe l'entreprise mentionnée. Une copie des données sera conservée sur les serveurs de cette entreprise dont les garanties de confidentialité sont expliquées à l'adresse internet suivante :

https://www.typeform.com/help/?utm_campaign=help-button-platform&utm_source=typeform-admin&utm_medium=help-button-admin-workspace&utm_content=help-button-platform&utm_term=en/

Tous les questionnaires seront conservées de façon confidentielle. Les chercheurs seront les seules personnes qui peuvent accéder à cette information codée à l'aide d'un mot de passe. Un seul chercheur possède la clé permettant d'accéder au fichier regroupant les noms et les codes personnels des participants. La procédure de participation au tirage/à la publication/à l'entrevue est entièrement indépendante. Il s'agit d'une deuxième étape tout à fait indépendante du sondage.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer en ne répondant pas au questionnaire envoyé. Il n'y a pas de possibilité de se retirer de l'étude une fois que vos réponses ont été soumises car il est impossible de retracer votre questionnaire puisqu'aucune donnée nominative n'est demandée sur le questionnaire. En aucun cas le consentement de participer à la recherche implique que le participant renonce à ses droits légaux ni ne décharge les chercheurs, les promoteurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez lié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes : XXXXXXXXXXXX

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité Consultatif d'Ethique National aux coordonnées suivantes : <http://www.ccne-ethique.fr/fr/formulaire/contactez-nous>

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'en comprends le contenu. De ce fait, ma participation à ce questionnaire est volontaire et je consens à ce que mes réponses soient utilisées pour les fins de ce projet de recherche.

J'accepte / Je n'accepte pas

Annexe 3 : questionnaire de l'étude

Première partie : à propos de vous-même,

- 1.1) Vous êtes : un homme / une femme
1.2) Sans indiscrétion, quel est votre âge ? (*en année ; ex : 32*) : ...
1.3) Combien de mutations avez-vous déjà fait ? (*1 = sortie d'école, 1^{ère} affectation*) :
...
1.4) Quel est le profil des unités soutenues dans votre affectation actuelle :
Choisissez autant que vous le voulez

<input type="checkbox"/> Armée de l'air	<input type="checkbox"/> Etat-major
<input type="checkbox"/> Armée de Terre	<input type="checkbox"/> Troupes Aéroportées
<input type="checkbox"/> Marine	<input type="checkbox"/> Forces spéciales
<input type="checkbox"/> Gendarmerie	<input type="checkbox"/> Autres (précisez)

- 1.5) Quelle est votre fonction :

<input type="checkbox"/> Médecin Adjoint	<input type="checkbox"/> Commandant de CMA
<input type="checkbox"/> Médecin responsable d'antenne	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)
<input type="checkbox"/> Commandant en Second de CMA	

- 1.6) Travaillez-vous ou dépendez-vous :

<input type="checkbox"/> CMA d'Ancienne Génération	<input type="checkbox"/> CMA de Nouvelle Génération
--	---

- 1.7) Quelles sont vos attributions spécifiques au sein de l'antenne/CMA
Choisissez-en autant que vous voulez

<input type="checkbox"/> Médecin de prévention/hygiène	<input type="checkbox"/> Médecin référent unité
<input type="checkbox"/> Médecin référent qualité	<input type="checkbox"/> Médecin référent urgences
<input type="checkbox"/> Médecin référent NRBC	<input type="checkbox"/> Médecin référent Etat Major
<input type="checkbox"/> Médecin référent « milieu »	<input type="checkbox"/> Médecin référent LUMM
<input type="checkbox"/> Médecin adjoint délégué responsable de CMA	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)

Deuxième Partie : la répartition de votre temps de travail

L'objectif de cette partie est d'estimer le nombre d'heures passées par type d'activité sur la semaine écoulée.

2.1) Considérez-vous que la semaine passée se rapprochait d'une semaine habituelle (*c'est-à-dire activité classique de consultation, VMP, etc. ... N'inclus donc pas les semaines d'incorporation par exemple ...*) : Oui / Non

2.2) Quel est votre nombre d'heures travaillé sur la semaine passée ? *Au total (ex : 35)*

2.3) Quel est votre nombre d'heures travaillées hors heures ouvrées sur la semaine passée ?

2.3) Quel est le nombre d'heures passé à exercer une activité de médecine de soins la semaine passée ? *Inclus : consultations, soins, tout ce qui est en rapport avec le soin comme la rédaction de courriers médicaux, conseils médicaux, tenue de dossier médical, évacuation sanitaire, transport de patients, etc. ... : ...*

2.4) Quel est le nombre d'heures passé à exercer une activité de médecine d'expertise la semaine passée ? *Inclus : Visites Médicales Périodiques, Visites d'aptitudes diverses, expertise de droit commun, suivi des dossiers CLM/CLDM : ...*

2.5) Quel est le pourcentage de votre temps passé en commandement et activités à caractère administratif la semaine passée ? *Inclus : organisation de service, notation, permissions, gestion RH, qualité, réunion de service, staff, réunion interne, conseil au commandement, temps lié aux attributions spécifique : ...*

2.6) Quel est le pourcentage de votre temps passé à votre mise en condition opérationnelle la semaine passée ? *Inclus : sport, mise en condition physique, activités militaires de préparation à caractère opérationnel, formations à caractère opérationnel, etc. : ...*

2.7) Quel est votre temps passé à votre formation professionnelle continue la semaine passée ? *Inclus : formation universitaire, institutionnelle, formation des internes (maîtres de stage, maître de thèse, etc. ...), garde aux urgences : ...*

Troisième partie :

3.1) Etes-vous satisfait de cette répartition du temps de travail : EVA 1 à 10

3.2) Considérez-vous le temps dédié aux soins suffisant ? EVA 1 à 10

3.3) Considérez-vous que le temps de commandement et activités à caractères administratif est trop important ? EVA 1 à 10

3.4) Considérez-vous que l'outil informatique (LUMM) allonge le temps de consultation et VMP ? EVA 1 à 10

3.5) Commentaires libres (*concernant votre temps de travail, suggestions d'aménagement, critiques, autres remarques générales ...*)

Annexe 4 : Légende commune du Relevé Mensuel d'Activité

METIER	
Catégories	
Nombre de personnel affecté	
	Nombre de personnel affecté APTE OPEX/MCD
	Nombre de personnel affecté INAPTE TEMPORAIRE OPEX/MCD
	Nombre de personnel affecté INAPTE DEFINITIF OPEX/MCD
Nombre de stagiaires autonomes et autres	
Activités hors antenne	1 - Congés statutaires (maladie, grossesse, paternité,...) et absences irrégulières (en cas d'absence irrégulière, il faudra ajouter un commentaire)
	2 - Absences pour permissions de longue durée, TAOPM, week-end et jours fériés
	3 - Missions opérationnelles (OPEX, OPINT, MCD, embarquement dans le cadre d'une OPEX, permanences hors santé [permanences du régiment, ...], MEDEVAC, SAR...)
	4 - Temps d'expertise (embarquement hors OPEX, renfort de moins d'un mois dans une autre antenne), hors soutiens (catégorie 7)
	5 - Temps technique de soins hors antenne (embarquement hors OPEX, renfort de moins d'un mois dans une autre antenne), hors soutiens (catégorie 7)
	6 - Préparation opérationnelle (dont sport, MCP/MCO, entraînements, participation à des exercices [joueur], gardes aux urgences...)
	7 - Soutiens (activités à risques, manœuvres quand la présence de l'équipe santé est requise essentiellement pour assurer le soutien et non pour participer à l'exercice)
	8 - Formation continue : formation universitaire, institutionnelle (y compris formation reçue en antenne)...
	9 - Autres temps d'activités hors antenne (conseil au commandement, 1/3 temps de prévention, contrôles à domiciles, enseignement réalisés hors de l'antenne...)
Activités en antenne	10 - Temps technique de soins (consultations, soins et tout ce qui est en rapport avec le soin comme la rédaction de courriers médicaux, les conseils médicaux, la tenue du dossier médical, les évacuations sanitaires et transports de patients ou des prélèvements biologiques pour les périmédicaux notamment, l'accueil des patients...)
	11 - Temps d'expertise (VMP, visites d'aptitude diverses, expertises de droit commun, dossiers de conseil de santé, suivi des dossiers CLM/CLDM...)
	12- Temps de commandement et de management (organisation du service, notations, permissions, gestion RH, qualité, réunions de service...), activités à caractère administratif, temps médical divers (staff, réunion interne, enseignement réalisé en interne), autre (pauses, activités de cohésion...)
	13-Temps d'appui technique aux soins (ne concerne pas les médecins, les chirurgiens-dentistes et les psychologues qui bénéficient de cet appui): activités en pharmacie, entretien de salle de soins, entretien des véhicules,
Total	
Contrôle de cohérence	
Activité hors heures ouvrables (en nombre d'heures)	

Annexe 5 : Relevé Mensuel d'Activité de la DRSSA Sud-Ouest

Juin									
MEDC	CHIRD	PSY	IDE		AUXSAN	ADM			
OFF	OFF	OFF	S-OFF	Civil cat. A	MDR	S-OFF	MDR	Civil cat. B	Civil cat. C
102	2	5	153	0	230	24	23	2	30
76	1	4	120	0	181	18	13	0	0
22	0	1	28	0	30	3	7	0	0
4	1	0	5	0	19	3	0	0	0
3	0	0	4	2	0	0	0	0	0
219,50	0,00	0,00	279,25	0,00	644,00	47,00	29,00	0,00	88,50
1002,50	23,00	63,50	1527,00	18,00	2142,75	224,50	234,00	43,00	349,00
424,00	0,00	11,00	509,00	0,00	1053,00	43,00	33,00	0,00	0,00
3,50	0,00	0,00	2,00	0,00	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6,50	0,00	3,00	14,00	0,00	38,50	0,00	0,00	0,00	0,00
105,75	0,00	0,00	221,75	0,00	237,00	27,50	19,00	0,00	0,75
91,00	0,00	0,00	219,25	0,00	286,25	0,50	8,00	0,00	0,00
131,75	0,00	1,50	148,75	0,00	286,00	5,00	18,50	0,00	0,00
90,75	2,50	3,25	103,75	16,00	78,25	8,50	7,00	0,00	4,50
375,50	3,00	56,50	524,75	11,00	796,75	9,75	59,00	0,00	63,00
394,50	26,00	0,00	330,25	11,00	675,00	37,25	51,25	17,00	121,75
304,75	5,50	11,25	628,00	0,00	381,25	291,75	226,25	0,00	258,00
			202,25	4,00	273,25	25,25	5,00	0,00	14,50
3150,00	60,00	150,00	4710,00	60,00	6900,00	720,00	690,00	60,00	900,00
OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
514,00	0,00	48,00	726,00	0,00	603,50	88,00	60,00	0,00	0,00

Annexe 6 : Relevé Mensuel d'Activité du CMA NG de Tours

MEDC	CHIRD	PSY	IDE		AUXSAN	ADM		
OFF	OFF	OFF	S-OFF	Civil cat. A	MDR	S-OFF	MDR	Civil cat. C
25	1	1	47	0	56	8	10	6
33,00	0,00	0,00	45,00	0,00	141,50	0,00	24,00	0,00
409,78	16,00	14,00	693,19	0,00	820,53	133,50	142,22	99,50
47,00	0,00	0,00	156,00	0,00	178,89	0,00	1,00	0,00
1,00	1,00	0,00	31,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,00	0,00	0,00	0,00
26,25	1,00	0,00	27,65	0,00	33,58	7,25	9,47	0,00
13,25	0,00	0,00	29,02	0,00	55,22	0,00	0,00	0,00
29,50	0,00	0,00	39,50	0,00	49,25	0,00	5,40	0,00
25,88	0,00	1,25	15,37	0,00	7,70	0,00	5,99	4,75
51,78	8,00	11,25	197,70	0,00	231,57	18,15	47,93	3,50
88,45	3,00	0,00	66,78	0,00	161,15	17,75	12,24	0,00
47,11	2,00	4,50	155,78	0,00	45,61	71,35	61,75	78,25
775,00	31,00	31,00	1457,00	0,00	1736,00	248,00	310,00	186,00
OK	OK	OK	OK	-	OK	OK	OK	OK
15,00	0,00	0,00	32,00	0,00	21,50	0,00	0,00	11,50

Annexe 7 : Relevé Mensuel d'Activité du CMA NG de Strasbourg

MEDC	CHIRD	PSY	IDE		AUXSAN	ADM		
OFF	OFF	OFF	S-OFF	Civil cat. A	MDR	S-OFF	MDR	Civil cat. C
21,00	0	0	0	0	0	0	0	0
2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
254,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
35,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
28,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
100,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
93,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
62,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
780,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OK	-	-	-	-	-	-	-	-
79,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Modèle « SSA 2020 » et répartition du temps de travail des médecins des forces : étude comparative entre Centre Médicaux des Armées dits « d'Ancienne Génération » et de Nouvelle Génération.

Résumé :

Introduction : Le modèle « SSA 2020 » est une évolution majeure du Service de Santé des Armées dont un des objectifs est de se recentrer sur les activités « cœur de métier » pour la médecine des forces.

Objectif : Comparer la répartition du temps de travail des médecins des forces entre Centre Médicaux des Armées d'Ancienne (CMA AG) et de Nouvelle Génération (CMA NG).

Méthode : Etude prospective observationnelle descriptive multicentrique par questionnaires électroniques envoyés aux médecins militaires d'active dépendants des CMA AG de la région Sud-Ouest et des CMA NG de Tours et Strasbourg.

Résultats : 54 médecins ont répondu au questionnaire, 48% dépendaient d'un CMA AG et 52% d'un CMA NG. Dans les CMA AG, le temps de travail médian était de 45 heures [39-48h]. 32,4% du temps était dédié à la médecine technique et de soins, 36,5% à la médecine d'expertise, 16,2% au travail administratif, 10,8% à la mise en condition opérationnelle et 4,1% à la formation médicale continue. Dans les CMA NG, le temps de travail médian était de 40 heures [37,8-43h], 41,5% du temps de travail était consacré à la médecine de soins, 46,2% à la médecine d'expertise, 6,2% au travail administratif, 6,2% à la mise en condition opérationnelle et 0% à la formation médicale continue.

Conclusion : Il existe une différence significative dans la répartition du temps de travail des médecins des forces. Il était observé une tendance à l'augmentation du temps de médecine de soins (+12%) et la diminution de la charge administrative (-66%) pour les CMA NG.

Mots clés : médecine militaire, médecine des forces, Service de Santé des Armées, temps de travail, temps médical, charge administrative

The « SSA 2020 » model and Forces physicians' working time distribution : comparative study between Old Generation Military Medical Centres and New Generation Military Medical Centres.

Abstract :

Introduction : The "SSA 2020" model is a major development in the Military Health Service, one of whose objectives is to refocus on the « core activities » of the Forces' medical profession.

Goal : Compare the distribution of forces physicians' working time between Old Generation Military Medical Centres (CMA AG) and New Generation Military Medical Centres (CMA NG).

Method : Multicentre prospective descriptive observational study by electronic questionnaires sent to active military doctors reporting to the CMA AG in the South West region and the CMA NG in Tours and Strasbourg.

Results : 54 physicians responded to the questionnaire, 48% were reported to a CMA AG and 52% to a CMA NG. In the CMA AG, the median working time was 45 hours [39-48h], 32.4% of the time was devoted to technical medicine and care, 36.5% to specialist medicine, 16.2% to administrative work , 10.8% to operational readiness and 4.1% to continuous medical training. In the CMA NG, the median working time was 40 hours [37.8-43 hours], 41.5% of the working time was devoted to medical care, 46.2% to specialist medicine, 6.2% to administrative work , 6.2% to operational readiness and 0% to continuous medical training.

Conclusion : There was a significant difference in the distribution of forces physicians' working time. There was a tendency for increased medical care time (+12%) and decreased administrative burden (- 66%) in CMA NGs.

Keywords : military medicine, forces medicine, Army Health Service, working time, medical time, administrative burden

Unité de recherche

Université de Bordeaux – Collège Science de la Santé
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX Cedex