



HAL
open science

Rôle du médecin d'unité dans la mise en place du congé de longue durée pour maladie, le suivi et la réhabilitation des patients militaires atteints de cancer

Morgane Marcaillou-Vanderperre

► To cite this version:

Morgane Marcaillou-Vanderperre. Rôle du médecin d'unité dans la mise en place du congé de longue durée pour maladie, le suivi et la réhabilitation des patients militaires atteints de cancer . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01763099

HAL Id: dumas-01763099

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01763099>

Submitted on 10 Apr 2018

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

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



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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 270

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Rôle du médecin d'unité dans la mise en place du congé de
longue durée pour maladie, le suivi et la réhabilitation
des patients militaires atteints de cancer

Présentée et soutenue publiquement
le 20 octobre 2017

Par

Morgane MARCAILLOU épouse VANDERPERRE

Née le 27 décembre 1988 à Grenoble (38)

Dirigée par M. Le Médecin-en-Chef François-Régis Ferrand

Jury :

M. Le Professeur Éric Perrier Président

M. Le Professeur Frédéric Rivière

M. Le Professeur Jean-Valère Malfuson

M. Le Docteur Laurent Prioux



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

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

Commandeur 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

A NOTRE PRESIDENT DU JURY,

Monsieur le Médecin Chef des Services Éric PERRIER

Consultant National de Médecine Aéronautique pour les Armées
Médecin-Chef Adjoint du DEA/Centre Principal d'Expertise Médicale
du Personnel Navigant

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Récompense pour travaux scientifiques et techniques échelon argent

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Je vous remercie pour votre bienveillance au cours de mon internat.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE,

Monsieur le médecin en chef François Régis FERRAND

Adjoint au chef de service du service de médecine interne et oncologie de l'HIA Bégin

Praticien certifié du Service de Santé des Armées

Je vous remercie pour le temps consacré à mon travail.

A NOS ASSESSEURS :

Monsieur le Médecin en Chef Jean-Valère MALFUSON,

Médecin-chef du service d'hématologie de l'HIA Percy

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Docteur ès Sciences

Monsieur le Médecin en Chef Frédéric RIVIERE,

Adjoint au chef de service du service de pneumologie de l'HIA Percy

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Monsieur le Médecin Principal Laurent PRIEUX,

Médecin responsable de la 13^{ème} antenne médicale des Armées de Montlhéry

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Remerciements

Au Médecin en Chef Blandine CARENZO CORBERAND
Direction centrale du service de santé des armées

Au Médecin en Chef Guillaume Desjeux, Médecin-Chef de l'Unité Lutte Contre la Fraude et Médecin-
Chef de l'Unité d'Expertise en Santé Publique,
de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale,

A Guillaume,
pour son soutien sans faille

A Maximilien, Apolline et Henri-Louis,

A mes parents,
qui m'ont donné ce goût de l'effort,

A mes frères et sœurs, Victorine, Paul, Pierre-Alexandre et Marie,
mes premiers patients pour des plaies et bosses en tout genre,

A Laure et Anne Sophie.

SERMENT D'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance. Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort. Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Sommaire :

| | |
|---|----|
| Serment d'Hippocrate. | 6 |
| Sommaire. | 7 |
| Table des figures et des tableaux. | 9 |
| Liste des acronymes. | 10 |
| Introduction. | 12 |
| I- Le cancer dans la population générale et dans les Armées en France : épidémiologie et enjeux. | 15 |
| A- Les Plans cancer. | 16 |
| 1) Plan cancer 2003-2007. | 16 |
| 2) Plan cancer 2009-2013. | 18 |
| 3) Plan cancer 2014-2019. | 19 |
| B- Epidémiologie du cancer en France et dans les armées. | 22 |
| 1) Spécificité en termes d'âge et de sexe de la population militaire française. | 23 |
| 2) Comparaison des taux d'incidence des cancers. | 26 |
| C- Enjeux et prise en charge dans le SSA. | 32 |
| 1) La mission de santé publique du SSA (rôle du médecin d'unité) | 33 |
| 2) Enjeux médico-militaire (disponibilité OPEX, etc) | 36 |
| II- Le statut de Congé de Longue Durée pour Maladie (CLDM) dans le cadre du cancer. | 41 |
| A- Particularité du Ministère des Armées pour la gestion des congés de longue durée pour maladie et les conditions de son attribution. | 42 |
| 1) Pour les civils. | 42 |
| 2) Pour les militaires. | 43 |
| 3) Le congé longue maladie : | 47 |
| 4) La démarche administrative pour la mise en CLDM et en CLM. | 48 |
| B- En pratique dans notre centre de soin : HIA Val de Grâce. | 51 |
| C- Etat des connaissances des médecins d'unité sur leur nouveau rôle. | 52 |

| | |
|---|----|
| III- Réinsertion professionnelle et accompagnement: devenir après le CLDM (décès, radiation, reprise) et difficultés (questionnaire). | 57 |
| A- Devenir après le CLDM. | 58 |
| B- Questionnaires portant sur la fatigue post cancer..... | 62 |
| C- Suivi du patient atteint de cancer en unité..... | 67 |
| D- Cancer et conséquences professionnelles en France. | 69 |
| 1) Epidémiologie du cancer et des conséquences professionnelles en France. | 69 |
| 2) Conditions du retour à l’emploi en cas de cancer en France | 70 |
| 3) Perspectives pour la réhabilitation professionnelle des patients atteints de cancer..... | 71 |
| Conclusion..... | 73 |
| Bibliographie..... | 75 |
| Annexe 1 : Consultation médicale à J90 de congé maladie en vue de l’attribution éventuelle d’un CLM/CLDM : | 79 |
| Annexe 2 : Certificat médical. | 80 |
| Annexe 3 : Certificat administratif..... | 81 |
| Annexe 4 : Listes des documents à fournir. | 82 |
| Annexe 5 : Evaluation sur les connaissances des médecins de CMA sur les CLM/CLDM. ... | 85 |
| Annexe 6 : Questionnaire sur votre prise en charge au CMA..... | 87 |
| Annexe 8 : Les 5 conseils ou règles d’or pour un retour au travail réussi, qui sont donnés par la Ligue contre le Cancer aux patients. | 92 |
| Résumé..... | 93 |
| Abstract | 94 |

Table des figures et des tableaux

Figure 1 : Calendrier de mise en œuvre du plan cancer 2003/2007.

Figure 2 : Sélection des réalisations 2015 dans le cadre du plan cancer.

Figure 3 : Incidence des cancers en France en 2015.

Figure 4 : Pyramide des âges de la population militaire.

Figure 5 : Incidence des cancers en fonction du sexe et de la localisation.

Figure 6 : Répartition des ALD 30 chez les militaires d'active.

Figure 7 : Répartition des ALD pour tumeur maligne solide selon la localisation par sexe entre 2005 et 2011.

Figure 8 : Incidence des cancers en fonction du sexe dans notre étude.

Figure 9 : Incidence des cancers invasifs les plus fréquents dans la population des 15-29ans entre 1999 et 2000.

Figure 10 : Incidence des cancers en fonction de l'âge dans notre étude.

Figure 11 : Index 75 et 76 de l'arrêté du 20 décembre 2012.

Figure 12 : Exemple pour le cancer du sein : Index 189 de l'arrêté du 20 décembre 2012.

Figure 13 : Suivi des patients en congé maladie.

Figure 14 : Ancien parcours de soin pour mise en place du CLDM.

Figure 15 : Nouveau parcours de soin pour mise en place du CLDM.

Figure 16 : Etat des connaissances en gestion administrative en 2016 et 2014.

Figure 17 : Etat des connaissances en gestion médicale en 2016 et 2014.

Figure 18 : Position statutaire des patients au début de l'étude.

Figure 19 : Statut des perdus de vue à la fin de l'étude.

Figure 20 : Score à l'échelle de Piper.

Tableau 1 : Groupes d'âge au 1^{er} janvier 2016.

Tableau 2 : Tableau de droits à congé et la rémunération qui en découle

Liste des acronymes:

ACSM : *american college of sport medicine*

ALD : affection de longue durée

AM: antenne médicale

CAMI : cancer arts martiaux et informations

CLDM: congé longue durée pour maladie

CLM: congé pour longue maladie

CM: congé maladie

CMA: centre médical des armées

CMIA : centre médical inter-armées

DRH : direction des ressources humaines

GAPI : groupement administratif pour les personnels isolés

GSPI : groupement de soutien pour les personnels isolés

HIA : hôpital d'instruction des armées

INCa : institut national du cancer

ISSA : Inspection du service de santé des armées

LUMM : logiciel unique médico-militaire

MCD : missions de courte durée

OPEX : Opérations Extérieures

RAPASAN : rapatrié sanitaire

SAP : Service d'administration du personnel

SSA : Service de santé des armées

VMP : visite médicale périodique

Introduction

L'incidence du cancer est en constante augmentation en France et dans le monde. Les données récentes émanant de l'Institut National du Cancer montrent une progression importante des cas déclarés puisque ceux-ci ont été multipliés par 2 en 30 ans. Bien que ces chiffres soient à mettre en lien avec une amélioration du dépistage des différentes pathologies et des moyens de prévention et d'amélioration des procédures de déclaration, ils restent élevés et constituent un problème majeur de Santé Publique, avec un coût social, humain et économique difficilement chiffrable.

L'incidence des nouveaux cas de cancer projetée pour 2015 [1] en France fait état de 384 442 patients atteints de cancer, avec une mortalité estimée à 148 000 morts cette année-là à cause d'un cancer (84 041 hommes et 65 415 femmes) dont 80 000 décès auraient pu être évités par des moyens de prévention collective et individuelle. Les connaissances des pathologies cancéreuses progressent mais leur prise en charge demeure complexe en raison de facteurs collectifs et individuels.

La prise en charge du cancer est multidisciplinaire et organisée selon les axes d'action donnés par les différents Plans Cancer qui se succèdent depuis 2003. A l'heure actuelle, la philosophie du Plan Cancer 3 se définit en trois axes principaux et couvre la période 2014-2019 :

- guérir le plus de personnes malades par un diagnostic plus précoce,
- accompagnement et planification de soins pendant et après le cancer,
- continuité de soins et qualité de vie.

Le législateur, en introduisant cette notion de soins après le cancer, a voulu accentuer les efforts de la société et par là de toute la communauté médicale, pour mieux appréhender et mieux accompagner les malades en aval et en amont de l'hôpital, avant et après la maladie. Cette prise en charge globale du malade et non uniquement de la maladie, intègre toute la problématique des effets indésirables des traitements initiés pour traiter un cancer. Certaines molécules ou techniques utilisées pouvant avoir des effets à distance jusqu'à très long terme, la médecine moderne doit pouvoir s'intéresser à ces impacts et aux répercussions qu'ils peuvent avoir en termes de qualité de vie au quotidien.

Nous porterons dans ce travail une attention particulière à la fatigue qui est un des symptômes les plus fréquemment décrits retrouvés après cancer.

La fatigue post-cancer qu'elle soit la conséquence de la maladie ou du traitement, pose la question de sa gestion (dépistage, traitement) en raison de son impact très concret sur la vie quotidienne d'un patient traité. Faut-il privilégier un repos physique au détriment de toute activité ou faudrait-il prévenir cette fatigue en amont, pendant ou après le traitement avec un rythme sportif plus actif ?

Ce Plan Cancer rentre aussi dans une démarche d'action sociale car bien souvent il existe une précarisation des familles du fait de la perte d'un emploi donc une perte de revenus, une perte des capacités physiques ou intellectuelles liées à la maladie ou au traitement, et les frais médicaux engendrés. Comme le montre une étude réalisée aux Etats-Unis en juin 2015 [2], les chances de retrouver un emploi après avoir survécu à un cancer sont moindres par rapport à une personne ne l'ayant pas notifiée sur son curriculum vitae. Il s'agit d'un nouveau type de discrimination car le cancer fait toujours peur.

L'armée française n'est pas épargnée, quels que soient l'armée d'appartenance ou le type de cancer, mais le recrutement est différent, la population étant plus jeune que la population générale française. Cette affection des militaires entraîne une perte opérationnelle qui pourrait se révéler importante dans un contexte géopolitique où l'on demande à l'armée de plus en plus d'effort et de disponibilité (opérations extérieures (OPEX), Vigipirate, sentinelle, ...). Le Service de Santé des Armées se doit de proposer des actions, en accord avec le Plan Cancer 3, afin d'aider au mieux les militaires dans leur parcours de soins en facilitant leurs démarches administratives, la coordination entre les différents intervenants et leur suivi médical puis à retrouver s'ils le peuvent leur aptitude avec ou sans restriction, sinon une réforme avec une reconversion dans le civil si possible.

L'objectif de cette thèse est de décrire les particularités socio-professionnelles de la prise en charge des militaires atteints de cancer et d'étudier le rôle du médecin d'unité dans la mise en place des Congés Longue Durée pour Maladie (CLDM), le suivi et la réhabilitation des patients par la suite, pour la reprise d'une activité professionnelle ou leur réforme.

I- Le cancer dans la population générale et dans les Armées

en France : épidémiologie et enjeux.

Depuis 2003 en France, la politique d'action en matière de santé publique pour le cancer est déterminée par les Plans cancer qui se sont succédés. Sur l'initiative du Président de la République à l'origine, ces différents plans ont eu et ont toujours pour objectif d'impulser une dynamique dans la lutte contre le cancer et dans la prise en charge des malades.

Le Service de Santé des Armées est responsable de la santé des militaires d'active, devant, en effet, leur assurer les mêmes objectifs en matière d'actes de soins et de prévention qu'en santé publique, dans un cadre plus large d'obligation de maintenir un niveau d'aptitude physique et mentale compatible avec les missions imparties au SSA, dont les missions extérieures en zone de conflit. La population militaire n'est pas épargnée par la maladie et en particulier le cancer. Elle touche néanmoins une population particulière, comprenant une tranche d'âge de 18 à 65ans.

Nous verrons donc dans un premier temps les plans cancer et les améliorations qu'ils ont permis dans la prise en charge des malades, l'épidémiologie des cancers dans la population générale et dans la population militaire, puis les enjeux médico-militaires pour le SSA.

A- Les Plans Cancer :

1) Plan Cancer 2003-2007 [3] :

Le premier Plan Cancer devait répondre à une volonté de lutte contre le cancer et d'amélioration de la prise en charge des patients grâce à 70 mesures phares dont la mise en œuvre s'échelonnait sur un calendrier précis (Figure 1).

L'accent avait été mis sur la prévention, le dépistage organisé, une meilleure organisation et articulation des soins autour du patient avec notamment la notion de coordination de soin entre la ville et l'hôpital, un accompagnement social plus humain et plus solidaire, l'offre d'une formation plus adaptée aux professionnels de santé et une recherche porteuse d'espoir.

Ce Plan a eu des conséquences concrètes, permettant notamment de faire reculer la consommation de tabac, grâce à une stratégie associant différents moyens comme l'augmentation des prix, l'interdiction de vente au moins de 16 ans, les campagnes d'informations et les actions ciblées vers les jeunes et les femmes ainsi que via le développement d'aide à l'arrêt du tabac. Il a permis la mise en place de programmes de dépistage organisé et leur évaluation comme par exemple le programme de dépistage organisé du cancer du sein à partir de 2004 et l'expérimentation du dépistage organisé du cancer colorectal.

Dans le cadre de la prise en charge des malades, des critères standards de qualité ont été définis, comme par exemple la mise en place d'un dispositif d'annonce, la mise en place de concertation pluridisciplinaire et devaient être appliqués au sein des centres autorisés à traiter les malades atteints de cancer quel que soit le type de traitement (chimiothérapie, chirurgie ou radiothérapie) [4].

En 2005, l'Etat a créé l'Institut National du Cancer, instance chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Cette institution a pour objectif de donner une vision globale de la lutte contre le cancer, depuis la surveillance épidémiologique jusqu'aux réseaux et centres de prise en charge. Il travaille en partenariat avec les différents organismes de recherche (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, Centre National de la Recherche Scientifique) ne s'y substituant pas. Il assure des plans de financement sur des programmes thématiques.

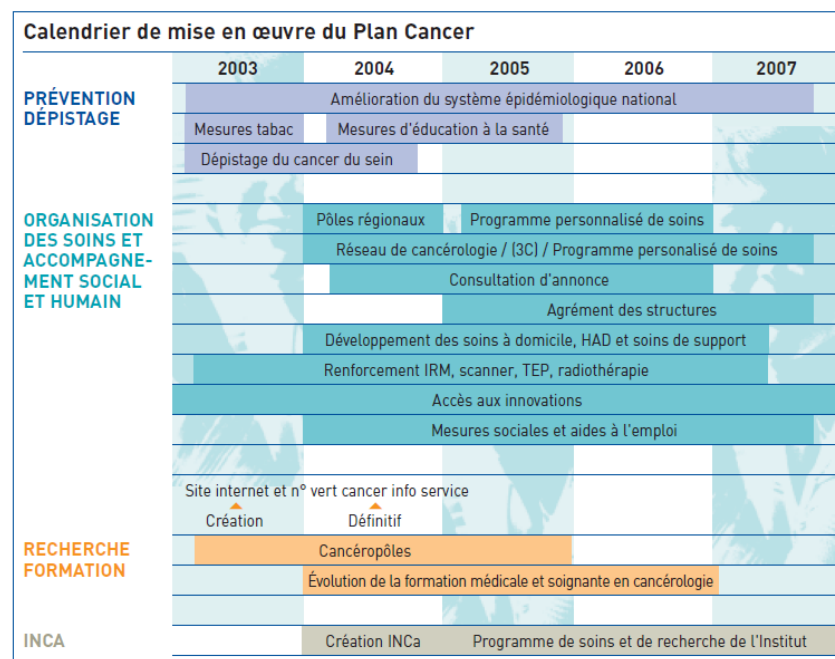


Figure 1 : Calendrier de mise en œuvre du plan cancer 2003/2007 [5]

2) **Plan Cancer 2009-2013 [6]:**

Le deuxième Plan Cancer a été mis en place suite au rapport de février 2009 du Pr Jean-Pierre Grünfeld, néphrologue et professeur honoraire de l'université Paris Descartes, « Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 » et a donné lieu à des rapports réguliers d'étape au président de la République jusqu'au mois de juin 2013. Il a développé de nouvelles voies d'action tout en consolidant les acquis du plan précédent.

Il mettait l'accent sur la recherche et l'innovation, une meilleure prise en compte des inégalités de santé avec des mesures visant leur correction, l'amélioration de la prévention, le renforcement de la coordination de soins et leur extension au-delà de l'hôpital par une plus grande implication des médecins traitants dans le parcours de soin personnalisé et enfin il proposait de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour un meilleur accompagnement des personnes dans la vie pendant et après le cancer.

Le plan a donc œuvré au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. L'organisation a aussi été perfectionnée et adaptée pour la prise en charge d'enfants, de personnes âgées ou de patients atteints de cancer rares. En 2009, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire.

Ce plan a fait l'objet d'une évaluation du Haut-Conseil de la Santé (HCPS) en 2014 dans le cadre des 10 ans du premier plan de lutte contre le cancer [7]. Cette évaluation a conduit à formuler 60 recommandations visant à améliorer la prévention, le dépistage et la

prise en charge des cancers, à garantir des soins personnalisés et efficaces, à améliorer la qualité de vie des patients pendant et après le cancer, et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé face au cancer. Il s'agit aussi de renforcer la recherche et le recueil des données en cancérologie et d'optimiser le pilotage et la gouvernance concernant cette maladie.

3) **Plan Cancer 2014-2019 [8] :**

Le Plan s'inscrit dans une volonté première de lutte contre les fragilités sociales exacerbées par le cancer [9], car pour de nombreux patients il existe une baisse de revenus due au chamboulement de la vie professionnelle, à laquelle s'ajoute les frais et les coûts indirects liés à la maladie (transport, hébergement, prothèse, garde d'enfants) entraînant une précarisation des familles, la complexité des démarches administratives leur limitant l'accès à des aides dont ils seraient bénéficiaires.

L'accent de ce Plan Cancer est mis sur la nécessité de préserver la continuité et la qualité de vie, par la limitation des conséquences sociales et économiques, en facilitant la prise en compte du cancer dans le monde du travail, la poursuite de la scolarité et des études et en autorisant « un droit à l'oubli » dans l'accès à l'emprunt.

Le plan s'articule en 4 axes majeurs avec 17 objectifs :

- Guérir le plus de personnes malades, en favorisant un diagnostic plus précoce par l'amélioration du dépistage (cancer du col de l'utérus, du sein et colorectal) et de l'information des patients, en misant sur l'apport et l'accès facilité aux innovations technologiques.

- Préserver la continuité et la qualité de vie, l'enquête VICAN 2 [10] parue en 2014 rapporte que deux ans après le diagnostic, 56 % des femmes atteintes d'un cancer du sein ont une qualité de vie dégradée. Cette proportion est de 38 % chez les personnes ayant eu un cancer colorectal et atteint 72 % chez celles touchées par un cancer du poumon. Le Plan se fixe pour cible, d'ici 5 ans, de réduire de 10 % la proportion de personnes ayant une qualité de vie perçue comme dégradée deux ans après le diagnostic pour les principaux types de cancer. Les progrès réalisés au niveau des traitements doivent permettre de réduire les risques de séquelles et de second cancer (en accentuant la prise en charge du tabagisme, de l'alcoolisme, et en promouvant l'activité physique tout au long du traitement avec une prise en charge nutritionnelle adaptée).

Il existe bien souvent une sensation de subir une « double peine ». Le plan cancer tente de mobiliser tous les acteurs de l'enseignement, de la formation, de l'assurance, du monde du travail et du secteur médico-social pour minimiser cet impact préjudiciable. Cela passe par des adaptations de la scolarité, une sécurisation du parcours des étudiants. Pour les personnes atteintes de cancer et devant retrouver un emploi en après cancer, l'objectif est d'augmenter de 50% les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic des personnes atteintes par rapport à celles n'ayant pas de cancer.

Pour les personnes qui arrivent à garder leur emploi, bien souvent elles rapportent des mesures discriminatoires (refus de promotion, perte de responsabilité...). Le but recherché est la sécurisation de l'emploi appuyée par l'entreprise.

Le plan prévoit d'instaurer un droit à l'oubli pour les emprunts, permettant ainsi de déterminer un délai au-delà duquel les patients n'auront plus à déclarer leurs antécédents de cancer.

- Investir dans la prévention et la recherche, la prévention du cancer passe par l'observation des comportements individuels et collectifs. En France, 44 000 décès par cancer sont liés au tabac, 15000 à l'alcool, 2300 au surpoids et à l'obésité, 1000 à l'exposition solaire et 700 à l'infection par papillomavirus. Ainsi, ces facteurs de risques identifiés devraient permettre d'éviter 40% des décès par cancer et c'est l'objectif fixé d'ici 20 ans, d'où le lancement du programme national de réduction du tabagisme, en évitant l'entrée dans le tabagisme des jeunes et en accentuant l'arrêt de tous. Il prévoit la promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique.

- Optimiser le pilotage et les organisations, en faisant vivre la démocratie sanitaire, afin d'offrir à chacun une prise en charge adaptée, un dépistage et une prévention propre à chaque situation, en s'appuyant sur les politiques publiques sur des données robustes et partagées pour mieux comprendre les inégalités socio-économiques et géographiques.

Le second rapport fait au président de la République au mois de février 2016 fait un état des lieux de l'avancée des 208 actions engendrées.

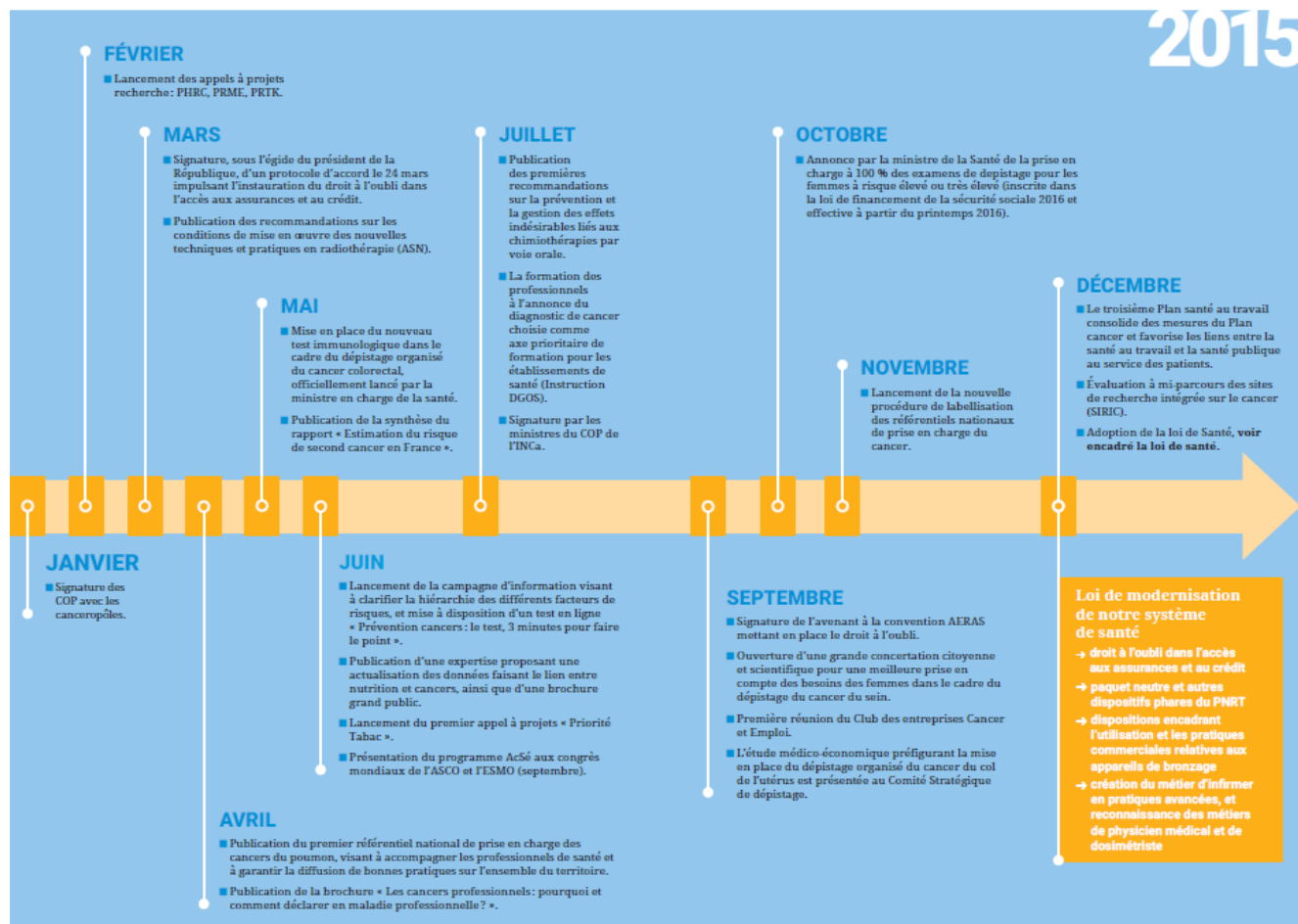


Figure 2 : Sélection des réalisations 2015 dans le cadre du plan cancer [11].

B- Epidémiologie du cancer en France et dans les armées :

En France, sur les 384 442 nouveaux cas de cancer en 2015, dont 210 882 cas étaient des hommes et 173 560 cas des femmes (55-45%) [1].

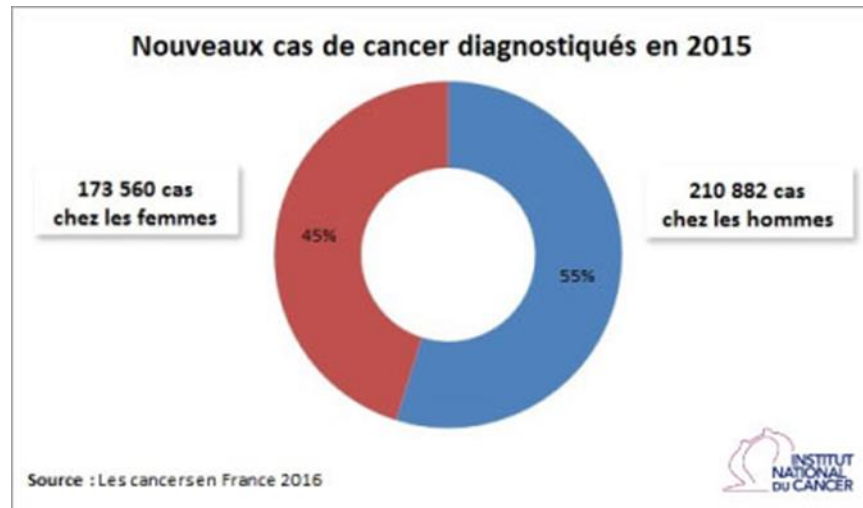


Figure 3 : Incidence des cancers en France en 2015

Notre étude se fonde sur un échantillon de 123 patients militaires atteints de cancer dont 83 hommes et 40 femmes (67.5-32.5%). Chaque patient a été vu en consultation ou son dossier étudié sur pièce à l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce. Il s'agit d'une revue exhaustive de l'ensemble des CLDM mis en place dans cet établissement entre 2003 et 2015. Nous nous proposons de comparer cette population avec la population générale afin d'en faire ressortir les spécificités.

1) Spécificité en termes d'âge et de sexe de la population militaire française :

La pyramide des âges en France au 1er janvier 2016 fait état d'une population de 66.6 millions d'habitants [13] (Tableau 1), dont 37.71 millions de personnes ayant entre 20 et 64ans avec un âge moyen en France à 41.1ans.

Groupes d'âges (2016)

| âge | millions | % | % femmes |
|---------|----------|------|----------|
| 65+ | 12,52 | 18,8 | 57,3 |
| 20 - 64 | 37,71 | 56,6 | 50,8 |
| <20 | 16,4 | 24,6 | 48,8 |
| Total | 66,63 | 100 | 51,5 |

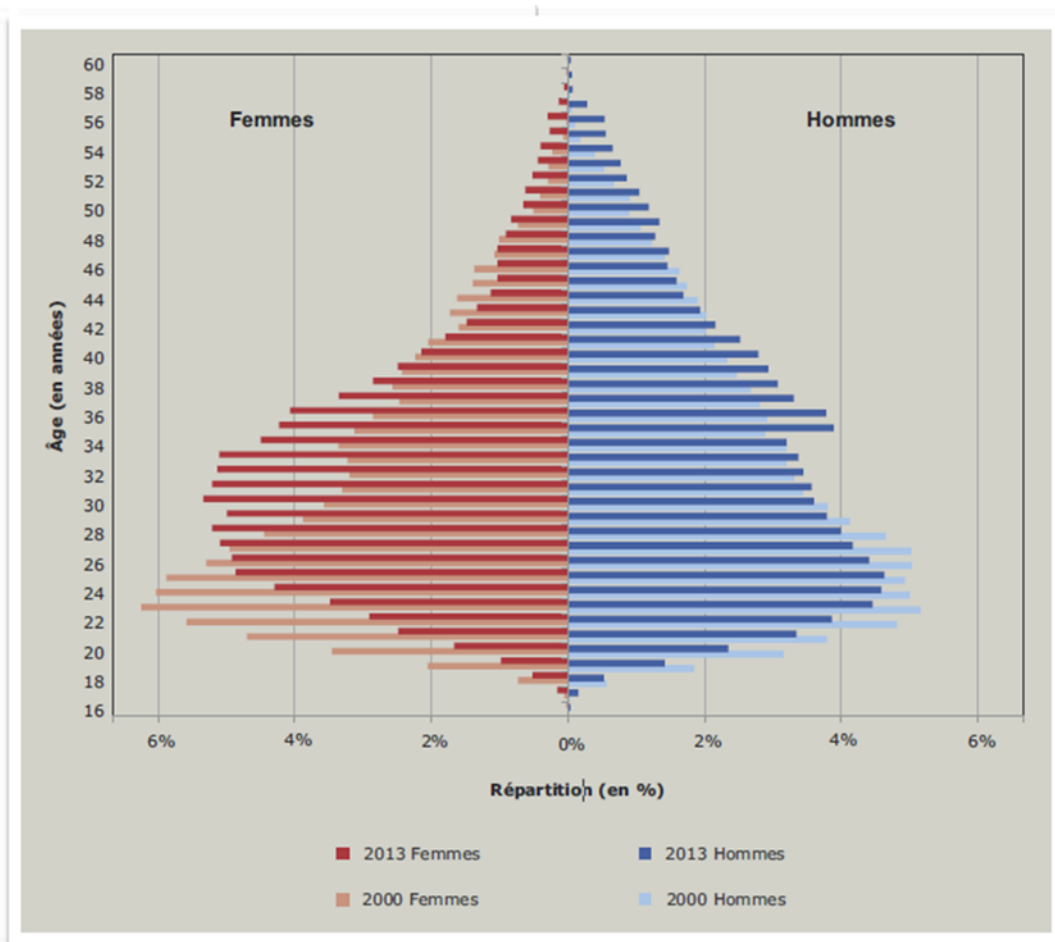
Tableau 1 : Groupes d'âges au 1er janvier 2016

En 2015, la population militaire comptait 208 918 militaires [13], âgés de 18 à 65 ans (soit environ 0.05% de la classe d'âge française), avec une population plus jeune que les autres ministères. L'âge moyen est de 36,3 ans dont la part des moins de 30 ans est la plus élevée tout ministère confondu (33,1% contre 13.7%). Cette jeunesse des effectifs s'explique par la spécificité des missions demandées. Avec la professionnalisation de l'armée, l'impératif de jeunesse des effectifs impose un renouvellement permanent avec un vivier de personnel à durée de contrat limitée.

Les personnels sont répartis de la façon suivante : 111 628 personnels dans l'armée de Terre, 36044 dans la Marine, 43 597 dans l'armée de l'Air, et 17 647 répartis entre les autres services (SSA, Service du commissariat des armées, Service des essences, Service d'infrastructure de la défense, Secrétariat général pour l'administration).

Il faut souligner que le sexe-ratio de la population militaire est différent de celui de la population générale (50.8% de femmes) et qu'il est variable en fonction des armes (en 2014 : 10 % de femmes dans l'armée de Terre, 57,6 % dans le Service de santé, 21 % dans le

Service du commissariat, 16,3 % dans la DGA, 13,7 % dans la Marine, 22 % dans l'armée de l'Air), ce qui rend difficile notre comparaison avec la population générale. (Figure 4)



Champ : Personnels militaires
Source : RAE 2000 et 2013, Observatoire Économique de la Défense

Figure 4 : Pyramide des âges de la population militaire

2) **Comparaison des taux d'incidence des cancers dans la population générale, dans la population militaire et dans notre échantillon.**

a) **Moyenne d'âge :**

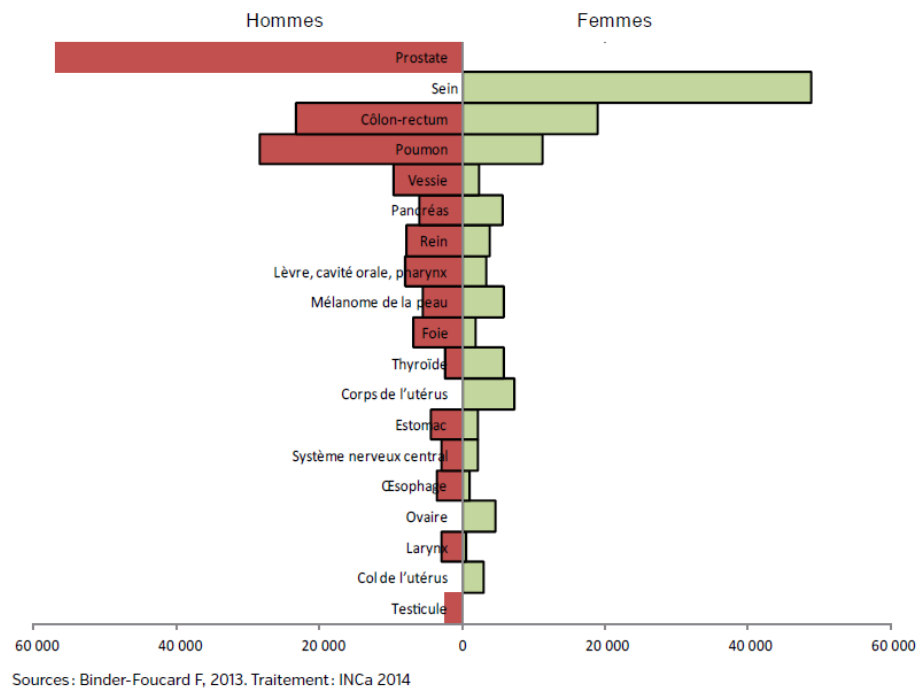
Dans la population générale, moins de la moitié des nouveaux cas se déclare chez des personnes âgées de moins de 65 ans, avec un âge médian au moment du diagnostic de 68 ans pour les hommes et de 67 ans pour les femmes. La répartition du type de cancer varie également en fonction des classes d'âge et du sexe [14].

Notre échantillon de population présente une moyenne d'âge de 40.7 ans chez les hommes et 38.6 ans chez les femmes. Notre recrutement est donc plus jeune avec une proportion de femmes et d'hommes d'environ un tiers/deux tiers. Cet échantillon ne représente que des militaires actifs et ayant bénéficié d'un CLDM.

b) **Type de cancer :**

Dans la population générale, d'après les dernières données de l'Institut National du Cancer (INCa) [15], pour les hommes, les nouveaux cas de cancer restent majoritairement représentés par les cancers de la prostate (71 000 cas), du poumon (27 500 cas) et du côlon-rectum (21 500 cas).

Avec 53 000 nouveaux cas estimés en 2011, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme devant le cancer colorectal (19 000 cas) et le cancer du poumon (12 000 cas).
(Figure 5)



[1] L'estimation 2012 pour l'incidence du cancer de la prostate repose sur une hypothèse de stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012.

Figure 5 : Incidence des cancers en fonction du sexe et de la localisation.

Dans l'armée, une étude rétrospective [16] parue en 2013 et dirigée par la CNMSS sur l'incidence des ALD 30 (et non des CLDM) chez les militaires d'active entre 2005 et 2011, a permis de mettre en évidence que 24.3% des nouvelles ALD étaient mises en place pour les cancers (en 2011 : 408 ALD 30 sur 285 935 au niveau national la même année).

(Figure 6)

| Intitulé ALD | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Total |
|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Affections cardiovasculaires : | 431 | 500 | 482 | 602 | 562 | 463 | 411 | 3 451 |
| Maladie coronaire | 167 | 189 | 177 | 188 | 183 | 158 | 170 | 1 232 |
| HTA sévère | 135 | 153 | 142 | 216 | 187 | 132 | 66 | 1 031 |
| Insuffisance cardiaque grave | 58 | 60 | 72 | 83 | 74 | 66 | 66 | 479 |
| Artériopathies chroniques | 47 | 65 | 56 | 70 | 80 | 57 | 59 | 434 |
| AVC invalidant | 24 | 33 | 35 | 45 | 38 | 50 | 50 | 275 |
| Tumeurs Malignes | 370 | 388 | 386 | 418 | 420 | 423 | 408 | 2 813 |
| Diabète de type 1 et diabète de type 2 | 217 | 234 | 251 | 275 | 266 | 255 | 213 | 1 711 |
| Affections psychiatriques | 176 | 127 | 130 | 141 | 155 | 131 | 140 | 1 000 |
| Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique | 63 | 61 | 51 | 69 | 64 | 63 | 64 | 435 |
| Spondylarthrite ankylosante grave | 41 | 39 | 42 | 59 | 53 | 69 | 54 | 357 |
| Maladies chroniques du foie | 26 | 39 | 31 | 43 | 29 | 34 | 35 | 237 |
| Affection neuromusculaire. Épilepsie | 35 | 33 | 29 | 35 | 26 | 26 | 27 | 211 |
| Polyarthrite rhumatoïde | 25 | 32 | 18 | 33 | 36 | 39 | 28 | 211 |
| Déficit immunitaire et VIH | 39 | 25 | 34 | 32 | 24 | 20 | 35 | 209 |
| Sclérose en plaques | 26 | 24 | 25 | 29 | 25 | 29 | 21 | 179 |
| Maladies métaboliques héréditaires | 20 | 35 | 21 | 26 | 26 | 24 | 23 | 175 |
| Insuffisance respiratoire grave | 25 | 22 | 21 | 23 | 24 | 22 | 19 | 156 |
| Néphropathie chronique grave | 13 | 11 | 15 | 7 | 19 | 12 | 15 | 92 |
| Tuberculose active et lèpre | 19 | 11 | 10 | 13 | 11 | 5 | 12 | 81 |
| Paraplégie | 14 | 11 | 8 | 3 | 8 | 6 | 5 | 55 |
| Vascularites, lupus, sclérodermie | 7 | 9 | 8 | 6 | 11 | 3 | 9 | 53 |
| Hémophilies | 6 | 9 | 9 | 9 | 12 | 8 | 14 | 67 |
| Maladie de Parkinson | 1 | 2 | 8 | 6 | 8 | 7 | 7 | 39 |
| Autres | 10 | 6 | 6 | 8 | 9 | 4 | 6 | 49 |

Figure 6 : répartition des ALD 30 chez les militaires d'active

Le pourcentage d'homme dans ce groupe était de 84.7%.

Ils présentaient, entre 2005 et 2011, en majorité des tumeurs des organes génitaux avec une prédominance des cancers prostatiques à 52.1% contre 47.9% pour les cancers testiculaires.

Chez la femme, c'est le cancer du sein qui représente 40% des cancers. (Figure 7)

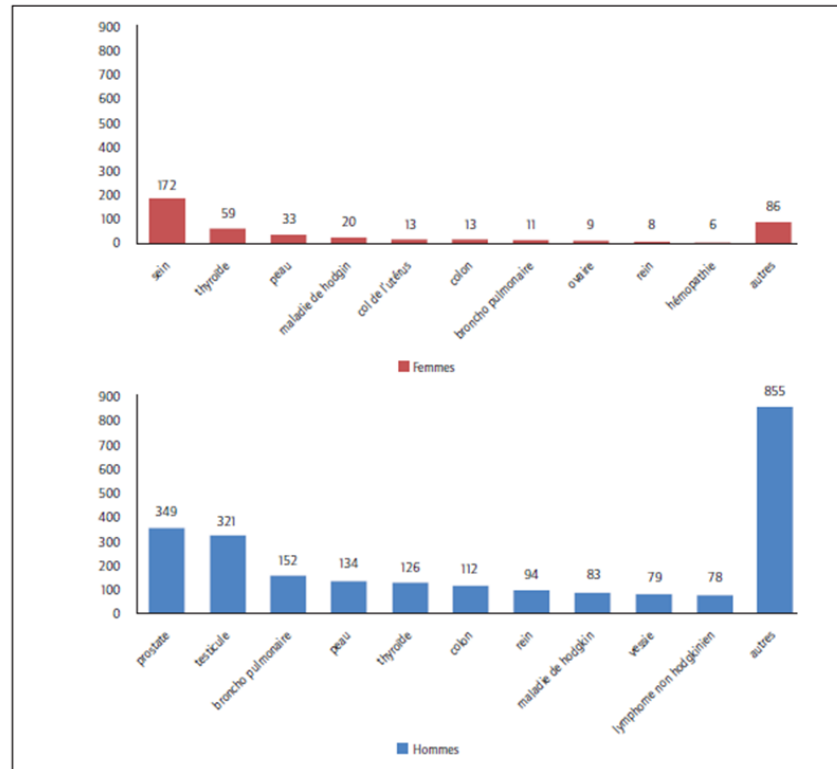


Figure 7 : Répartition des ALD pour tumeur maligne solide selon la localisation par sexe entre 2005 et 2011.

Chez les hommes, on retrouve comme dans la population militaire en général une atteinte des organes génitaux avec 15.7% de cancer des testicules (à peine 3.6% de cancer de prostate), puis par argument de fréquence on retrouve les cancers conjonctifs, ORL, et du système nerveux central (9.6%), puis les cancers du poumon, du pancréas.

Le cancer des testicules est surreprésenté dans l'armée, à peine 1 à 2% dans la population générale, essentiellement en raison de la surreprésentation masculine et de l'âge médian au diagnostic de cette pathologie. Le dépistage est de fait systématique lors des visites médicales périodiques contrairement à la pratique dans le civil.

Dans notre échantillon, les cancers les plus représentés sont chez les femmes le cancer du sein à 70%, les autres atteintes d'organes sont en fréquence bien moindre (poumon, ovaire et conjonctif). La différence avec l'étude sur les ALD est probablement liée à la durée de la séquence thérapeutique curative (chirurgie suivie de chimiothérapie, suivi de radiothérapie), entraînant plus souvent des CLDM (Figure 8).

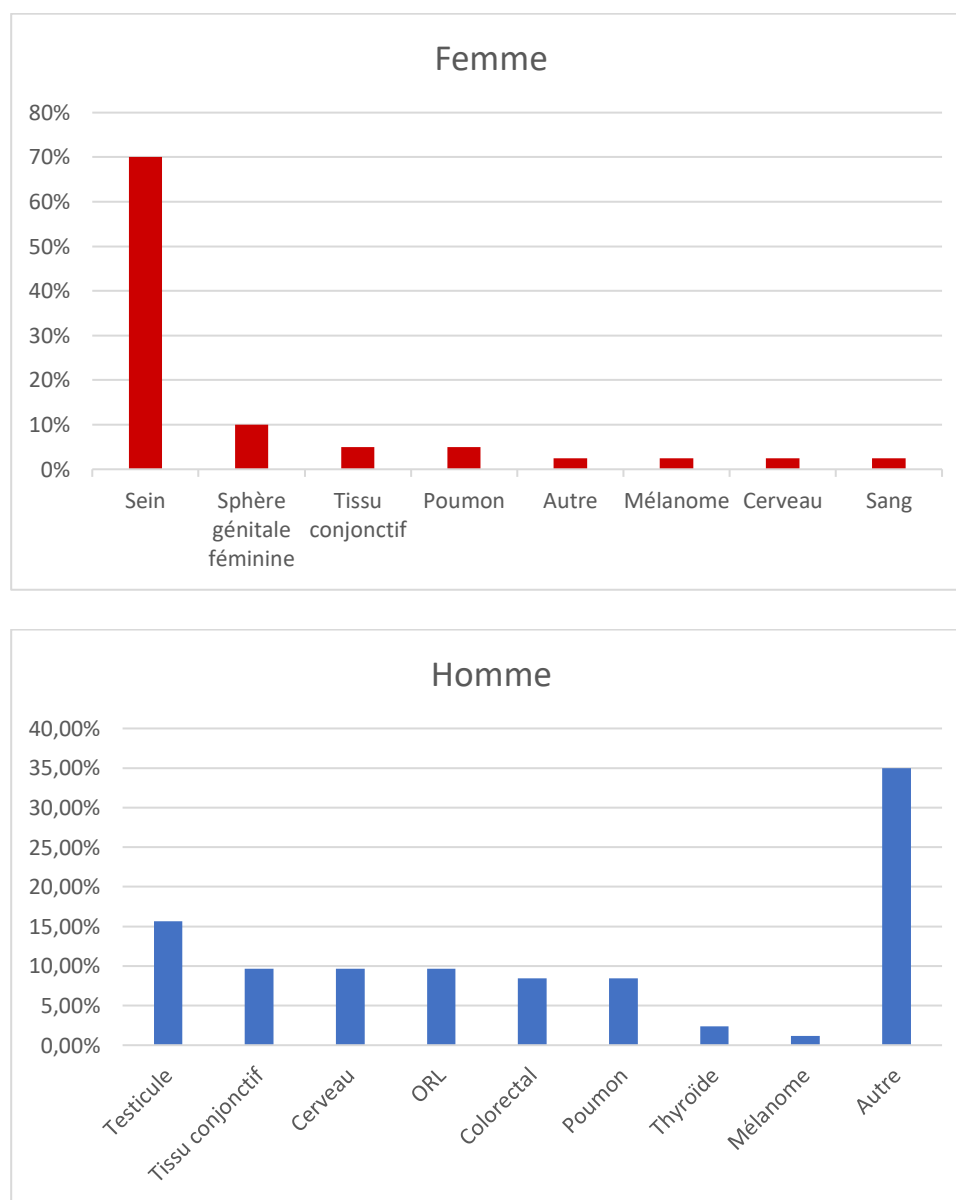


Figure 8 : Incidence des cancers en fonction du sexe dans notre étude.

Dans une étude réalisée aux Etats-Unis [17] sur deux classes d'âge (15/19 et 20/29 ans) l'incidence par type tumoral est sensiblement différente de notre étude, car s'intéresse au diagnostic et non à la prescription d'un arrêt de travail de longue durée, mais retrouve l'ensemble des pathologies de notre échantillon (Figure 9 et Figure 10).

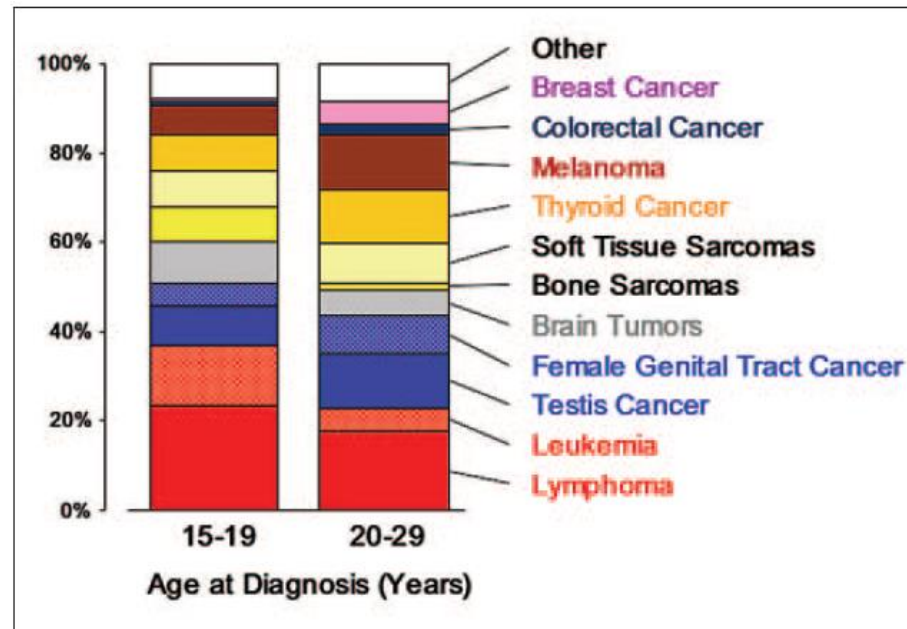


Figure 9 : Incidence des cancers invasifs les plus fréquents dans la population des 15-29ans entre 1999 et 2000.

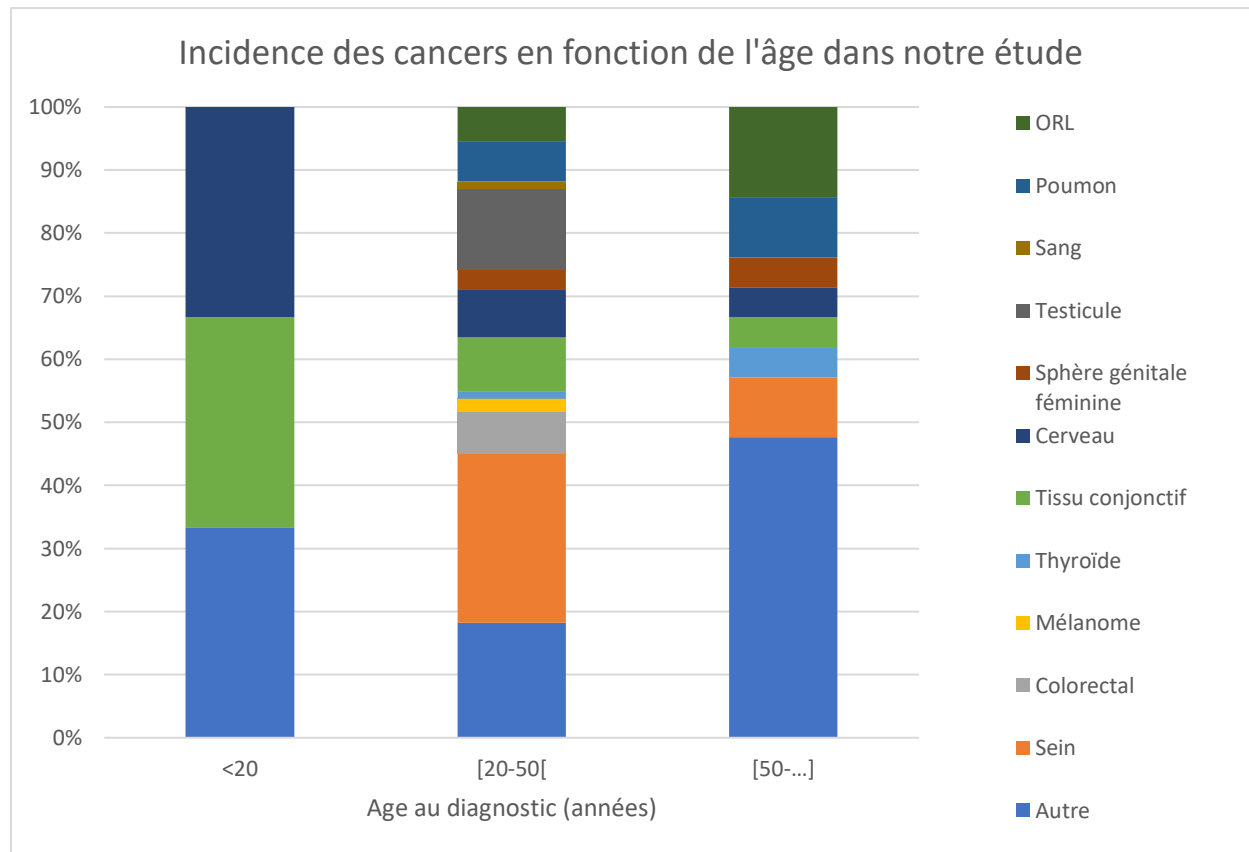


Figure 10 : Incidence des cancers en fonction de l'âge dans notre étude.

C- Enjeux et prise en charge dans le SSA :

La prise en charge du cancer n'est pas la mission prioritaire du SSA, mais s'inscrit dans une mission de soutien apporté aux Armées au même titre que celle des autres pathologies chroniques ou aiguës, dans sa mission de sélection et de maintien en conditions opérationnelles des militaires. Nous développerons les enjeux médico-militaires à travers un rappel des modalités de sélection du militaire, du classement SIGYCOP, des aptitudes, et leur adaptation à l'évolution de la cancérologie.

L'enjeu d'une prise en charge optimale des patients atteints de cancer par le SSA doit également s'analyser par le prisme de sa participation à la mission de Santé Publique.

Le SSA contribue en effet à la mission de Santé Publique dans de nombreux domaines :

- mise en œuvre des plans gouvernementaux de gestion des risques (nucléaire, radiologique, biologique et chimique, d'origine accidentelle ou provoquée)
- expertise en matière de médecine de guerre qui a notamment été mise à contribution lors des derniers attentats du mois de novembre 2015 (HIA de Percy et Begin, BSPP), puis de juillet 2016 (HIA St Anne)
- accueil dans les 8 hôpitaux militaires de tous les assurés sociaux, dont ceux atteints de cancer.

Cependant, c'est bien à travers le cœur de métier du SSA en donnant au militaire les meilleures chances de survie, de récupération et de réinsertion professionnelle et sociale que s'exerce la mission de Santé Publique du SSA pour le cas du militaire atteint de cancer. Nous verrons ainsi, comment le projet SSA 2020 [18] définit son objectif de participation du CMA à la mission de service public, jusqu'à garantir une qualité de prise en charge au moins identique à celle d'un patient dans le civil.

1) **La mission de santé publique du SSA (rôle du médecin d'unité)**

La politique en matière de santé publique en France émane du Ministère de la Santé et s'applique pour tous les résidents qu'ils soient civils ou militaires. Ainsi le SSA a retranscrit

au travers de différentes directives ces mesures qui s'appliquent dans la prise en charge des militaires, avec un rôle prépondérant du médecin d'unité.

Depuis aout 2015, les médecins des forces sont répartis au sein de 30 CMA (Centre Médical des Armées) en métropole et 14 CMIA (centre médical inter-armées) en Outre-Mer.

Sur le territoire national, le médecin d'unité a un rôle de médecin traitant identique au médecin de ville et propose, outre une prévention spécifique liée au statut de militaire et aux contraintes opérationnelles qui en découlent, l'ensemble des programmes nationaux de dépistage, de cancer en particulier.

Le médecin d'unité est aussi responsable du militaire blessé ou accidenté. A son retour de mission, il contribue à la réinsertion du personnel dans son unité d'origine ou si cela ne peut être le cas à une adaptation du poste de travail, en fonction des critères d'aptitude. De même, il veille par le biais des Aptitudes et des congés maladies, à la santé et à l'adaptation du poste de travail du militaire.

Dans ce cadre, une ouverture vers le monde civil est inscrite dans le projet SSA 2020

[18] par :

- la construction d'un parcours de soins au profit de l'ensemble de la communauté de défense avec des acteurs extérieurs au SSA

- la contribution des professionnels du SSA à la permanence des soins ambulatoires, à la prise en charge des urgences, aux programmes nationaux de prévention

- l'insertion du personnel des forces dans des établissements de soins primaires civils (maisons de santé pluridisciplinaires par exemple) dans une démarche expérimentale, en accord avec les forces.

Cette ouverture ne pourra avoir lieu qu'après la réalisation d'une étude des besoins en fonction de l'offre publique et des besoins opérationnels qui restent le cœur de métier.

Sur la problématique du militaire atteint de cancer, deux axes sont de fait intégrés à la mission de santé publique du médecin d'unité et devront être consolidés :

- les programmes nationaux de dépistage qui peuvent parfaitement s'intégrer dans le cadre des visites médicales d'aptitude qui se déroulent tous les deux ans (dépistage du cancer colorectal à partir de 50ans sans antécédent particulier, par un test immunologique des selles [19], cancer de la prostate, à discuter au cas par cas car il n'existe pas un bénéfice démontré d'un dépistage systématique [20], cancer du sein à partir de 50ans par une mammographie complétée ou non par une échographie à réaliser tous les deux ans [21] , etc...).

- la gestion de l'après cancer, axe prioritaire du Plan Cancer 3.

La mission de Santé Publique est pourtant parfois indissociable de l'enjeu opérationnel (dit médico-militaire), l'exemple du dépistage du cancer du testicule étant à ce titre instructif. Ainsi, la palpation testiculaire au cours des visites périodiques, et/ou avant un départ OPEX, permet non seulement l'accès à un traitement curatif le plus souvent mais également d'éviter les conséquences opérationnelles et financières d'un rapatrié sanitaire (RAPASAN).

2) Enjeux médico-militaire (disponibilité OPEX, etc)

Les médecins d'unité ont un triple rôle : médecin traitant, médecin d'expertise et médecin du travail. En effet, chaque militaire est soumis à des visites d'aptitude tous les deux ans. A chaque problème de santé, notamment dans le cadre d'une maladie chronique, l'aptitude est remise en cause et relève de la compétence du SSA.

L'activité d'expertise est majeure pour le médecin d'unité et fondamentale pour le commandement et le militaire en activité. Cette aptitude permet de garantir aux autorités hiérarchiques que le personnel est médicalement apte aux fonctions requises par sa mission. Il est donc important de bien connaître les critères d'aptitudes initiales et en cours de carrière.

Ces critères sont détaillés dans l'arrêté [22] du 20/12/2012 paru au Bulletin Officiel des Armées (édition chronologique n°28 du 28 juin 2013). De ce dernier découle :

-Du code de la Défense et des articles L.4132-1 et R.3233-1

-Du Décret n°2005-850 du 27/07/2005 relatif aux délégations de signature des membres du Gouvernement

-Du décret n°2008-967 du 16/09/2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées.

Le médecin d'unité doit déterminer et contrôler les aptitudes médicales et psychiques pour chaque personnel en fonction de sa spécialité d'emploi notamment en aéronautique où les décisions de normes et d'aptitude tiennent compte des instances civiles. Il pourra s'appuyer sur l'avis de praticiens hospitaliers, de chirurgiens-dentistes des armées.

Il convient en effet de déterminer si un sujet est capable d'occuper un emploi, mais aussi s'il peut s'en acquitter dans les conditions requises par le milieu militaire au niveau individuel et collectif.

Dans cet arrêté, sont détaillés les différents items relatifs à la détermination d'un profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale, permettant d'établir le SIGYCOP.

Chaque sigle correspond à une partie du corps :

S : à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs

I : à la ceinture pelvienne et aux membres inférieurs

G : à l'état général

Y : aux yeux et à la vision (sens chromatique exclu)

C : Au sens chromatique

O : aux oreilles et à l'audition

P : au psychisme

Les sigles S, I, G, Y, O peuvent varier de 1 à 6, le C de 1 à 5 et le P de 0 à 5. A chaque coefficient correspondent des niveaux d'aptitudes avec de plus en plus de restrictions dès lors que ce coefficient augmente, pouvant aboutir à une inaptitude pour une mission, une fonction ou un emploi. C'est au médecin d'unité que revient la décision d'aptitude ou non. Pour exemple en cancérologie :

- en cas de rémission avec indication de surveillance trimestrielle clinique : inaptitude MCD, OPEX...

- en cas de lymphœdème du traitement d'un cancer du sein : inaptitude port de charge, port d'arme (et/ou tir), station debout prolongée etc...

- en cas de séquelle d'appareil toutes inaptitudes en lien avec un classement SIGYCOP limitant (ex toxicité auditive au cisplatine avec déficit auditif sévère O4, etc ...)

Il est possible d'ajouter devant ces coefficients un T marquant le caractère temporaire du sigle, par rapport à une affection capable de guérir ou d'évoluer favorablement (restriction temporaire d'aptitude), ou par rapport à un doute sur une affection réellement fonctionnelle car les manifestations sont plutôt subjectives, ou par rapport à une incertitude concernant le coefficient à attribuer, dans l'attente d'un résultat complémentaire, d'un avis spécialisé ou d'un complément d'information.

Chaque pathologie est répertoriée dans un index de ce répertoire analytique : il existe 372 pathologies inventoriées avec les classements adéquats correspondant au stade de la maladie.

Pour les cancers, il n'existe pas une liste exhaustive des tumeurs en fonction de l'histologie ni un coefficient particulier à chaque cancer. Une ligne de conduite générale est préconisée si la pathologie n'est pas référencée avec l'étude d'un système ou d'un organisme. Le coefficient attribué se fera suivant l'évolutivité de la tumeur, les éléments cliniques, histologiques, paracliniques divers et thérapeutiques. S'il existe un doute, la tumeur sera considérée comme maligne. Cela correspond aux index 75/76/77 de cet arrêté (Figure 11). On retrouve les plus grandes pathologies tumorales représentées dans les grands organes et systèmes : hématologie (index 82/83/84), pneumologie (index 132/133/134), maladies endocriniennes et métaboliques (index 139), appareil digestif (index 157), néphrologie (index 167/168/170), gynécologie (index 183/189) (Figure 12), dermatologie (index 229/230), oto-rhino-laryngologie (index 86/287/293), pathologie dentaire (index 312), neurologie (index 357).

3.2. Tumeurs malignes (index 75).

| | | |
|--|--------------------|---------|
| En évolution ou en cours de traitement : | | |
| - à l'engagement ; | Selon localisation | 6 |
| - en cours de carrière. | Selon localisation | 3T à 6T |
| Epithélioma basocellulaire (voir index 231). | | |
| En rémission complète ou partielle après traitement. | Selon localisation | 2 à 5 |

3.3. Tumeurs bénignes (index 76).

| | | |
|---|--------------------|------------------|
| Aptitude à apprécier en fonction : | | |
| - du potentiel expansif et des risques de compression ; | Selon localisation | 1 à 6 ou 2T à 5T |
| - de la localisation ; | | |
| - de la curabilité ; | | |
| - des complications possibles ; | | |
| - des signes ou symptômes qui l'accompagnent. | | |

Figure 11 : Index 75 et 76 de l'arrêté du 20 décembre 2012.

Ce qu'il faut retenir, c'est que le classement G est souvent compris entre 4 et 6 au moment de la découverte et durant le traitement. Après guérison et un recul de 5ans, le militaire peut retrouver un classement G compris entre 2 et 5. Il semble difficile suivant le cancer de récupérer une aptitude semblable à celle avant la maladie. Bien souvent cela entraîne une restriction d'aptitude plus ou moins importante voire une inaptitude totale au service.

11.3.14. Affections du sein (index 189).

| | | |
|--|---|-------|
| 1. Tumeur bénigne. | G | 2 |
| 2. Tumeur maligne : | | |
| - non traitée ; | G | 6 |
| - traitée selon la nature de l'intervention, l'histologie et le stade. | G | 2 à 5 |
| 3. Maladie fibrokystique, selon la symptomatologie. | G | 2 à 4 |
| 4. Hypertrophie, selon la gêne fonctionnelle. | G | 2 à 4 |
| 5. Prothèse mammaire, selon la tolérance. | G | 2 à 3 |

Figure 12 : Exemple pour le cancer du sein : Index 189 de l'arrêté du 20 décembre 2012

Aux vues de ces différents éléments, nous comprenons l'importance du médecin d'unité dans le suivi du patient atteint de cancer, encouragée par les Plans Cancer successifs. Le lien entre l'hôpital et la ville doit être prépondérant. A ce titre, le Service de Santé a choisi de mettre en place une réforme depuis février 2015 augmentant le rôle du médecin d'unité dans le suivi et la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques comme le cancer.

II- Le statut de Congé de Longue Durée pour Maladie

(CLDM) dans le cadre du cancer :

Comme toute maladie chronique, le diagnostic de cancer peut s'accompagner de période d'indisponibilité (arrêt de travail de longue durée) et de modification des capacités professionnelles.

De façon statutaire, les militaires sont astreints au quotidien à une disponibilité permanente (départ en opérations extérieures, plan Vigipirate, opération Sentinelle ...) qui ne peut être envisagée, ou du moins qui doit être repensée, à partir du moment où un diagnostic de cancer est posé. Le cadre médico-social doit être défini avec rigueur afin de limiter les complications sociales qui accompagnent ces diagnostics difficiles. C'est pourquoi, afin d'aider au mieux les patients dans leur démarche, le médecin d'unité a repris toute son importance dans la mise en place des CLDM avec un rôle de lien entre l'hôpital et le commandement, depuis la dernière réforme de février 2015.

A- Particularité du Ministère des Armées pour la gestion des congés de longue durée pour maladie et les conditions de son attribution.

Le congé de longue durée pour maladie est une particularité du Ministère des Armées. En effet, la législation diffère par rapport aux fonctionnaires des autres fonctions publiques, puisque ceux-ci ne font pas de différence en fonction des pathologies pour la gestion de ces congés.

Un militaire atteint de cancer, à l'issue de ses 180 jours d'arrêt de travail, ne sera pas placé en congé de longue maladie mais en congé de longue durée pour maladie. Nous aborderons donc en premier lieu le CLM chez le civil puis chez les militaires.

1) Pour les civils :

Le congé de longue maladie [23] (CLM) est régi par la loi n°8416 du 11 janvier 1984 art. 34.2. Un fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) a droit à un CLM lorsqu'il est constaté que la maladie le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés, et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée.

La liste indicative des affections susceptibles d'ouvrir droit au CLM est fixée par un arrêté du 14 mars 1986.

Si le congé est demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste, il ne peut être accordé qu'après avis du comité médical compétent. Le CLM peut être prolongé jusqu'à une durée totale de 3ans. La mise en CLM impacte sur la rémunération avec un indice de solde conservé pendant un an puis durant les deux années suivantes le fonctionnaire est rémunéré à demi-traitement. Dans tous les cas, il conserve le supplément familial de traitement et les indemnités de résidence.

Le CLM est demandé par le patient à son administration via une demande rédigée par son médecin traitant qui sera transmise à un comité médical d'étude avec le dossier et les pièces justificatives. Ce dernier transmettra par la suite son avis ainsi que la durée du congé à l'administration qui conclura ou non à la mise en CLM.

Le renouvellement se fera dans les mêmes conditions que la demande initiale un mois avant l'expiration de la période.

2) **Pour les militaires :**

Les congés liés à l'état de santé [24] sont régis par différents articles du code de la Défense :

- L4138-3 et R4138-3 (CM)
- L4138-12 et R4138-47 à R4138-57 (CLDM)

- L4138-13 et R4138-58 (CLM)

Ainsi que les différentes instructions ministérielles suivantes :

- Instruction 201189/DEF/SGA/DFP/FM/1 du 02/10/2006 portant sur les congés liés à l'état de santé susceptibles d'être attribués aux militaires

- Instruction 117/DEF/DCSSA/AST/TEC/MDA du 14/01/2008 relative aux conditions médicales d'attribution des congés liés à l'état de santé des militaires.

Lors d'un accident ou de la survenue d'une maladie, le statut médico-administratif du militaire devra être déterminé par le médecin d'unité. Ce dernier a donc une responsabilité technique, administrative et humaine.

Le militaire sera alors mis :

- soit en congé « dit de la position d'activité (Congé Maladie (CM) jusqu'à 180 jours) »,

- soit en congé dit « de la position de non activité (au-delà de 180 jours) », cette dernière entraînant des conséquences professionnelles, financières et humaines, et ce dans un environnement familial bouleversé déjà par une maladie grave.

a) Le congé maladie.

Le congé maladie est attribué par le commandement de la formation dont dépend le militaire, sur demande d'un médecin militaire ou civil, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme (congé maternité). Les 180 jours courent sur 12 mois et comprennent les samedis, dimanches et jours fériés. A l'issue du congé maladie, le militaire doit être revu en

consultation afin d'évaluer l'aptitude au service général et les éventuelles inaptitudes spécifiques à l'emploi.

Durant cette période de 180 jours, le commandement peut demander des contrôles de l'état de santé du patient sur pièce, ou sur convocation au CMA, voire en visite à domicile, bien que cette dernière option soit peu privilégiée en raison des nombreuses contraintes opérationnelles pesant sur les praticiens du service de santé des armées.

Vers le 90^{ème} jour de CM, le patient doit consulter le médecin des armées de son CMA d'affectation qui se prononcera sur l'aptitude à la reprise de l'emploi (figure 13) à l'issue du congé ou sur une inaptitude après avis d'un médecin spécialiste des armées (HIA de référence en fonction de la localisation géographique) selon la pathologie.



Figure 13 : Suivi des patients en congé maladie [25]

En fonction de l'avis donné par le spécialiste, le militaire reprendra une activité à l'issue de son CM ou sera placé en congé de la position de non activité à l'issue des 180 jours.

Ces congés de la position de non activité regroupent le Congé de Longue Durée pour Maladie (CLDM) et le Congé de Longue Maladie (CLM) en fonction de la nature de la pathologie.

b) Le congé longue durée maladie :

Le congé de longue durée pour maladie est attribué, au terme des droits à congé de maladie, pour l'une des affections suivantes :

- affections cancéreuses ;
- déficit immunitaire grave et acquis ;
- troubles mentaux et du comportement présentant une évolution prolongée et dont le retentissement professionnel ainsi que le traitement sont incompatible avec le service.

Ce congé est attribué sur demande ou d'office par décision du ministre (délégation à la Direction des Ressources Humaines (DRH) de l'arme) sur fondement d'un certificat médical établi par un médecin spécialiste des hôpitaux des armées. L'intégralité des droits à CLDM est réouverte en cas de survenue au cours du congé, d'une nouvelle affection distincte de celle ayant entraîné le congé initial.

La durée et la rémunération varie selon les conditions de liens au service et du type de contrat du militaire (Tableau 2) :

| Type de Congé | Blessure ou maladie | Statut | Droit | Solde | | |
|---------------|---------------------|-----------------------------------|-------|---------|---|--|
| | | | | Entière | Réduite de moitié Les adhérents de la mutuelle Unéo bénéficient d'un complément de salaire (IAS) | Sans Les personnels en congé "sans solde" ont droit aux indemnités journalières (le dossier est initié par la base d'origine avant passage en UGPS). Les adhérents de la mutuelle Unéo bénéficient d'un complément de salaire (IAS) |
| CLDM | Liée au service | Carrière ou contractuel | 8 ans | 5 ans | 3 ans | - |
| | Sans lien | Carrière | 5 ans | 3 ans | 2 ans | - |
| | | + de 3 ans de service (contrat) | 3 ans | 1 an | 2 ans | - |
| | | - de 3 ans de service (contrat) | 1 an | - | - | 1 an |
| CLM | Liée au service | Carrière ou contractuel | 3 ans | 3 ans | - | - |
| | Sans lien | Carrière ou + de 3 ans de service | 3 ans | 1 an | 2 ans | - |

Tableau 2 : Tableau de droits à congé et la rémunération qui en découle [26].

3) Le congé longue maladie :

Le congé de longue maladie est attribué en raison d'une affection grave et invalidante autre que celles couvertes par le congé de longue durée pour maladie. Ce congé est attribué dans les mêmes conditions que le CLDM. (Figure 13 et Tableau 2)

4) **La démarche administrative pour la mise en CLDM et en CLM.**

Après J90 (idéalement autour de J120 et dans tous les cas avant J160) le médecin d'unité devra rédiger, après avis du médecin spécialiste, un certificat médico-administratif en deux exemplaires donnant la nature du congé et sa durée (entre 3 et 6 mois), en tenant compte de la fiche de poste, de la synthèse du dossier médical et de l'état clinique du patient. Il sera néanmoins possible dans certains cas (patient habitant outre-mer par exemple) de statuer sur pièce.

Le premier exemplaire sans renseignements médicaux est à destination du commandement qui le fera suivre dans les 5 jours au DRH. Le second avec renseignements médicaux sous pli confidentiel médical est adressé à l'Inspecteur du SSA pour un avis technique et la déclaration d'une éventuelle imputabilité au service.

À partir du moment où le personnel est placé en congé de non activité, il est muté administrativement au sein du Groupement d'Administration des Personnels Isolés (GAPI), anciennement le Groupement de Soutien des Personnels Isolés (GSPI) qui a pour vocation de gérer les personnels en position de non activité pour la partie administrative. A l'issue du CLDM, les militaires seront à nouveau mutés en fonction de leur aptitude médicale.

Au niveau médical, le patient militaire peut décider de se rapprocher de son lieu de vie pour son traitement. Le suivi médical est donc assuré par un CMA de rattachement qui peut être différent de son CMA habituel. Durant le CLDM, c'est le médecin du CMA de rattachement qui gèrera le suivi administratif avec les différentes échéances à ne pas manquer (mise en CLDM, renouvellement, visite de reprise ou de réforme).

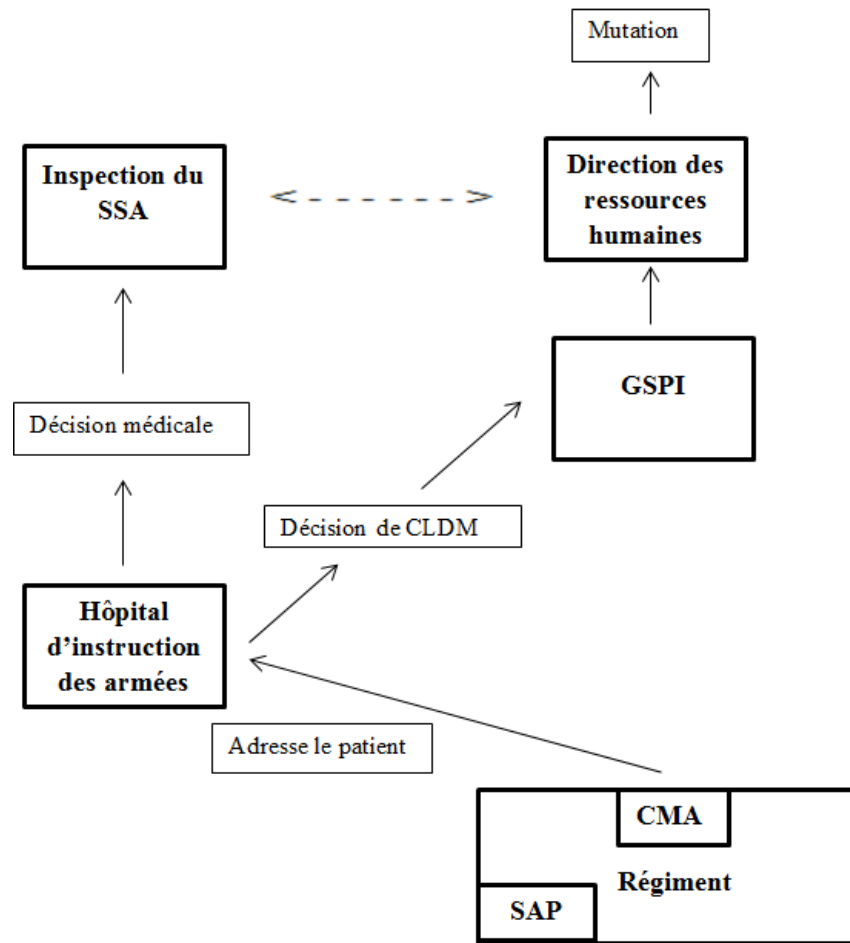


Figure 14 : Ancien parcours de soin pour mise en place du CLDM.

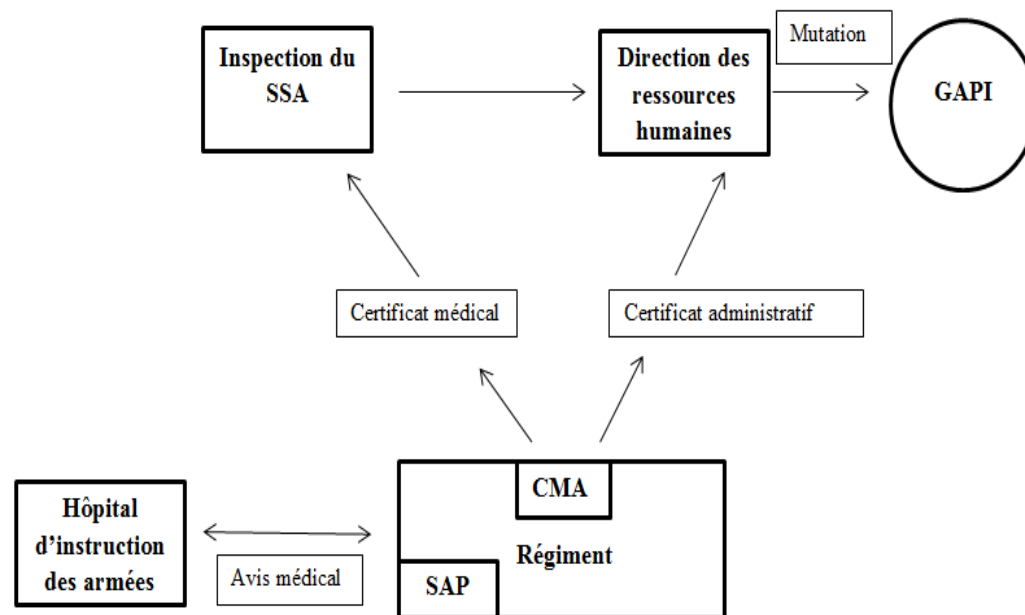


Figure 15 : Nouveau parcours de soin pour mise en place du CLDM.

Depuis février 2015, un nouveau rôle a été attribué au médecin d'unité du CMA. Auparavant le schéma était complexe avec de nombreux intermédiaires (Figure 14). Le médecin d'unité a désormais un rôle prépondérant, au cœur de la démarche médicale et administrative. (Figure 15)

- Dans le CMA dit « perdant » (CMA initial du patient) c'est lui qui initie la demande de CLDM en cas d'arrêt maladie prolongé, ne permettant pas à l'issue une reprise du travail. En revanche la grande différence vient du fait que c'est le médecin d'unité qui conclue cette mise en CLDM sur avis des spécialistes des HIA.

- Dans ce cadre, c'est le médecin d'unité qui remplit les certificats médicaux et administratifs permettant la demande officielle de mise en CLDM.

- Le militaire sera ensuite géré par son CMA de repli (CMA gagnant) pour les différentes échéances.(Annexes 1,2,3,4)

B- En pratique dans notre centre de soin : HIA Val de Grâce :

Il s'agit d'une étude rétrospective entre 2003 et 2015, antérieure à la mise en œuvre de la réforme des CLDM.

Le service d'oncologie du Val de Grâce était un des centres de référence pour les patients militaires atteints de cancer, 123 dossiers de CLDM pour cancer ont été étudiés : 74 personnes (60.66%) ont été vues en consultation contre 48 (39.34%) sur dossier. Le plus souvent, ces expertises sur dossiers étaient demandées par rapport à un éloignement géographique (patient en Nouvelle-Calédonie par exemple), et plus rarement en rapport avec un état clinique.

Nous avons constaté, qu'il n'existe pas de lien entre le stade initial de la maladie au moment du diagnostic et la mise en CLDM.

La mise en CLDM était en majorité faite dans les 6 à 8 mois suivant le diagnostic ce qui semble correspondre à la fin des 180 jours de congé maladie.

Dans les cas où la mise en CLDM était réalisée plus de 8 mois après le diagnostic, les situations cliniques étaient très diverses avec soit des traitements en plusieurs temps, soit des rechutes.

C- Etat des connaissances des médecins d'unité sur leur nouveau rôle :

Le médecin d'unité est donc désormais au cœur du dispositif. Avant la réforme de février 2015, la mise en CLDM était faite uniquement, sur demande des médecins d'unité, par les praticiens hospitaliers des HIA.

Cette réforme demande une mise à niveau des médecins d'unité sur cette nouvelle procédure, en particulier pour la partie administrative. Une enquête [27] menée par l'ISSA en novembre 2014 évaluait, à l'aide d'un questionnaire anonyme, l'état des connaissances des médecins des forces sur le CLDM. Un médecin par CMA a répondu à un questionnaire comprenant des questions fermées et ouvertes. Il comprenait 6 questions, concernant la délivrance ou non d'une formation par le service de santé l'évaluation des connaissances sur la gestion administrative, sur le suivi des soins chez des patients atteints de cancer ou non, ainsi qu'une question ouverte concernant l'avantage ou non de cette nouvelle procédure dans le suivi des patients.

Nous avons repris le même questionnaire de l'ISSA (Annexe 1) en ajoutant deux questions ouvertes et l'avons diffusé par voie électronique aux 52 CMA sur une période s'étalant du mois de février 2016 au mois de mai 2016, demandant au moins une réponse par CMA.

Nous avons reçu 119 réponses de médecins dont 3 non exploitables, avec au moins une réponse par CMA.

Le taux de réponse de l'étude de 2014 était de 87% : 47 CMA (donc 47 médecins) ayant répondu sur 54. Dans cette étude, seuls 21.30% des médecins déclaraient n'avoir eu aucune formation et 38.30% maîtrisaient le CLDM.

Un peu plus d'un an après, 25.86% seulement des médecins (30 personnes) déclarent avoir reçu une formation dispensée par un organisme (DRSSA, EVDG, etc). Parmi les 74.14% déclarant ne pas avoir été formés, 34.88% ont déclaré s'être auto-formé par la lecture des textes et la pratique.

L'état des connaissances générales était moyen sur une échelle de « aucune » à « maîtrise » en majorité (56.90%) contre 32.76% de maîtrise.

Il n'y avait pas de lien entre le sentiment de maîtriser la procédure de CLDM et les formations reçues par les praticiens.

Par rapport à l'étude réalisée par l'ISSA en 2014, il existe une progression dans la gestion administrative (29,31% en 2016 contre 12,80% en 2014) et médicale (15,32% en 2016 contre 10,60% en 2014) des dossiers de CLDM, ce qui représentaient les deux critères principaux d'évaluation.

On constate une progression de la maîtrise des connaissances par les médecins des forces. En effet, si l'on compare les résultats d'assez bonne préparation et de maîtrise, les résultats globaux montrent une amélioration des connaissances en gestion administrative (80,17% en 2016 contre 66,00% en 2014) mais une diminution des connaissances en gestion médicale (74,78% en 2016 contre 85,10% en 2014). Cette évolution pourrait s'expliquer par

un suivi médical compliqué dans le cadre du cancer en tant que pathologie, et par les contraintes opérationnelles des médecins d'unité.

Etat des connaissances en gestion administrative

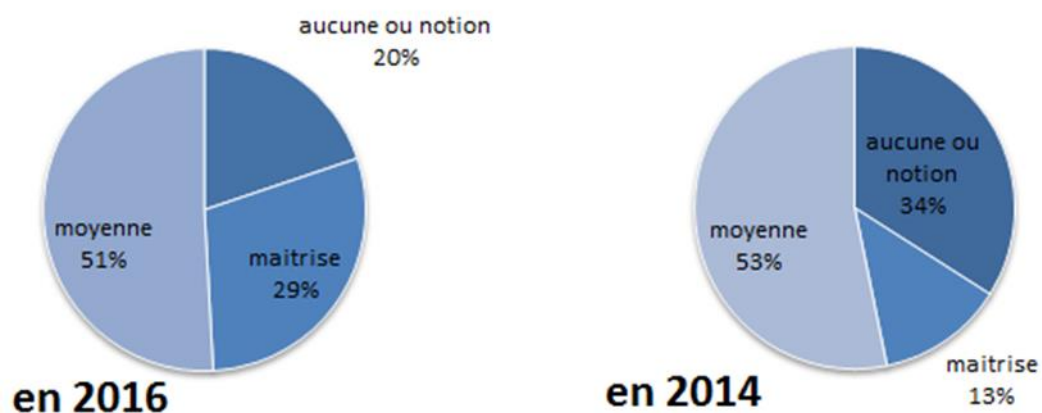


Figure 16 : Etat des connaissances en gestion administratives en 2014 et 2016.

Etat des connaissances en gestion médicale

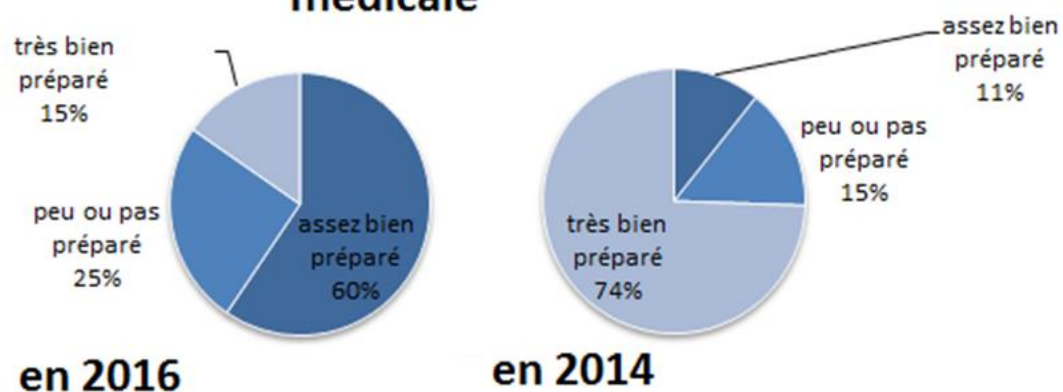


Figure 17 : Etat des connaissances en gestion médicale.

53.04% des praticiens déclarent suivre des patients atteints de cancer dans leur CMA en CLDM. La majorité des médecins (80.85%) considère qu'il s'agit d'un avantage pour le suivi des patients.

Deux remarques ont été faites par rapport au questionnaire afin d'améliorer la prise en charge du patient au cours de son parcours de soin :

- La formation : de nombreux praticiens demandent des formations pratiques au moins au niveau régional. L'auto formation par la lecture des textes permet de débrouiller les connaissances mais non d'acquérir une maîtrise totale du CLDM. Depuis cette réforme, les jeunes praticiens en formation bénéficient d'une formation sur les CLDM au cours de leur cursus au sein de l'Ecole du Val de Grâce, pendant leur internat.

- La surcharge de travail : bien souvent, le nombre de médecins est réduit par les départs en OPEX et la contrainte opérationnelle, entraînant pour ceux qui restent une multiplication des tâches. Plusieurs CMA rapportent une délégation du volet administratif de cette tâche au bureau de parcours de soins (anciennement la cellule contentieux).

La procédure paraît complexe car il est demandé pour la mise en CLDM un avis de praticien hospitalier militaire obligatoirement, alors même qu'il existe aussi une réduction du nombre d'HIA et de services d'oncologie (Paris et Toulon). La mise en CLDM nécessite normalement une consultation avec le spécialiste hospitalier militaire. Dans les faits, si le patient est outre-mer, cela semble compliqué de l'envoyer en métropole pour une consultation, il existe donc des dérogations avec des avis sur dossier, de même quand l'état clinique du patient ne permet pas un déplacement.

D'autre part, de nombreux militaires ont un médecin traitant civil. Avec la nouvelle réforme, les patients peuvent changer de CMA de rattachement pour se rapprocher de leur lieu de vie ou de leur centre de soin. Dans ces cas-là, le lien issu d'une relation médecin-

patient est plutôt ténu. Le médecin d'unité retrouvera un rôle majeur plutôt en fin de CLDM pour la reprise d'une activité, avec l'adaptation du poste en fonction de l'aptitude à l'issue du traitement ou au contraire, la réforme avec une préparation du retour à la vie civile, en accord avec l'oncologue civil et militaire. Cette adaptation se fait dans l'optique de la recherche du bien du malade, lui permettant de rejoindre un lieu de vie de son choix, afin d'optimiser le versant psychologique de la prise en charge médicale.

En revanche, si le patient ne change pas de CMA de rattachement et qu'un lien thérapeutique de qualité a été tissé, la réforme du CLDM lui permet de pouvoir privilégier alors sa relation avec le médecin militaire. Cette réforme a permis au patient de devenir pleinement acteur et décideur de la relation thérapeutique qu'il souhaite créer, ce qui apporte un véritable avantage pour le suivi global du patient (médical et administratif).

De notre étude, il ressort une bonne connaissance administrative de la nouvelle mouture de la mise en CLDM, ainsi qu'un assez bon suivi médical dans l'ensemble. Lors des questions ouvertes, les médecins rapportent qu'avec la diminution des hôpitaux militaires, les demandes d'avis sur dossier se multiplient entraînant bien souvent des délais de réponses importants, retardant la mise effective en CLDM.

En revanche, ils soulignent un avantage dans les soins apportés aux patients, car il est désormais possible de faire un travail de synthèse pour lequel le cancérologue n'a pas forcément le temps ni le recul nécessaire : suivi psychologique notamment ainsi qu'au niveau professionnel, afin d'envisager une reprise en poste adapté le moment venu. Le médecin d'unité a en effet une meilleure connaissance en tant que médecin du travail des différents postes que le militaire peut occuper et de la réhabilitation ou non possible par la suite.

III- Réinsertion professionnelle et accompagnement : devenir après le CLDM (décès, radiation, reprise) et difficultés (questionnaire).

Dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019, l'accent est mis sur l'importance des soins de support et la réhabilitation des patients après leur maladie. La stigmatisation engendrée par la maladie ne doit plus, à l'heure actuelle, être un frein à l'emploi. Comment un militaire ayant eu un cancer peut-il à nouveau reprendre le travail et dans quelles conditions cela peut-il se faire afin d'optimiser les chances de réussir ce retour à l'emploi ?

L'aptitude d'un militaire est forcément remise en question au cours de la maladie, dans la mesure où il peut y avoir soit des séquelles thérapeutiques invalidantes, soit un rythme de surveillance incompatible avec les impératifs opérationnels (ex dosage mensuel de marqueurs tumoraux, scanner trimestriel...)

Dans quelle mesure peut-il reprendre son poste ? Des aménagements doivent-ils être faits ?

A- Devenir après le CLDM :

Sur notre échantillon de patients du Val de Grâce, nous avons cherché à retrouver les patients dont le devenir n'était pas connu.

Nous avons contacté les différents responsables Ressources Humaines (RH) des différentes armées, en lien avec le SSA. La Gendarmerie n'a jamais donné suite à nos demandes. Les autres Armes nous ont fait parvenir uniquement les lieux d'affectations, sans nous communiquer leurs adresses personnelles pour des questions de confidentialité, et en l'absence d'avis de Comité de Protection des Personnes pour cette étude.

Nous pouvons tout de même conclure que sur les 123 patients initiaux (Figure 18) :

- 5 avaient d'emblée été réformés,
- 9 étaient décédés ou en cours de prise en charge palliative terminale au moment du recueil de données en 2015,
- 73 étaient sans devenir connu au moment du recueil de données en 2015,
- 36 étaient considérés comme survivants dont 9 avec des restrictions d'emploi temporaires ou définitives.

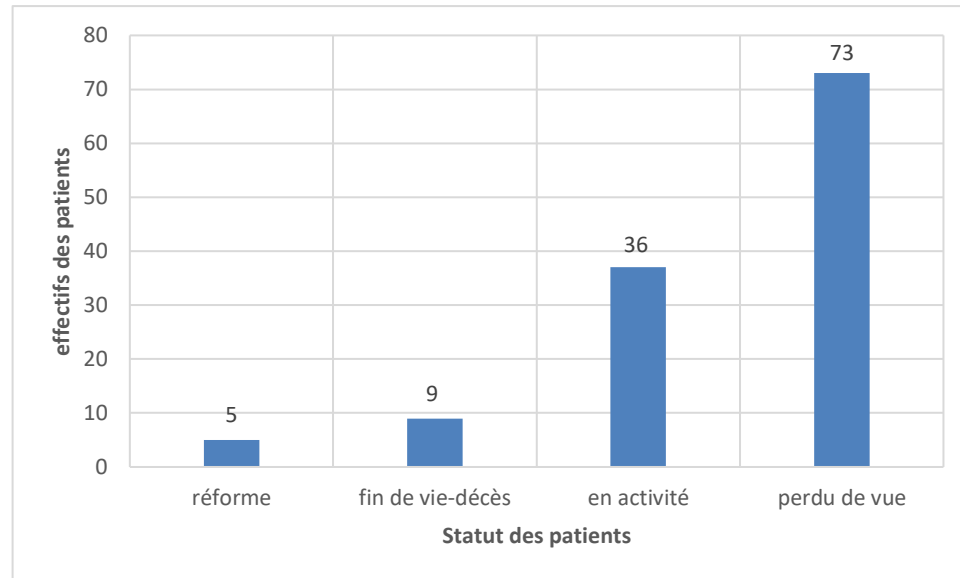


Figure 18 : position statutaire des patients au début de l'étude.

Dans le détail, nous avons donc essayé de retrouver par le biais des correspondants de ressources humaines de chacune des armées les patients sans devenir connu (Figure 19):

- Pour l'armée de Terre, 21 personnes étaient concernées au mois de juin 2016 : 5 sont décédés dans l'intervalle de leur passage au Val de Grâce, 3 ont été radiés des contrôles, 2 étaient en activité, 1 était en CLDM, 7 n'étaient pas connus de la base de données RH (CONCERTO) mise en place à partir de 2007 donc probablement décédés ou radiés des contrôles, les trois derniers étaient légionnaires et dépendaient d'une administration de ressources humaines à part.
- Pour la Marine : cela concernait 3 patients : deux étaient décédés et un avait été radié des contrôles.
- Pour l'armée de l'Air : 17 patients mais pour des raisons de sécurité, les données n'ont pas pu nous être communiquées : en effet, il fallait un système de cryptage de données que nous ne possédons pas dans le service de santé pour préserver l'identité et les données confidentielles des patients concernés. Dans le contexte de recrudescence du

terrorisme et de l'état d'urgence, la divulgation de données par téléphone, mail ou par courrier a été considérée comme impossible pour cet état-major. En revanche, par le biais du logiciel LUMM (Logiciel Unique Médico-Militaire), nous avons pu constater que 9 patients étaient à priori en poste et 8 non connus du logiciel informatique donc radiés des contrôles ou décédés avant la création de leur dossier informatique obligatoire depuis 2007.

- Pour la Gendarmerie : 23 patients dont nous n'avons pu avoir de données par les ressources humaines : 17 patients étaient à priori en poste avec des VMP à jour et 6 patients n'étaient pas connus de LUMM.

- Pour le Service de Santé des Armées : 8 patients dont 6 actuellement en poste avec des Visites médicales Périodiques (VMP) à jour sur LUMM, et 2 sans dossier informatique.

- Pour le Commissariat des Armées : un patient sans dossier LUMM.

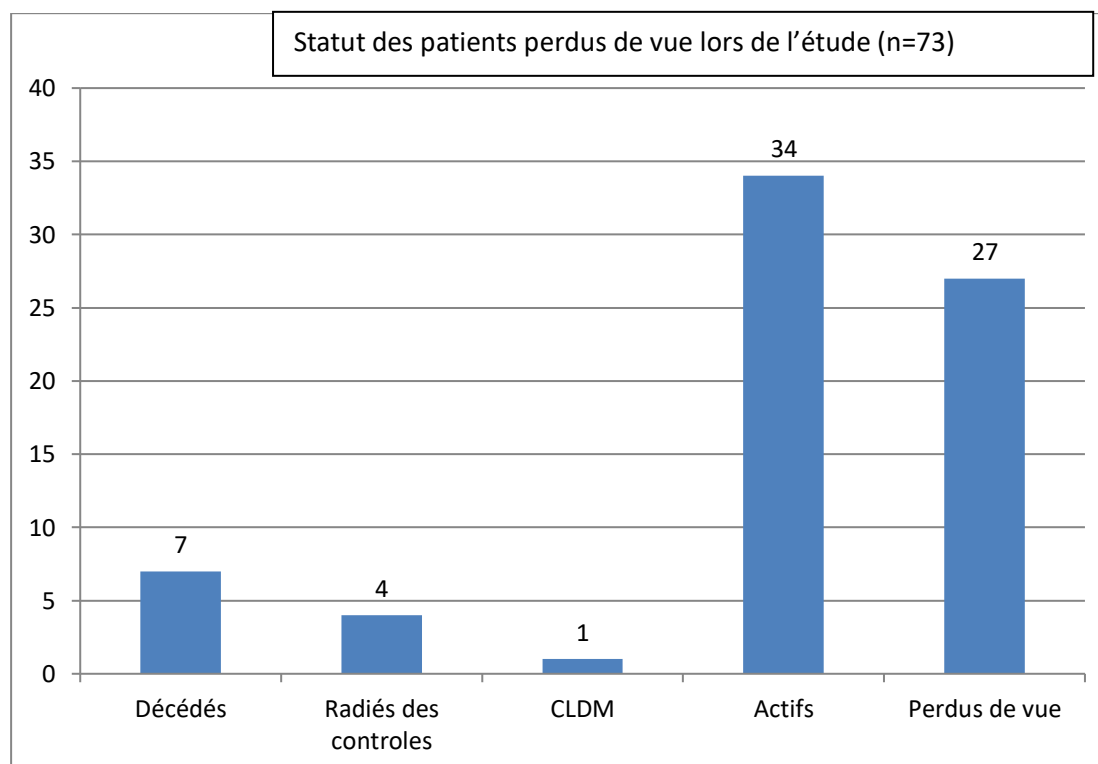


Figure 19 : Statut des perdus de vue à la fin de l'étude

Nous nous sommes alors tournés vers les CMA de rattachement en fonction du lieu d'affectation mais la problématique du secret médical et de la protection des données restait identique.

A l'heure actuelle, la loi sur le secret médical [28] ne permet pas la divulgation d'information sur les dossiers médicaux des patients sans leur accord, hormis dans certains cadres précis. (Annexe 7)

Néanmoins, la soumission de notre recherche à un Comité de Protection des Personnes aurait probablement pu permettre, dans le cadre d'une étude rétrospective, de recueillir ces données, mais n'aurait pas permis de lever les contraintes extrapolées du Secret Défense.

Dans le cadre de notre étude, nous n'avions aucun moyen de joindre directement le patient puisque, en dehors d'une minorité de cas où le praticien rédigeant le CLDM était aussi son oncologue traitant, nous n'avions en notre possession que le CMA de rattachement du militaire sans son unité d'affectation. En passant par les CMA, à aucun moment le patient n'aurait pu donner son accord pour la divulgation de cette information.

En résumé de ces investigations sur les 123 patients ayant eu un CLDM dans la période 2003-2017 :

- 16 décédés,
- 9 réformés ou radiés des contrôles,
- 71 avec reprise professionnelle,
- 27 de devenir inconnu.

Dans ce contexte, nous avons donc décidé de faire parvenir le questionnaire uniquement à des patients recrutés en consultation par le MC Ferrand (soit au cours de la mise en CLDM soit vu pour la reprise) et répondant à nos critères d'étude à savoir un militaire ayant eu un cancer et travaillant à nouveau au sein de l'armée.

B- Questionnaires portant sur la fatigue post cancer :

Nous avons fait parvenir aux patients recrutés en consultation, par mail, un questionnaire en 10 items, concernant leur prise en charge au sein du CMA (suivi par le médecin d'unité pour les problèmes du quotidien (rôle de médecin traitant), visite d'aptitude, renouvellement de CLDM (rôle de médecin du travail)) et l'échelle révisée de Piper, échelle d'évaluation de la fatigue validée dans le cancer [29] afin d'évaluer l'impact du cancer sur la vie quotidienne. (Annexe 6)

Nous avons reçu 4 réponses sur les quatre questionnaires envoyés, avec un recrutement uniquement féminin, une moyenne d'âge comprise entre 45 et 55ans, la moitié avait été prise en charge au sein du CMA au moment du diagnostic, et seule une patiente a été prise en charge tout au long de son parcours de soin par le médecin d'unité, les trois autres n'ayant vu leur médecin que dans le cadre des visites réglementaires.

La fatigue est très présente lors des interrogatoires de suivi de cohortes de patientes suivies « Après Cancer » associée à des troubles de l'humeur, des comorbidités cardio-

vasculaires ou ostéo-articulaires ou encore une prise de poids [30], qui toutes interfèrent dans la vie personnelle mais aussi professionnelle, et nous ont donc particulièrement intéressé.

Le cancer génère une fatigue en lui-même par des processus inflammatoires et immuns essentiellement, et les traitements quels qu'ils soient (chimiothérapie [31], radiothérapie [32], hormonothérapie ou thérapie ciblée [33]) n'améliorent en rien cette sensation au moins dans un premier temps.

La fatigue est définie par l'Académie de Médecine comme une sensation subjective de difficulté d'agir après un travail ou un effort physique, intellectuel, mental ou autre, que le sujet considère comme excessif [34]. De façon chronique, elle est engendrée par différents facteurs : l'inflammation [35] due à la maladie, une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire [36], une immuno-dépression [37] liée à la maladie elle-même et aux traitements, le type de cancer en lui-même, le stade de la maladie, mais aussi à des facteurs démographiques, ethniques et sociaux (patients mariés ou non, stabilité familiale [38]), génétiques, psychologique (préexistence de trouble tel que la dépression [39]), la pratique ou non d'une activité physique avant le diagnostic [40] et le maintien ou non de cette activité après le diagnostic [41]. C'est pourquoi nous souhaitons approcher un état des lieux des pratiques dans les CMA, par le biais de la question n°8 : sur les 4 patientes, aucune n'a bénéficié du soutien du Bureau des sports.

La quatrième question contenait l'ensemble de l'échelle de Piper : à la question : « vous sentez vous fatiguée en ce moment, l'ensemble de nos patientes a répondu oui, persistant depuis la fin de leur traitement pour le cancer. Les durées de rémission –et de

fatigue persistante- étaient comprises entre 1 et 6 ans. On constate grâce à cette échelle que la fatigue reste une source de souffrance avec une moyenne à 6.25/10 (Figure 20).

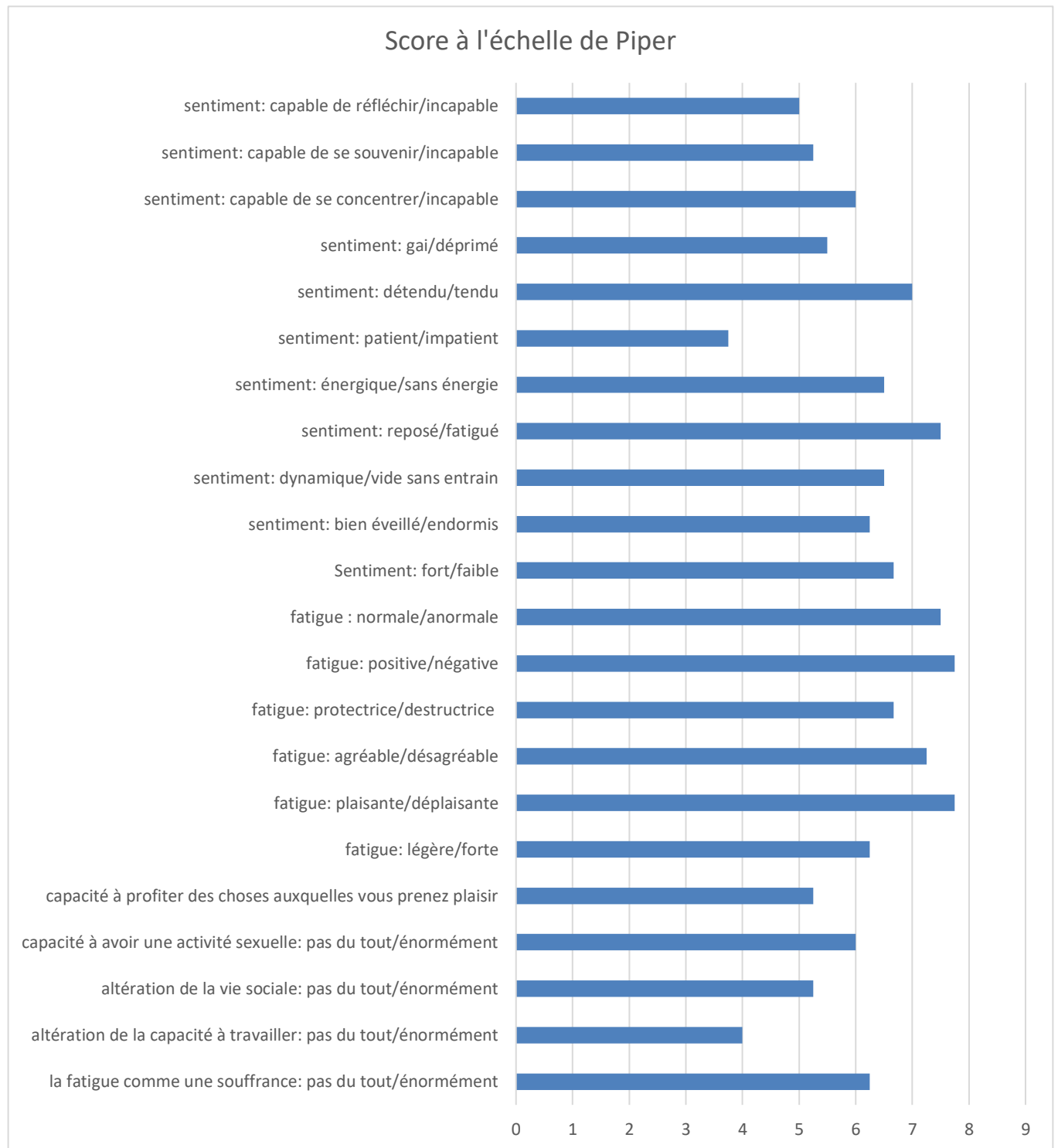


Figure 20 : Score à l'échelle de Piper.

Ces résultats malgré le peu de patients interrogés, nous permettent de constater un retentissement important sur les activités quotidiennes personnelles et professionnelles.

Ces scores ne sont pas anodins et confirment ceux d'études plus importantes que la nôtre dont la faiblesse d'inclusion rejait sur la puissance de l'étude (faible recrutement, difficulté à envoyer nos questionnaires, etc...)

De nombreuses équipes de recherche se sont données comme objectif de traiter la fatigue dans le cadre des soins de supports, en accord avec la demande établie dans le plan cancer actuel [11].

Trois grands axes thérapeutiques sont développés contre la fatigue liée au Cancer :

1) **Traitements pharmacologiques** facteurs de croissance hématopoïétiques (14 études), stéroïdes (4 études), méthylphénidate (2 études) paroxétine (2 études) [42].

2) **Traitements de soutien psychologique**

Ces deux approches ont pour l'heure un niveau d'efficacité estimé de faible à modéré [43].

En revanche, dans une étude réalisée aux Etats-Unis, sur 273 patients ayant survécu à un cancer et atteint de fatigue post-cancer, il est démontré une efficacité conjointe d'un suivi psychologique individualisé (thérapie cognitivo-comportementale), d'une bonne hygiène de vie sur 12 semaines et de la pratique d'une activité physique.

3) Activité physique :

Ce dernier axe thérapeutique qu'est le traitement de la fatigue par l'activité physique, revêt un intérêt particulier pour nos militaires atteints de cancer.

C'est également celui suivi par les équipes de la « cancer, arts martiaux et informations » (CAMI) : le maintien d'une activité physique adaptée au malade, à son type de cancer et à son stade. En effet de nombreuses études ont démontré une efficacité de la pratique du sport pendant les traitements et après traitement, adapté à l'état physique du patient [44] [45] [46] [47] avec une supériorité de l'activité physique aérobie en groupe sur une activité seul à la maison [48]. L'American College of Sport Medecine (ACSM), recommande une activité physique similaire pour les patients atteints de cancer que pour la population générale, à savoir 150 minutes d'activité aérobie d'intensité modérée par semaine [49]. La CAMI en France ainsi que d'autres associations proposent donc des programmes adaptés au patient atteint de cancer avec des programmes personnalisés et des cours en collectivité.

Comme nous avons pu le voir, notre population d'exercice est bien souvent jeune et sportive, conformément aux aptitudes demandées aux militaires en fonction. L'intérêt de développer une pratique sportive adaptée au sein des unités en relation avec le service médical, pourrait renforcer le lien entre les patients et le médecin et favoriser un meilleur suivi.

C- Suivi du patient atteint de cancer en unité :

Depuis la mise en œuvre de la réforme des CLDM, le patient est déterminé en fonction de son adresse fiscale, afin de favoriser les rapprochements familiaux durant le traitement. La contrepartie de cette réforme, est que l'équipe médicale du CMA de support, ne connaît pas ce nouveau patient, ni même les contraintes de métier spécifiques que connaît le CMA de rattachement de l'unité d'appartenance du militaire.

De l'analyse de nos questionnaires, il en ressort qu'aucun des patients n'a eu de suivi au CMA de rattachement, uniquement des visites pour les renouvellements de CLDM ou la visite de reprise par la suite. Notre étude prospective ne permet pas d'obtenir de résultats significatifs, en raison de la grande difficulté à récupérer des données et de suivre l'ensemble de cette population par les outils informatiques mis à notre disposition par l'armée en général.

La réinsertion professionnelle d'un patient ayant eu un cancer peut s'avérer difficile. Dans l'armée, il n'existe pas de mi-temps thérapeutique, permettant une reprise progressive et adaptée. Le seul outil sur lequel le médecin peut s'appuyer, en lien avec le commandement, est celui des aptitudes et restrictions d'emploi.

Certaines restrictions peuvent permettre une reprise avec des restrictions sportives et surtout opérationnelles. La réinsertion passe par une adaptation du poste du militaire à son

état de santé (poste sédentaire, non opérationnel, le temps de la remise en condition physique).

Dans les questions ouvertes du questionnaire envoyé aux médecins d'unité, certains nous ont fait part de leur pratique en matière de réintégration des militaires après un cancer. Ces remarques ont permis de mettre en évidence une franche hétérogénéité des pratiques : chaque médecin a sa façon de faire :

- les uns en accord avec le commandement mettent en place des rythmes de travail s'apparentant à des mi-temps thérapeutiques, en signant des autorisations d'absence quotidiennes pour les après-midis par exemple,
- d'autres essayent de favoriser des reconversions à des postes plus sédentaires par le biais de formations universitaires, etc,...

Il est donc probablement nécessaire de refonder une politique spécifique à la prise en charge d'un militaire après son cancer.

Si le handicap après cancer ne permet pas une reprise professionnelle optimale, voire entraîne une réforme, il pourrait par ailleurs être intéressant de s'appuyer sur les cellules de reconversion, utilisée pour les blessés de guerre qui peuvent être de bon levier de réinsertion professionnelle.

D- Cancer et conséquences professionnelles en France :

Dans le milieu civil, c'est le rôle du médecin du travail de préparer la reprise du travail et si besoin est en fonction du poste, réadapter ou savoir alerter sur le besoin de réorientation professionnelle.

1) Epidémiologie du cancer et des conséquences professionnelles en France :

En comparant avec des études réalisées chez des populations civiles, nous pouvons constater que les difficultés rencontrées par les patients sont sensiblement les mêmes que pour les militaires avec quelques chiffres clés :

- 355 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- 1 personne sur 3 perd ou quitte son emploi dans les deux ans après un diagnostic de cancer.
- 11 % des personnes en activité se sont senties pénalisées professionnellement à cause de leur cancer. [50]
- 30 % seulement des personnes qui étaient au chômage au moment du diagnostic ont retrouvé un emploi après deux ans.

2) Conditions du retour à l'emploi en cas de cancer en France

Dans un travail de recherche réalisée en 2008 [51] sur des salariés en île de France, 82 médecins du travail volontaires ont collecté de manière systématique des informations sur 402 salariés dont le cancer a été diagnostiqué en 2005 et 2006, complétées par un auto-questionnaire, puis par une étude qualitative menée auprès de 42 salariés volontaires :

- 27 % des salariés ont poursuivi leur activité professionnelle au cours des traitements.

- Deux ans après le diagnostic de leur maladie, 79 % des salariés recensés avaient repris leur travail. Ce chiffre recouvre des réalités différentes selon la localisation du cancer : 92 % pour les cancers du sein, 78 % pour les cancers de la prostate, 73 % pour les cancers colorectaux et 38 % pour les cancers du poumon.

- Une visite de préreprise n'a eu lieu que dans 24 % des cas.

- Un poste sur deux a été aménagé.

- Le retour au travail s'est accompagné d'un temps partiel thérapeutique dans un cas sur deux, mais celui-ci n'a pas toujours représenté une solution adaptée à la situation de travail.

De ce constat, la Ligue contre le Cancer a édité des recommandations en 5 points pour favoriser le retour à l'emploi. Ce document s'inscrit dans la mise en œuvre du plan cancer 2009-2013, mesure 29 : lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer [52]. (Annexe 8)

3) Perspectives pour la réhabilitation professionnelle des patients atteints de cancer.

Il existe malheureusement un manque de médecins du travail civil par rapport aux besoins réels : il y a un déficit de médecins d'une façon générale, très important en ce qui concerne la spécialité médecine du travail. Résultat : sur 157 postes ouverts à l'échelle nationale en France en 2016, 85 n'ont pas été pourvus [53], il s'était produit la même chose en 2015 sur 194 postes ouverts, 90 n'avaient pas été pourvus [54].

La médecine d'unité est un exercice diversifié, où le praticien devra officier dans des situations classiques de médecine générale et d'urgence, auxquelles viendront s'ajouter un pan orienté vers la médecine de prévention [55]. Ses missions sont vastes, associant des soins médicaux, la sélection ainsi que le contrôle de l'aptitude à l'emploi des militaires et la prévention médicale, passant par les mesures d'hygiène et l'amélioration des conditions de travail. Il sera également le soutien de proximité des combattants lors des manœuvres opérationnelles. Le décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 pose les règles du suivi de médecine du travail pour l'ensemble du ministère des Armées (ancien ministère de la Défense). Pour les militaires français, la périodicité du suivi médical est d'au moins tous les 2 ans ; avec la réalisation d'exams médicaux sauf dérogation possible par l'agrément sous conditions. La réforme de 2011 a conduit à mettre en place des entretiens infirmiers en santé au travail et des actions pluridisciplinaires annuelles, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. Une surveillance médicale renforcée a été instaurée pour certaines catégories d'agents (femmes enceintes ; personnels en situation de handicap ; militaires réintégrés après CLM ou CLDM (durée au choix du médecin) ; moins de 18 ans ; pathologies particulières pouvant avoir une incidence sur poste de travail (déterminées par le médecin de prévention)).

Les médecins d'unité ne sont pas titulaires des qualifications en médecine du travail, si bien que pour parer à toute possibilité de contentieux, différentes mesures ont été mises en place :

- un compagnonnage (Conseiller expert régional en médecine de prévention)
- une formation initiale
- un programme développement professionnel continu (DPC) en médecine de prévention

Il existe un réel besoin d'améliorer l'accompagnement des militaires atteints de cancer et en post-cancer peut-être par la mise en place d'un outil informatique permettant une concertation entre les directeurs de ressources humaines, les médecins d'unité et le commandement pour une reprise du travail plus en accord avec l'état de santé du patient. Cette base de données permettrait de savoir ce que deviennent réellement nos militaires après un cancer, et de pouvoir en améliorer l'accompagnement par la création par exemple d'un programme d'éducation physique militaire adapté.

Conclusion :

Cette thèse a permis de décrire les particularités socio-professionnelles de la prise en charge des militaires atteints de cancer et d'étudier le rôle médico-administratif du médecin d'unité dans les soins apportés à ces militaires.

Les différents Plan Cancer qui se sont succédés, ont remis le médecin généraliste au niveau national, au cœur de la prise en charge du patient atteint de cancer. Ce lien entre la ville et l'hôpital doit être prépondérant, permettant un maintien de la relation de confiance tissée entre le patient et le corps médical. Les militaires n'échappent pas à l'augmentation de l'incidence du cancer en France, si bien que le Service de Santé des Armées a dû s'adapter à ces données de Santé Publique.

La prise en charge du cancer par le Service de Santé n'est certes pas la spécificité de son cœur de métier, mais ne peut être minimisée tant elle prend une place importante dans la médecine générale, afin de garantir aux patients militaires une qualité de soins identique à celle d'un patient civil.

Sur le territoire national, le médecin d'unité est bien souvent le médecin traitant du patient et par conséquent celui qui connaît le mieux les postes occupés par les militaires et les aptitudes qui doivent en découler. Une pathologie cancéreuse remet forcément en question ces aptitudes pour une durée plus ou moins longue, avec plus ou moins de

conséquences sur le long terme et la reprise professionnelle ou non. C'est le sens de la réforme de 2015 des CLDM.

Notre étude prospective sur les connaissances des médecins d'unité pour le CLDM a permis de mettre en évidence une bonne connaissance de la gestion administrative du CLDM et une connaissance médicale de bonne qualité. Cependant, ces connaissances théoriques et ces capacités techniques ne peuvent occulter le manque de formation générale pour l'application de la réforme, une majorité de praticiens ayant dû prendre connaissance seule des nouveaux textes.

Il existe un cloisonnement médical important dans les Armées qui ajoutent une difficulté à la prise en charge des patients. Le logiciel LUMM mis en place par le SSA devrait pouvoir pallier à ces difficultés, l'objectif étant toujours de viser à une amélioration de la qualité des soins apportés au patient.

Ce besoin réel d'amélioration de l'accompagnement des militaires atteints de cancer, tant à la phase initiale que pour le retour à l'emploi, nécessite une concertation entre les directeurs de ressources humaines, les médecins d'unité et le commandement pour une adaptation du retour à l'emploi à l'état de santé de chaque patient.

Bibliographie :


- [1] Les chiffres du cancer en France en 2015. <http://www.unicancer.fr/le-groupe-unicancer/les-chiffres-cles/les-chiffres-du-cancer-en-france>. Ressource électronique consultée le 11/07/2017.
- [2] Martinez LR, White CD, Shapiro JR, Hebl MR: Selection BIAS: stereotypes and discrimination related to having a history of cancer. Journal of Applied Psychology (early release online June 29, 2015).
- [3] Institut National du cancer. Le plan cancer 2003/2013. Le plan cancer 2003/2007 <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>. Ressource électronique consultée le 26/06/2016.
- [4] Les autorisations de traitement du cancer. Date de dernière mise à jour : 20/03/2017. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer> . Ressource électronique consultée le 11/07/2017.
- [5] Institut National du cancer. Le plan cancer 2003/2013. Le plan cancer 2003/2007. Calendrier de mise en œuvre du Plan Cancer. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>. Ressource électronique consultée le 26/06/2016.
- [6] Institut National du cancer. Le Plan Cancer 2009/2013 <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013> . Ressource électronique consultée le 29/06/2016.
- [7] Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du plan cancer. RAPPORT FINAL. 30 Janvier 2009.
- [8] Institut National du cancer. Le plan cancer 2014/2019 . <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs> . Ressource électronique consultée le 17/12/2015.
- [9] Ligue National contre le Cancer. IMPACT SOCIAL DU CANCER, données de la campagne de collecte 2015. Dispositif d'observation pour l'action sociale. Février 2016.
- [10] Institut National du cancer. La vie deux ans après un diagnostic de cancer. <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Mise-a-disposition-des-donnees-de-l-enquete-VICAN-2-sur-le-reseau-Quetelet> . Ressource électronique consultée le 29/06/2016.
- [11] Institut National du Cancer. Plan cancer 2014/2019. Deuxième rapport au président de la République. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Deuxieme-rapport-au-president-de-la-Republique> . Ressource électronique consultée le 01/07/2016.
- [12] INSEE. Bilan démographique de la population française au 1^{er} janvier 2016. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418102> Ressource électronique consultée le 06/07/2016.
- [13] Ministère de la défense. Les chiffres clés de la défense en 2015. 03/09/2015. <http://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/chiffres-cles-de-la-defense-2015> Ressource électronique consultée le 28/06/2016.

- [14] Les chiffres du cancer en France en 2015. <http://www.unicancer.fr/le-groupe-unicancer/les-chiffres-cles/les-chiffres-du-cancer-en-france> . Ressource électronique le 11/07/2017.
- [15] La Ligue Nationale contre le Cancer. Les chiffres clés des cancers. https://www.ligue-cancer.net/article/6397_les-chiffres-cles-des-cancers . Ressource électronique consultée le 11/07/2017.
- [16] Martinez-Lorenzi Enguerrane et al. Incidence des ALD 30 chez les militaires d'active entre 2005 et 2011. S.F.S.P. | Santé Publique. 2013/5 - Vol. 25 pages 599 à 607. ISSN 0995-3914.
- [17] Archie Bleyer, MD. Young Adult Oncology: The Patients and Their Survival Challenges CA Cancer J Clin 2007;57:242–255.
- [18] Ministère de la défense. Projet SSA 2020. <http://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers/projet-du-service-de-sante-des-armees-ssa-2020>. Ressource électronique consultée le 15/10/2016.
- [19] Institut National du Cancer. Quelle modalité de dépistage pour qui ? Mis en ligne le 04/09/2015. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Quelle-modalite-de-depistage-pour-qui> . Ressource électronique consultée le 02/08/2017.
- [20] Institut National du Cancer. Dépistage du cancer de la prostate. Mis en ligne le 22/03/2016 <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-de-la-prostate> Ressource électronique consultée le 02/08/2017.
- [21] Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du sein. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein> . Ressource électronique consultée le 02/08/2017.
- [22] Arrêté relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. Du 20 décembre 2012.
- [23] Le Portail de la fonction publique. Congé de longue maladie. <http://www.fonction-publique.gouv.fr/conge-de-longue-maladie> Ressource électronique consultée le 19/10/2016.
- [24] Direction des ressources humaines. Etat-major des Armées. Guide interarmées du militaire blessé ou malade. <http://www.defense.gouv.fr/content/download/212058/2354780/file/Guide%20interarm%C3%A9es%20du%20militaire%20bless%C3%A9%20ou%20malade%20-%20Dec%202012.pdf>. Ressource électronique consultée le 07/12/2016.
- [25] Carmoi Thierry. Congés liés à l'état de santé des militaires. http://bia-evdg.fr/wp-content/uploads/2015/11/CONGES_LIES_A_L%E2%80%99ETAT_DE_SANTE.pdf Ressource électronique consultée le 07/12/2016.
- [26] Tableau de droits à congé de la position de non activité et la rémunération qui en découle. <http://www.defense.gouv.fr/blesses/je-suis-un-blesse/je-suis-blesse-ou-malade-les-conges-lies-a-mon-etat-de-sante>. Ressource électronique consultée le 09/12/2016.
- [27] Connaissances CLES. Enquête auprès des médecins de CMA. Médecin général inspecteur E. RENOUX. Chargé de mission. Power point de présentation du 25/03/2015.

- [28] Code de la santé publique - Article L.1110-4.
- [29] Validation française de l'échelle de fatigue révisée de Piper. RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, 68 - 2002-03-01 (P.50/65).
- [30] Bouillet T., Pavic M., L. Zelek L. Bénéfices de l'activité physique en oncologie. La lettre du cancérologue, Vol. XXI, n°2, février 2012 (page 112-117).
- [31] Jacobsen PB, et al. Fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: characteristics, course, and correlates. J Pain Symptom Manage. 1999; 18:233–242. [PubMed: 10534963].
- [32] Hickok JT, et al. Frequency, severity, clinical course, and correlates of fatigue in 372 patients during 5 weeks of radiotherapy for cancer. Cancer. 2005; 104:1772–1778. [PubMed: 16116608].
- [33] Phillips K, et al. Quality of life outcomes in patients with chronic myeloid leukemia treated with tyrosine kinase inhibitors: a controlled comparison. 2013; 21:1097–1103.
- [34] Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2016-1.
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=fatigue> Ressource électronique consultée le 22/07/2017.
- [35] Alexander S, Minton O, Andrews P, Stone P. A comparison of the characteristics of disease-free breast cancer survivors with or without cancer-related fatigue syndrome. European Journal of Cancer. 2009; 45:384–392. [PubMed: 18977131].
- [36] Bower JE, et al. Diurnal cortisol rhythm and fatigue in breast cancer survivors. Psychoneuroendocrinology. 2005; 30:92–100. [PubMed: 15358446].
- [37] Solomayer EF, et al. Influence of adjuvant hormone therapy and chemotherapy on the immune system analysed in the bone marrow of patients with breast cancer. Clin Cancer Res. 2003; 9:174–180. [PubMed: 12538466].
- [38] Bower JE, et al. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. J Clin Oncol. 2000; 18:743–753. [PubMed: 10673515].
- [39] Jacobsen PB, Donovan KA, Weitzner MA. Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. Semin Clin Neuropsychiatry. 2003; 8:229–240. [PubMed: 14613050].
- [40] Winters-Stone KM, Bennett JA, Nail L, Schwartz A. Strength, physical activity, and age predict fatigue in older breast cancer survivors. Oncol Nurs Forum. 2008; 35:815–821. [PubMed: 18765328].
- [41] Neil SE, Klika RJ, Garland SJ, McKenzie DC, Campbell KL. Cardiorespiratory and neuromuscular deconditioning in fatigued and non-fatigued breast cancer survivors. 2013; 21:873–881.
- [42] Minton O, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M, Stone P. A systematic review and meta-analysis of the pharmacological treatment of cancer-related fatigue. J Natl Cancer Inst. 2008; 100:1155–1166. [PubMed: 18695134].

- [43] Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;CD006953. [PubMed: 19160308].
- [44] Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 11:CD006145. [PubMed: 23152233].
- [45] Mishra SI, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 8:CD007566. [PubMed: 22895961].
- [46] Mishra SI, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 8:CD008465. [PubMed: 22895974].
- [47] Puetz TW, Herring MP. Differential effects of exercise on cancer-related fatigue during and following treatment: a meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2012; 43:e1–e24. [PubMed: 22813691].
- [48] Pinto BM, Frierson GM, Rabin C, Trunzo JJ, Marcus BH. Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *J Clin Oncol.* 2005; 23:3577–3587. [PubMed: 15908668].
- [49] Schmitz KH, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.* 2010; 42:1409–1426. [PubMed: 20559064].
- [50] Rapport 2013 de l'Observatoire sociétal des cancers publié par la Ligue contre le cancer, 2014.
- [51] Asselain Bernard. Répercussions du cancer sur la vie professionnelle des salariés en Île-de-France, Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer. Collection États des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et l'INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2012.
- [52] Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer. Collection États des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et l'INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2012.
- [53] En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Mars 2017, numéro 1006.
- [54] Affectations des étudiants en médecine reçus aux ECN 2015. Service de la Démographie. Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale. Janvier 2016. ARS Ile de France.
- [55] Ferrand Jean-François. Évolutions en médecine de prévention. http://www.dev.gedissa.org/courses/ECN2014/document/1-Module_initial/20150911_NP_GEDISSA_evolution-en-medecine-de-prevention.pdf . Ressource électronique consultée le 23/07/2017.

Annexe 1 : Consultation médicale à J90 de congé maladie en vue de l'attribution éventuelle d'un CLM/CLDM :

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  | ANNEXE 1 | Date d'application : 09/02/2015 |
| | Consultation médicale à J90 de congé maladie en vue de l'attribution éventuelle d'un CLM/CLDM | Page : 1/1 |

Le / / 20.....

Concerne :

Grade : NOM : PRENOM :

NID : Position statutaire :

Date d'entrée en service (*rectifiée*):

Fin de contrat :

Le 90^{ème} jour de congé maladie est atteint le :

R.D.V. prévu le :

L'intéressé :

a été vu au CMA de Le :

ne s'est pas présenté à la consultation

Au vue de la consultation de ce jour et des éléments présents dans le dossier :

- 1 - le militaire est apte à la reprise
- 2 - le militaire est placé en congé maladie sans CLM/CLDM envisagé
- 3 - le militaire est adressé en consultation spécialisée pour proposition de CLM/CLDM
- 4 - le militaire est inapte définitif et doit être présenté devant la Commission de réforme des militaires

(Cachet date et signature du médecin de CMA)


A.....le I I I I I I I I I I

Adresse et contact téléphonique où le militaire est joignable:

.....

 Document à adresser au SAP (ou OG pour la gendarmerie) par messagerie officielle (cf annexe 6)

Annexe 2 : Certificat médical :

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  | ANNEXE 2 | Code : P – IA–001 |
| | Certificat médical (Disponible sur AMADEUS) | Date d'application : 01/02/2015 |
| | | Page : 80 / 1 |

Hôpital d'Instruction des Armées
XXX

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE
SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Imprimé n°

CERTIFICAT MEDICAL

Confidentiel médical

Nous, soussigné, [grade, nom et prénom], spécialiste des hôpitaux des armées

Certifie que le : Grade, nom / nom d'épouse et prénom

Sexe : masculin / féminin

Né(e) le : xx / xx / xxxx à : ville (département / pays)

Identifiant défense : xxxxxxxx

Armée : xxxxxx

Unité : xxxxxxxx

Adresse actuelle : xxxxxxxxx

A été : [Vu en consultation] par nos soins le : xx / xx / xxxx

Nous avons constaté :

- Diagnostic : Texte libre
- Antécédents – Anamnèse affection : Texte libre
- Constatations lors examen (ou éléments du dossier) : Texte libre
- Perspectives évolutives : Texte libre
- Traitement en cours : [Oui → Précisez :]

Pièces jointes :

- Examens complémentaires : (Précisez)
- Autres : (Précisez)

Lien présumé au service : [Lien présumé]

- Rapport circonstancié d'accident
- Extrait du registre des constatations
- DAPIAS
- Autres : (Précisez)


En conséquence, estimons nécessaire : [la mise en congé de longue durée pour maladie pour une première période d'une durée de six mois, à l'issue de ses droits à congés maladie]

Le militaire est autorisé à exercer des activités professionnelles au titre de la réadaptation à ses fonctions de militaire : → Précisez les activités autorisées :

Le : xx / xx / xxxx

Le [grade, nom et prénom]
Spécialiste en [spécialité]

Annexe 4 : Listes des documents à fournir :

| | | |
|---|--|---|
|  | ANNEXE 4 | |
| | Liste des documents à fournir lors d'un placement en CLM/CLDM | Date d'application : 09/02/2015 Page : 1/1 |

Cette annexe définit les documents à fournir par le CMA lors du placement des militaires en CLM/CLDM par voie dématérialisée sécurisée (santarm):

- 1) pour l'avis spécialisé
- 2) pour l'avis technique de l'ISSA après avis du spécialiste (conformité du congé de non activité pour raison de santé et étude du lien au service.)

Il est rappelé que le SAP doit transmettre à l'ISSA : copie de l'ESS et du récapitulatif des congés maladie, ainsi que tout document permettant d'établir le lien au service.

1) documents à fournir au spécialiste pour l'avis de placement en CLM/CLDM

- Certificat J90 (annexe 1)
- Eléments cliniques essentiels du livret médical (LM) (antécédents...)
- Tout document concernant l'affection considérée : circonstances de survenue, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire..., examens complémentaires (imagerie...)
- Traitement en cours (dont rééducation) = *bien-fondé du CLM/CLDM et non état définitif fixé nécessitant une procédure de réforme*
- Descriptif de l'emploi du militaire
- Relevé des congés maladie (CM)
- Tout document permettant d'établir le lien au service (Inscription au registre des constatations, ERC, DAPIAS, témoignage...)
- Avis du médecin des forces concernant un éventuel placement

2) documents à fournir à l'ISSA après avis du spécialiste

En vue de permettre à l'ISSA de se prononcer sur le bienfondé du CLM/CLDM et sur un éventuel lien au service de l'affection en cause, les documents suivants sont à transmettre par voie dématérialisée sécurisée dans les plus brefs délais :

- **Copie des documents transmis au spécialiste :**
 - Eléments cliniques essentiels du LM (antécédents...)
 - Tout document concernant l'affection considérée : circonstances de survenue, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire..., examens complémentaires (imagerie...)
 - Traitement en cours (dont rééducation) = *bien-fondé du CLM/CLDM et non état définitif fixé nécessitant une procédure de réforme*
 - Descriptif de l'emploi du militaire
 - Relevé des CM

- Tout document permettant d'établir le lien au service (Inscription au registre des constatations, ERC, DAPIAS, témoignage...)
- Certificat médical de placement en CLM/CLDM du spécialiste

3) Adresse d'envoi du fichier médical ou administratif à l'ISSA

Voie sécurisée (santarm)

leila.coulibando@santarm.fr

4) Dénomination du fichier médical ou administratif

| ADS | NOM * | PRENOM * | CLM N° ou CLDM N° | P (PERIODE) N° R (REPRISE) N° |
|-----|-------|----------|----------------------|----------------------------------|
|-----|-------|----------|----------------------|----------------------------------|

1- Glossaire ADS (Armée / Direction / Service) :

- AA = Armée de l'Air
- AT = Armée de Terre
- MN = Marine Nationale
- GEN = Gendarmerie Nationale
- SSA = Service de Santé des Armées
- SEA = Service des Essences des Armées
- DIRISI = Direction Interarmées des réseaux d'Infrastructure et des Systèmes d'Information de la défense
- SCA = Service du commissariat des Armées
- DGA = Direction Générale pour l'Armement
- AUT = Autres

2- Charte d'identitovigilance (nom, prénom en majuscule sans accent, sans caractères spéciaux...)

- NOM = nom de naissance
- PRENOM = 1^{er} prénom sur la carte nationale d'identité

3- Numéro de CLM/CLDM

Certains patients peuvent bénéficier de plusieurs CLM et/ou CLDM successifs si les affections en cause sont différentes.

La numérotation se fait par type de congé (CLM ou CLDM) et s'incrémente successivement

Ex : pour une affection X → CLM1, puis pour une affection Y → CLM2 puis pour une affection Z → CLDM1 ...

Attention : une rechute, après une sortie de CLM ou CLDM, pour une même pathologie ouvre droit, pour le CLM/CLDM initial, au nombre de périodes non utilisées.
Dans ce cas, il faut reprendre le numéro du CLM initial.

*Ex : militaire en CLM ayant effectué 3 périodes de 6 mois (CLM1-P3) pour une affection X,
Reprise d'activité, CLM1-R1
Rechute de la même affection X, obligeant à replacer le patient en CLM,
On écrira donc : CLM1-P4*

4- Numéro de période

Il s'agit du numéro de la période dans le CLM ou CLDM.

5- Numéro de reprise

N'est utilisé que pour les documents concernant une reprise d'activité (sortie de CLM ou de CLDM).

Le plus souvent R1.

Certains patients rechutent dans le même CLM (ou CLDM) et peuvent avoir plusieurs reprises dans ce CLM (ou CLDM). Dans ce cas : R2, R3...

Exemples :

Un CCH de l'armée de terre a été placé en CLDM pour syndrome dépressif en 2010 pour 1 an (2 périodes de CLDM). Il a repris le service actif à l'issue de cette deuxième période. En 2015, il présente une rechute de ce syndrome dépressif et doit être placé en CLDM.

On nommera le fichier :

AT-DURAND-PIERRE-CLDM1-P3

Un sergent de l'armée de l'air a été placé en CLM pour une sciatique en 2011 pour une seule période et a repris le service à l'issue. En 2013, elle est placée en CLM pour une fracture du bassin.

On nommera le fichier :

AA-DURAND-PIERRETTE-CLM2-P1

Annexe 5 : Evaluation sur les connaissances des médecins de CMA sur les CLM/CLDM :

**EVALUATION SUR LES CONNAISSANCES
DES MEDECINS DE CMA SUR LES CLM/CLDM**

1. Avez-vous bénéficié d'une (ou plusieurs) formation(s) sur les congés de non-activité (CLM/CLDM) depuis la réforme de 2015 ?

OUI NON

2. Dans quel(s) organisme(s) avez-vous été formé ? Précisez l'année de formation :

| Organismes | Année | Précisions |
|---|-------|------------|
| <input type="checkbox"/> Ecole de Santé | | |
| <input type="checkbox"/> Ecole d'application | | |
| <input type="checkbox"/> EVDG | | |
| <input type="checkbox"/> DRSSA (précisez) | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) (ex : personnelle par lecture textes DCSSA) | | |

3. Comment situez-vous vos connaissances dans le domaine des congés de non-activité ?

- Aucune
- Notion
- Moyennes
- Maitrise

4. Considérez-vous avoir suffisamment de connaissances pour prendre en charge, de manière efficiente, les militaires en position de non-activité :

4-1. Pour la gestion administrative ?

- Aucune
- Notion
- Moyennes
- Maîtrise

Si Pas ou Peu préparé, précisez en quoi :

4-2. Pour le suivi des soins ?

- Pas préparé
- Peu préparé
- Assez bien préparé
- Très bien préparé

Si Pas ou Peu préparé, précisez en quoi :

5. Dans votre CMA, suivez-vous des patients atteints de cancer en CLDM ? :

OUI NON

Si oui, êtes-vous plus à l'aise depuis votre formation et pourquoi ?

.....
.....

6. Pensez-vous que ce soit un avantage pour le suivi des patients ?

OUI NON

Annexe 6 : Questionnaire sur votre prise en charge au CMA :

1) Etes-vous : un Homme une Femme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

-18-25ans

-25-35ans

-35-45ans

-45-55ans

-55ans et plus

3) Avez-vous été pris en charge médicalement par le CMA au cours de votre affection ?

Au diagnostic ? oui non

Au cours du traitement ? oui non

Au cours du CLDM ? oui non

Après les traitements ? oui non

Seulement pour les visites règlementaires ? oui non

4) ÉCHELLE DE FATIGUE RÉVISÉE DE PIPER (1998)*

Recommandations : Les questions suivantes concernent la fatigue que vous éprouvez **en ce moment**. Répondez à toutes les questions du mieux que vous pouvez et notez le temps que vous avez mis à la fin du questionnaire. Nous vous en remercions.

1. Vous sentez-vous fatigué(e) **en ce moment** ? **OUI** _ **NON** _

Si OUI

Depuis combien de temps vous sentez-vous fatigué(e) ?

Chiffrez et cochez **une seule réponse**.

a)Jours_

b)Semaines_

c)Mois_

d)Autres (précisez) :

Pour les questions qui suivent, entourez, dans la ligne des chiffres, celui qui correspond le mieux à votre état de fatigue en ce moment.

2. A quel point la fatigue que vous ressentez en ce moment est-elle une souffrance ou un souci pour vous ?

Pas du tout

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Énormément**
10

3. La fatigue que vous ressentez en ce moment affecte-t-elle votre capacité à travailler ou à suivre une activité scolaire ?

Pas du tout **Énormément**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. La fatigue que vous ressentez en ce moment affecte-t-elle vos possibilités de sortir et/ou de passer du temps avec vos amis ?

Pas du tout **Énormément**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. La fatigue que vous ressentez en ce moment perturbe-t-elle votre capacité à avoir une activité sexuelle ?

Pas du tout **Énormément**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Dans l'ensemble votre fatigue actuelle affecte-t-elle votre capacité à profiter des choses auxquelles normalement vous prenez plaisir ?

Pas du tout **Énormément**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Quelle est l'intensité ou la sévérité de la fatigue que vous ressentez **en ce moment** ?

Légère **Forte**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. La fatigue que vous éprouvez **en ce moment** est-elle :

Plaisante **Déplaisante**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. La fatigue que vous éprouvez **en ce moment** est-elle :

Agréable **Désagréable**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. La fatigue que vous éprouvez **en ce moment** est-elle :

Protectrice **Destructrice**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. La fatigue que vous éprouvez **en ce moment** est-elle :

Positive **Négative**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. La fatigue que vous éprouvez **en ce moment** est-elle :

Normale **Anormale**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Comment vous sentez vous **en ce moment**
Fort(e) **Faible**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Bien réveillé(e) **Endormi(e)**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Dynamique **Vide, sans entrain**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Reposé(e) **Fatigué(e)**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Énergique **Sans énergie**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Patient(e) **Impatient(e)**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Détendu(e) **Tendu(e)**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Gai (e) **Déprimé(e)**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Capable de vous concentrer **Incapable de vous concentrer**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Capable de vous souvenir **Incapable de vous souvenir**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Comment vous sentez vous **en ce moment** ?
Capable de réfléchir **Incapable de réfléchir**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Globalement, quelle est selon vous la cause la plus directe de votre fatigue ?

.....
.....
.....
.....

25. Globalement, ce qui s'est avéré le plus efficace pour soulager votre fatigue est :

.....
.....
.....
.....

26. Y a-t-il d'autres termes que vous aimeriez ajouter pour mieux nous décrire **votre** fatigue ?

.....
.....
.....

27. Avez-vous d'autres symptômes en ce moment ?

NON _

OUI _

Si OUI, lesquels :

.....
.....
.....

5) Au moment de votre reprise, après votre CLDM, avez-vous bénéficié d'un aménagement de temps de travail ? Oui non

Si oui dans quelles conditions ?

.....
.....

6) Avez-vous eu une visite de reprise dans votre CMA ?

Oui Non

7) Avez-vous, au moment de votre reprise, eu des restrictions d'aptitudes ?

Oui Non

8) Avez-vous pu bénéficier d'un programme de sport adapté à votre condition physique émis par le bureau des sports ?

Oui Non

9) Les avez-vous récupérées depuis ? Oui non

Intégralement Partiellement

10) Depuis combien de temps avez-vous repris le travail ?

Annexe 7 : cadres d'exception au Secret médical selon l'article R.4127-4

du code de la santé publique :

- signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques ;
- transmettre au président du Conseil général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être ;
- communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS, aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé, aux inspecteurs médecins de la radioprotection ;
- transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé ;
- informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une

Annexe 8 : Les 5 conseils ou règles d'or pour un retour au travail réussi, qui sont donnés par la Ligue contre le Cancer aux patients :

- Rester en contact avec son entreprise et ses collègues pendant l'arrêt maladie.
- Ne pas revenir trop tôt, au risque de devoir s'arrêter de nouveau.
- Anticiper la reprise du travail au plus tôt après les traitements lourds.
- Informer le médecin du travail de sa situation et demander une visite de pré-reprise pour anticiper les conditions de retour au travail.
- Être soutenu lors de la reprise par l'adaptation des modalités de travail à ses besoins (temps partiel thérapeutique, bilan de compétences, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour bénéficier d'aménagements de poste, etc.).

Résumé

L'incidence du cancer est en constante augmentation en France et les Plan Cancer successifs ont permis une amélioration notable de la prise en charge globale des patients atteints de cancer, notamment avec le rôle prépondérant du médecin traitant.

Les Armées ne sont pas épargnées par le cancer, qui y sévit comme dans l'ensemble de la population. Ceci a pu être constaté sur un échantillon de patients militaires mis en Congés de Longue Durée pour Maladie (CLDM) pour cancer au Val de Grâce entre 2003 et 2015. Le Service de Santé des Armées (SSA), en accord avec la politique de santé publique mise en route dans le cadre du plan cancer, a dû réformer ses procédures par la mise en place des patients en CLDM. Ce changement donne un rôle prépondérant aux médecins d'unité, équivalents des médecins traitants dans le monde civil. Aussi, une étude prospective a-t-elle été réalisée en adressant à ces derniers un questionnaire anonyme. Le but était d'évaluer le niveau de connaissances en gestion administratives et médicales des patients atteints de cancer et mis en CLDM. Il en résulte un niveau de connaissances d'assez bonne qualité en dépit des contraintes opérationnelles des médecins et la réduction des services d'oncologie dans le SSA rendant plus compliqués les demandes d'avis médicaux spécialisés.

L'étude de notre échantillon a permis de mettre en évidence des progrès à effectuer sur le retour à l'emploi ou la réforme du militaire dans de bonnes conditions. La persistance de fatigue post cancer reste une problématique majeure pouvant générer des demandes de changements de postes, de mutation, voire de réforme. Dans ce cadre, il faut pouvoir les accompagner médicalement mais aussi par une pratique du sport adaptée, des aides sociales, etc...

Dans les suites du projet SSA 2020 et du dernier plan cancer, le SSA doit pouvoir proposer dans un nouveau projet de service une amélioration du suivi et de la prise en charge de ces hommes et ses femmes engagés pour leur pays.

Mots clés : Plan Cancer, CLDM, médecin militaire, militaire actif, fatigue post-cancer, réinsertion professionnelle.

Abstract

The incidence of cancer is steadily increasing in France and successive Cancer Plans had led to a significant improvement in the overall management of cancer patients, in particular with the predominant role of the attending physician.

As general population, Defence Forces are not set aside from cancer. This had been observed by means gathered from military patients trial, all placed on Long Health leaves (LHL) for cancer in the Val de Grâce between 2003 and 2015.

The Army Health Service had to adapt itself to the public health policy. As defined by the cancer plan, the reform requested to place patients on LHL. This reform gives a preponderant role to military doctors as it is for the civilian doctors treating civil patients. The prospective study that we carried out was built on anonymous survey sent to evaluate the administrative and medical levels of management understanding of cancer patients. In the context of implementation of LHL, the study shows a quite good level quality of administrative and medical knowledge despite of the operational constraints doctors are confronted to and also the reduction of the oncology services in Defence Health Services (DHS) that make more complicated requests for specialized medical advice.

The study of our trials made possible to highlight progress to be done when patient are to be back to work or, in case of reform, to improve the process. Persistent weakness on post cancer remains a major problem. It could generate requests from patients for changing job or posts or sometimes for reform. In this context, it is necessary to be able to go together with patients medically but also by an adapted practice of sport, social aids, etc ..

In the aftermath of the DHS 2020 project and the latest cancer plan, DHS must be able to propose, within a new service project, an improvement of follow-up and takeover for these men and women who are committed to their country.

Keywords: Sick leave ; Long Health Leaves, military medicine ; rehabilitation; fatigue