



HAL
open science

**Les distorsions à la norme régissant l'aptitude médicale
à servir du personnel des forces armées françaises.
Expérience de la consultation de médecine interne
dédiée aux unités de l'Hôpital d'instruction des armées
Sainte Anne (Toulon)**

Claire Brochot

► **To cite this version:**

Claire Brochot. Les distorsions à la norme régissant l'aptitude médicale à servir du personnel des forces armées françaises. Expérience de la consultation de médecine interne dédiée aux unités de l'Hôpital d'instruction des armées Sainte Anne (Toulon). Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02096665

HAL Id: dumas-02096665

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096665>

Submitted on 11 Apr 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Les distorsions à la norme régissant l'aptitude médicale à servir du
personnel des forces armées françaises.**

**Expérience de la consultation de médecine interne dédiée aux unités de
l'Hôpital d'instruction des armées Sainte Anne (Toulon)**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 17 Décembre 2018

Par Madame Claire BROCHOT

Née le 19 mai 1992 à Moulins (03)

Élève de l'Ecole du Val-de-Grâce - Paris

Ancienne élève de l'Ecole de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur HARLÉ Jean-Robert	Président
Monsieur le Professeur ROSSI Pascal	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène	Assesseur
Monsieur le Professeur DEFUENTES Gilles	Directeur
Monsieur le Docteur ROBIN Nicolas	Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Les distorsions à la norme régissant l'aptitude médicale à servir du
personnel des forces armées françaises.**

**Expérience de la consultation de médecine interne dédiée aux unités de
l'Hôpital d'instruction des armées Sainte Anne (Toulon)**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 17 Décembre 2018

Par Madame Claire BROCHOT

Née le 19 mai 1992 à Moulins (03)

Élève de l'Ecole du Val-de-Grâce - Paris

Ancienne élève de l'Ecole de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur HARLÉ Jean-Robert

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène

Assesseur

Monsieur le Professeur DEFUENTES Gilles

Directeur

Monsieur le Docteur ROBIN Nicolas

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGÉON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAUX

Directeur de l'École du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

A Madame le médecin-chef des services hors classe

Catherine CRÉACH nom d'usage THIOLET

Directrice-adjointe de l'École du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite

Hôpital d'Instruction des Armées

Monsieur le Médecin Général Inspecteur Yves AUROY

Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Médaille de la Défense Nationale – OR

Monsieur le Médecin en Chef (TA) Mehdi OULD-AHMED

Médecin chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

Monsieur le Médecin Chef des Services de Classe Normale (TA) Philippe REY

Coordinateur pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Chef du service de pathologie digestive
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

A notre président de Jury de Thèse

Monsieur le Professeur HARLE Jean-Robert

Vous nous faites le grand honneur d'assurer la présidence de notre jury.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez voulu porter à notre
travail.
Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profond respect.

Aux membres de notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Votre intérêt pour notre travail nous honore.
Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

Madame le Docteur SARI-MINODIER Irène

Vous avez accepté d'apporter vos compétences à la critique de ce
travail.
Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Soyez assurée de l'expression de notre respectueuse considération.

A notre Maitre et Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Agrégé du Val-de-Grâce DEFUENTES Gilles

Vous nous faites le grand honneur de votre soutien, de votre disponibilité
dans la direction de ce travail.

Vous nous remercions de votre bienveillance au cours de ce travail mais
également au cours de ces années de transmission de votre savoir.

Avec notre plus grande reconnaissance et profond respect.

A notre Maitre

Monsieur le Médecin en chef ROBIN Nicolas

Vous nous faites le grand honneur de votre soutien depuis si longtemps
et de votre compagnonnage sans faille.

Nous vous remercions d'avoir accepté de bien vouloir siéger dans ce
jury.

Avec notre plus grand reconnaissance et profond respect.

A mes parents, pour leur amour, leur soutien et leur compréhension à toute épreuve,
A mon frère Yohan et ma sœur Cyrielle que j'aime tant,
A Evelyne et Robert, pour leur bienveillance inégalable,
A mon chéri, Mathieu, pour son amour, son soutien, sa bonne humeur et sa performance à la réalisation de l'intendance,
A mes amis, restez fidèles,
Spéciale dédicace aux copines de la boîte, Alexandra, Annick, Kelly, Pauline et Tiffany, à nos soirées filles, à nos franches rigolades et votre soutien dans les petits coups de mou,
A Tiph', pour son amitié sans faille,
A ma marraine tradi', Sarah devenue amie pour son compagnonnage et son soutien,
A ma famille tradi, des plus anciens aux plus jeunes, qui m'ont transmis les valeurs de la boîte,
A ma promotion avec qui j'ai grandi,
A l'équipe du service médical de la FAN, qui m'a accueillie, supportée, mais tant apportée durant six mois,
Spéciale dédicace à Nicolas pour sa pédagogie et à qui je dois mes premiers pas dans la Marine, il m'a supporté contre vents et marées pendant 6 mois,
Aux équipes de dermatologie, de cardiologie, du service d'accueil des urgences, de pneumologie et de gastro-entérologie qui m'ont tant apporté,
A la musique et aux musiciens devenus amis que je n'oublie pas malgré la distance
A tous ceux que j'ai croisé et qui m'ont vu grandir, merci

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

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

SOMMAIRE

	Page
Travail de thèse :	
Résumé.....	3
Introduction.....	5
Matériels et méthodes.....	8
Résultats.....	10
Discussion.....	21
Conclusion.....	32
Annexes.....	33
Références bibliographiques.....	34
Abréviations.....	36
Serment d'Hippocrate	

Titre : Les distorsions à la norme régissant l'aptitude médicale à servir du personnel des forces armées françaises

Expérience de la consultation de médecine interne dédiée aux unités de l'Hôpital d'instruction des armées Sainte Anne (Toulon)

Title : Distortions to the standard governing the medical aptitude to serve of personnel of the French armed forces

Experience of internal medicine consultation dedicated to the units of the military hospital Sainte Anne (Toulon)

Auteur : Claire BROCHOT

Résumé

Introduction : L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence des distorsions à la norme en matière d'aptitude médicale à servir dans les forces armées françaises, puis d'en comprendre les déterminants.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients de la consultation de médecine interne dédiée aux unités bénéficiant d'une décision médico-militaire (DMM) entre 2012 et 2016. Nous avons réalisé une analyse de concordance entre la DMM proposée et l'instruction ministérielle 2100 relative à la détermination du profil médical d'aptitude à servir en cas de pathologie médicale ou chirurgicale (IM 2100), puis échantillonné les personnels concernés en fonction de leur pathologie, leur armée d'appartenance, leur grade, leur lien au service.

Résultats : Nous avons recensé 11,43% de distorsions à la norme. Les pathologies les plus concernées sont les maladies métaboliques, les maladies des glandes endocriniennes et les pathologies ostéo-articulaires. Nous avons mis en évidence une tendance plus importante à la distorsion chez les gendarmes, les personnels de l'armée de l'air, chez les sous-officiers et chez les personnels de carrière.

Discussion : La prévalence de distorsions à la norme dans notre étude peut s'expliquer par une insuffisance de prise en compte de la pathologie dans ses aspects pronostiques et thérapeutiques, du milieu d'exercice et opérationnel, avec une DMM proposée par un expert ayant une connaissance du milieu militaire et une expérience professionnelle qui lui sont propres. Une réflexion est proposée sur les modalités d'actualisation périodique des textes réglementaires.

Mots clés : expertise médico-militaire, aptitude médicale à servir, distorsions à la norme

Abstract

Introduction : The objective of our study was to determine the prevalence of distortions to the standard of medical aptitude to serve in the French armed forces, then to understand the determinants.

Materials and methods : This was a single-center, retrospective study that included all patients in the internal medicine consultation dedicated to units and benefiting of Medico-Military Decision (MMD) between 2012 and 2016. We performed a concordance analysis between the proposed MMD and Ministerial Instruction 2100 on the determination of the Medical aptitude profile for Service in case of Medical or Surgical Pathology (MI 2100), and then sampled the personnel concerned according to their pathology, their army, their rank, their service link.

Results : We found 11.43% of distortions to the standard. The most affected pathologies are metabolic diseases, diseases of the endocrine glands and osteo-articular pathologies. We have shown a greater tendency towards distortion among gendarmes, air force personnel, non-commissioned officers and career personnel.

Discussion : The prevalence of distortions to the norm in our study can be explained by a failure to take into account the pathology in its prognostic and therapeutic aspects, of the exercise and operational environment, with a MMD proposed by an expert with his own knowledge of the military and professional experience. A reflection is proposed on the modalities of periodic updating of the regulatory texts.

Key words : medical-military expertise, medical aptitude to serve, distortions to standard

Introduction

Servir dans les forces armées françaises n'est pas forcément accessible à qui le souhaite. L'aptitude au service répond à des normes, faisant référence à des critères anthropologiques (limite d'âge, sexe), de compétence (diplômes et formation reçus), mais aussi à des critères médicaux. Ces derniers suggèrent implicitement l'existence d'une activité de type expertise médico-militaire en matière d'aptitude, activité partagée entre les praticiens des forces armées (équivalent des médecins généralistes en pratique civile) et les spécialistes des hôpitaux d'instruction des armées. Cette expertise est régie et aidée par les termes de l'instruction ministérielle (IM) 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1^{er} octobre 2003 relative à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale et ses modificatifs, selon une table des matières par spécialité(1). Elle permet d'honorer un des volets de la mission duale du Service de santé des armées (SSA) : préserver l'effectif opérationnel des forces armées.

Cette instruction est révisée régulièrement, spécialité par spécialité, sur propositions des consultants nationaux, après consultations des spécialistes des hôpitaux de chaque spécialité.

Le profil médical d'aptitude répond à une catégorisation en 7 sigles, connue sous l'acronyme SIGYCOP, correspondant aux différents appareils du corps humain.

S : ceintures scapulaires et membres supérieurs

I : ceintures pelviennes et membres inférieurs

G : état général

Y : yeux et vision (sauf sens chromatique)

C : sens chromatique

O : oreilles et audition

P : psychisme

Chaque sigle se voit attribué un coefficient allant de 1 à 6 pour les lettres S I G Y et O, de 1 à 5 pour la lettre C et de 0 à 5 pour la lettre P. La catégorisation P=0 couvre la période probatoire du militaire nouvellement engagé durant laquelle il peut décompenser un état psychiatrique latent. La valeur 1 équivaut à un état non pathologique alors que la valeur 6 correspond à un état pathologique tel qu'il justifie

une inaptitude totale. Les valeurs 2 à 5 sont attribuées lors de la survenue de pathologies plus ou moins actives et/ou évolutives, de la nécessité de thérapeutiques impactant l'opérationnalité du personnel et de l'existence d'éventuelles séquelles et/ou d'un handicap.

Le sigle G, dédié à l'état général, recouvre l'ensemble des événements de santé (maladies, syndromes, anomalies biologiques ou morphologiques) non pris en compte par les six autres sigles, ce qui correspond à la grande majorité des pathologies rencontrées dans les spécialités médicales, en soins primaires et en médecine hospitalière.

Un premier SIGYCOP est attribué lors de la visite initiale d'expertise (le plus souvent, visite d'incorporation). Puis, le militaire est suivi réglementairement tout au long de son contrat ou de sa carrière grâce aux visites médicales périodiques (VMP) au cours desquelles le médecin des forces évalue l'aptitude médicale à servir et ainsi, peut être amené à corriger le SIGYCOP ou adresser le patient à un spécialiste hospitalier pour avis d'expert. Dans le cas général, ces VMP sont de périodicité biennale.

Le rôle et les responsabilités des médecins des forces et des spécialistes hospitaliers dans le domaine de l'expertise ont été reformulés dans le cadre du modèle SSA 2020(2), précisant les modalités de la transformation du SSA. En effet, jusqu'à récemment, la décision médico-militaire (DMM) d'aptitude était prononcée par le spécialiste des hôpitaux des armées. Désormais, le spécialiste des hôpitaux des armées est saisi par le médecin des forces pour avis, exerce un rôle sapiteur en proposant une catégorisation pour un ou plusieurs sigles du SIGYCOP selon sa spécialité et une DMM, la décision finale revenant au praticien des forces (praticien en soins primaires).

Cette DMM définitive prend en compte l'individu (statut, lien au service, spécialité), la pathologie, l'environnement dans lequel il sert, l'avis sapiteur du spécialiste hospitalier et l'enjeu opérationnel collectif. Chaque spécialité répond à un profil seuil minimal d'aptitude opposable. Par exemple, l'instruction ministérielle 812 régissant l'aptitude médicale à servir dans l'armée de terre indique pour la spécialité «pilote d'engin blindé» un SIGYCOP minimal 3233331. Un personnel de cette spécialité ne peut donc être maintenu apte dans la spécialité si le sigle G est supérieur à 3.

A plusieurs reprises ces dernières années, des DMM d'aptitude ont été prononcées en milieu hospitalier en s'affranchissant de la norme énoncée par l'instruction ministérielle de référence. Ces distorsions peuvent être source de conflits avec la hiérarchie et de recours juridiques, à tel point qu'une note a été rédigée, puis diffusée, rappelant l'obligation de conformité à la norme dictée par l'IM 2100 (cf. annexe N°1 : lettre n°27725/DEF/DCSSA/PRE-DIVSSD du 4 mai 2017).

Il nous paraît intéressant de cibler les observations ayant donné lieu à des décisions médico-militaires discordantes avec la norme, d'en estimer la prévalence, la typologie des personnels requérants concernés et le type de pathologie, de réfléchir au pourquoi de ces entorses à la norme et le cas échéant, de proposer des actions d'amélioration en terme d'actualisation de la norme, à un moment où le praticien en soins primaires devient l'acteur essentiel et le décideur final en matière d'expertise médico-militaire.

Matériels et méthodes

L'objectif principal de notre étude est de mesurer la prévalence des distorsions de DMM par rapport à la norme dictée par l'IM 2100 datant du 20 décembre 2012, relative à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale(3).

Dans un second temps, nous avons analysé cet échantillon de distorsions en fonction des typologies de personnels concernés, des pathologies incriminées, puis réfléchi sur les déterminants de ces distorsions, et leurs conséquences.

Nous avons choisi de réaliser cette étude rétrospective monocentrique à partir de l'expérience de la consultation de médecine interne dédiée aux unités (CMIDU), conduite au sein de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte-Anne à Toulon. S'agissant d'une consultation de médecine interne et polyvalente, elle brasse un large éventail de pathologies médicales nécessitant une expertise, à l'exception des pathologies cardiologiques, pneumologiques, hépato-gastro-entérologiques, dermatologiques, neurologiques et onco-hématologiques en théorie. Ces spécialités sont en effet représentées dans l'établissement par des unités fonctionnelles spécifiques dotées de praticiens hospitaliers spécialisés. Cependant, quelques patients mal orientés, atteints de ce type de pathologies n'ont pas été exclus de notre population d'étude. A l'inverse, sont exclues du champ de cette étude les expertises chirurgicales, psychiatriques, de médecine hyperbare et de médecine aéronautique.

Ainsi, cette CMIDU concerne essentiellement les pathologies métaboliques, endocriniennes, rhumatologiques, systémiques (maladies auto-immunes, auto-inflammatoires), infectieuses et les pathologies syndromiques inclassées en terme nosologique. Durant la période d'étude, elle est assurée par des praticiens hospitaliers qualifiés en médecine interne, et en pathologie infectieuse et tropicale. La pertinence d'une telle consultation dans le lien avec les unités et le service médical rendu aux forces a été démontrée par M. Aletti et al. dans un travail rétrospectif en 2010(4).

Chaque consultation réalisée à l'HIA Sainte Anne utilise le logiciel de soins Amadeus (Mac Kesson) comme support de traçabilité. Toutes les consultations réalisées dans

le cadre de la CMIDU entre 2012 et 2016, et présentes sur les plannings de consultation étaient éligibles. Les observations et/ou courriers de consultation ne relatant aucune DMM (par exemple : patient adressé pour consultation diagnostique ou de suivi, nécessité d'examens complémentaires, observation médicale inexploitable, courrier absent) ont été exclus.

Ensuite, un échantillonnage des observations et/ou courriers portant mention de DMM a été réalisé en fonction des années, des catégories de pathologies correspondant aux différents chapitres de l'IM 2100.

Au sein de ces échantillons, une analyse de concordance entre les DMM proposées et le texte de référence a été effectuée, permettant de calculer la prévalence des distorsions à la norme (exprimée en pourcentage) sur la période d'étude, puis par année, et par catégories de pathologies.

Une analyse catégorielle des personnels concernés par ces distorsions a été réalisée en fonction de l'Armée d'appartenance, du grade et du lien au service (contrat, carrière, réserve...).

L'impact et les conséquences de la DMM ont été évalués dans la mesure du possible grâce aux courriers de suivi, si celui-ci a eu lieu, en prenant en compte l'aspect opérationnel ou sédentaire des personnels concernés et l'évolution de la pathologie et/ou des thérapeutiques engagées.

Le 16 novembre 2017, alors que notre travail de thèse était déjà avancé et l'analyse de prévalence effectuée à la lumière de l'arrêté du 20 décembre 2012, un arrêté modifiant ce dernier, relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale, était publié au Bulletin Officiel des Armées (BOA), annulant et remplaçant le précédent(5). Nous avons donc effectué une nouvelle analyse de concordance des dossiers comportant une distorsion à la norme, avec cette nouvelle version, afin d'apprécier si le texte révisé de fin 2017 corrigeait, partiellement ou non, le taux de prévalence de ces distorsions.

Les données ont été saisies et analysées à partir d'un tableur type Excel.

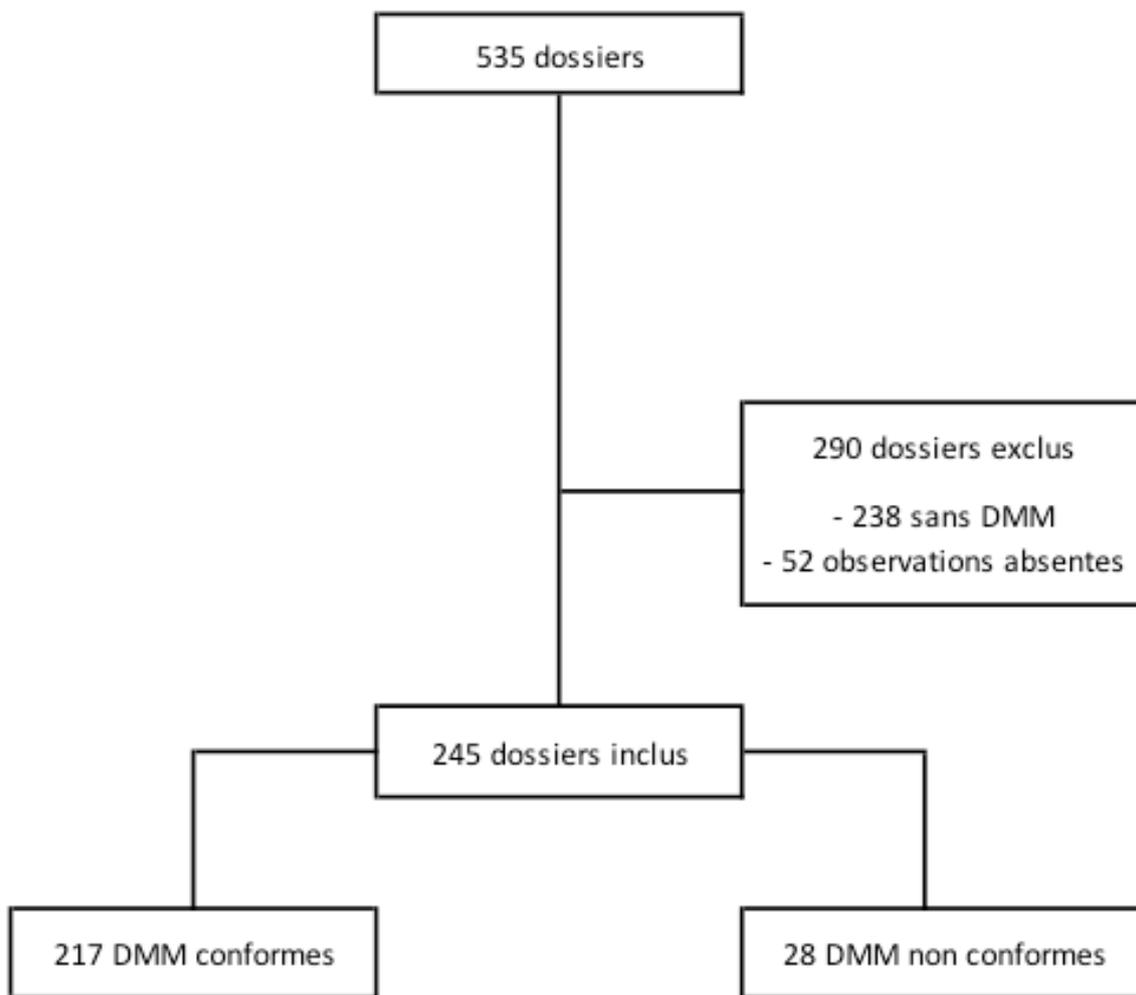
Résultats

Prévalence des distorsions à la norme

Nous avons recensé 535 consultations réalisées entre 2012 et 2016 dans le cadre de la CMIDU, dont 245 dédiées à l'expertise médico-militaire (cf. figure 1 : diagramme de flux). Parmi ces 245 consultations, nous comptons, par ordre défini dans l'IM 2100 :

- 68 consultations pour les pathologies ostéo-articulaires
- 1 consultation pour les maladies infectieuses
- 1 consultation pour les tumeurs
- 19 consultations pour l'hématologie
- 9 consultations pour la médecine interne
- 5 consultations pour les affections des artères
- 1 consultation pour la pneumologie-allergologie
- 42 consultations pour les maladies des glandes endocriniennes
- 84 consultations pour les maladies métaboliques
- 2 consultations pour la gastro-entérologie
- 5 consultations pour l'urologie-néphrologie
- 2 consultations pour la gynécologie
- 2 consultations pour la dermatologie
- 4 consultations pour la neurologie

Figure 1 : diagramme de flux



DMM : décision médico-militaire

La prévalence des distorsions à la norme entre 2012 et 2016 pour les personnels ayant consulté en médecine interne sur les créneaux de CMIDU à des fins d'expertise médico-militaire est de 11,43%, soit 28 consultations sur les 245 dossiers inclus. Les 28 patients sont présentés dans le tableau 1 : caractéristiques des dossiers présentant une distorsion à la norme.

Tableau 1 : Caractéristiques des dossiers présentant une distorsion à la norme

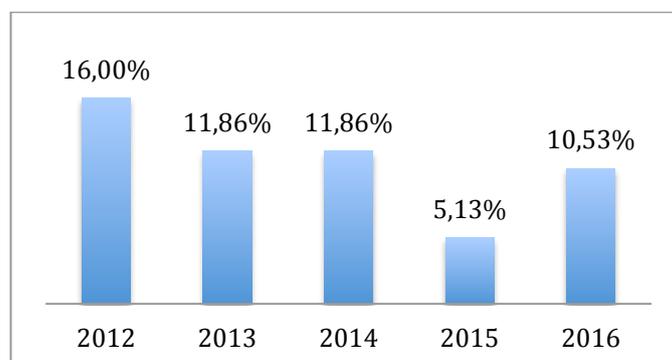
Distorsions	Armée	Grade	Lien au service	Pathologie	DMM (norme)
A	GM	SOUS OFFICIER	Carrière	IMC 32 sans comorbidité + PA> 94cm (masse musculaire notable)	G=2 (G=3)
B	MN	SOUS OFFICIER	0	IMC 40,6	G=3 (G=5)
C	MN	SOUS OFFICIER	Carrière	DT2 bien équilibré sous ADO non hypoglycémiant	G=2 (G=3)
D	MN	SOUS OFFICIER	Carrière (1 an avant RJI)	Syndrome métabolique	G=2 (G=4)
E	MN	MDR	Sous contrat	IMC 40 avec dyslipidémie (prise en charge diététique)	G=4 (G=5)
F	MN	SOUS OFFICIER	0	Carcinome papillaire T2N0M0 en cours d'équilibration TSH à 18 mois de la chirurgie + totalisation isotopique	G=2 (G=6)
G	MN	SOUS OFFICIER	Carrière	Macro nodules thyroïdiens considérés bénins mais justifiant d'une chirurgie (TSH abaissée, T3-T4 normales)	G=2 (G=6)
H	AA	SOUS OFFICIER	Carrière	Mutation du facteur V leiden hétérozygote découverte sur une TVP contexte de long trajet en voiture et prise d'oestrogénostatif	G=2 (G=3)
I	MN	SOUS OFFICIER	0	Lupus cutané chronique contrôlé sous Plaquenil	G=2 (G=3 à 6)
J	MN	SOUS OFFICIER	Carrière	Carcinome papillaire (TNM ?) en cours de traitement freinateur 8 mois post-opératoire + totalisation isotopique à 2 reprises	G=2 (G=6)
K	GM	SOUS OFFICIER	Réserve	DT1 depuis 2005 non compliqué	G=3 (G=4)
L	AT	MDR	Sous contrat (18 mois avant terme)	DT1 de découverte récente	G=3 (G=4)
M	MN	0	Sous contrat (1 an avant terme)	DT1 de découverte récente	G=3 (G=4)
N	MN	OFFICIER	Carrière (depuis 27 ans)	IMC 47 avec hypertension artérielle (contrat de poids)	G=3T (G=5)
O	0	0	0	IMC 36 sans complication (contrat de poids)	G=3 (G=5)
P	MN	SOUS OFFICIER	Carrière (depuis 19 ans)	IMC 40,4 avec hypertension artérielle (contrat de poids)	G=4T (G=5)
Q	MN	SOUS OFFICIER	Sous contrat (1 an avant terme)	DT2 bien équilibré sous ADO non hypoglycémiant	G=2 (G=3 à 6)
R	MN	SOUS OFFICIER	0	Carcinome vésiculaire bifocal T3N0 en cours de traitement freinateur à 4 mois post-opératoire + totalisation isotopique	G=2 (G=6)
S	AA	0	Aptitude à l'engagement initial	carcinome papillaire T2N1 en rémission à 3 ans de la chirurgie + 2 totalisations isotopiques (ADP cervicale à la dernière évaluation)	G=2 (G=6)
T	MN	SOUS OFFICIER	0	SPA HLA B27+ asymptomatique sous biothérapie	G=2 (G=3 à 5)
U	GM	SOUS OFFICIER	0	SPA HLA B27+ sous biothérapie, persistance de lombalgies diurnes	G=2 (G=3 à 5)
V	AT	0	0	SPA HLA B27+ symptomatique sous biothérapie	G=2 (G=3)
W	MN	SOUS OFFICIER	Carrière	Carcinome vésiculaire bifocal T3N0, à 21 mois post-opératoire + 2 irathérapies, traitement freinateur insuffisant	G=2 (G=6)
X	MN	SOUS OFFICIER	Carrière	Carcinome papillaire T1N1M0 en cours d'équilibration TSH à 8 mois	G=2 (G=6)

Y	GM	0	Carrière	post opératoire + totalisation isotopique CCE avec cytolysse hépatique à 2 mois	G=2 (G=3)
Z	AT	SOUS OFFICIER	Carrière (1 an avant RJI)	DT1 lent équilibré sous ADO	G=3 (G=4)
AA	AT	SOUS OFFICIER	Carrière	DT1 équilibré	G=3 (G=4 à 6)
BB	MN	SOUS OFFICIER	Sous contrat (1 an avant terme)	Obésité sévère avec syndrome métabolique	G=6 (G=5)

GM : Gendarmerie Nationale, MN : Marine Nationale, AA : Armée de l'Air, AT : Armée de terre, DMM : Décision Médico-Militaire, RJI : retraite à jouissance immédiate, PA : périmètre abdominal, DT1 : diabète de type 1 DT2 : diabète de type 2, ADO : antidiabétiques oraux, ADP : adénopathie, SPA : spondylarthrite ankylosante, CCE : coup de chaleur d'exercice, 0 : donnée manquante

La prévalence des distorsions entre 2012 et 2016, année après année, était de 16%, 11,86%, 11,86%, 5,13% et 10,53% (cf. figure 2 : prévalence des distorsions à la norme par année).

Figure 2 : Prévalence des distorsions à la norme par année

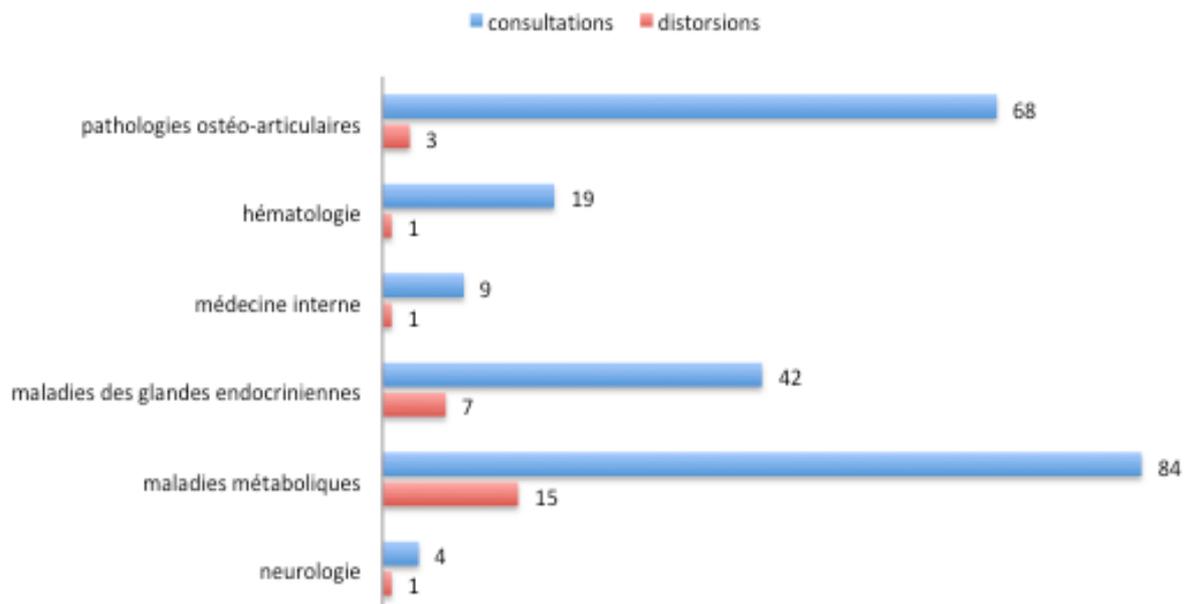


Typologie nosologique des distorsions à la norme

Parmi les 14 catégories de pathologies (correspondant aux têtes de chapitre de l'IM de référence) expertisées au cours de la CMIDU, seules six sont impliquées dans des DMM en inadéquation avec la norme : maladies des glandes endocrines, maladies métaboliques, pathologies ostéo-articulaires, médecine interne, hématologie et neurologie. La répartition des DMM non conformes par rapport à la norme est présentée par catégorie de pathologie dans la figure 3.

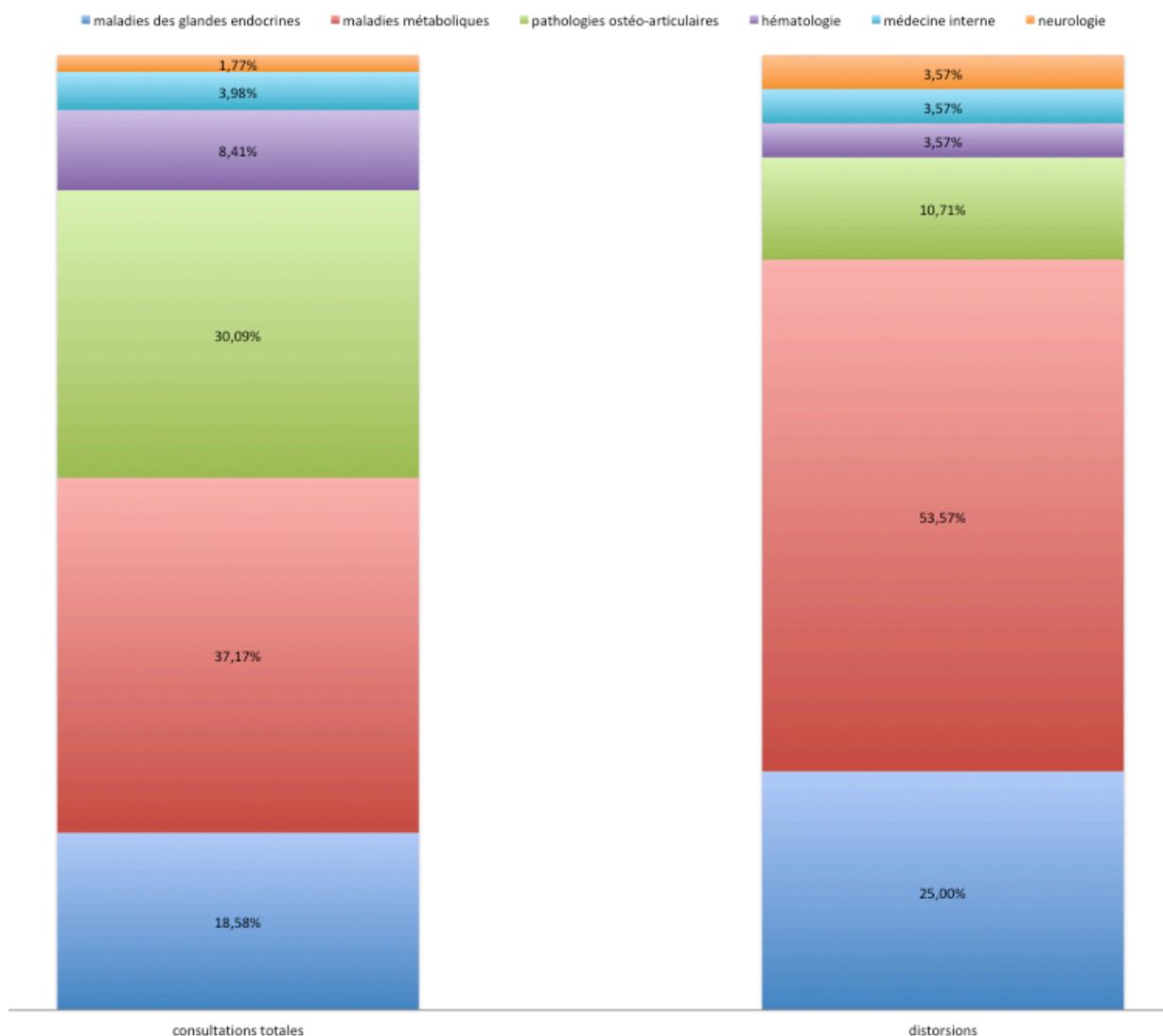
Nous n'avons pas recensé de distorsions à la norme dans les huit autres catégories de pathologies.

Figure 3 : répartition des distorsions à la norme dans les six catégories de pathologie concernées



Clairement, ce sont les maladies des glandes endocrines, les maladies métaboliques et les pathologies neurologiques qui sont les plus concernées par les distorsions à la norme. En effet, les maladies métaboliques représentent 37% de la consultation d'expertise dans le cadre de la CMIDU alors qu'elles correspondent à 54% des distorsions à la norme. Les maladies des glandes endocrines représentent 19% des consultations et 25% des distorsions. Les pathologies neurologiques représentent 2% des consultations alors que les distorsions dans cette catégorie s'élèvent à hauteur de 3%. A l'inverse, les pathologies ostéo-articulaires, «internistes» et «hématologiques» sont moins représentées dans les distorsions par rapport à leur prévalence dans la consultation. (Cf. figure 4 : répartition des consultations et distorsions par type de pathologie).

Figure 4 : répartition des consultations et distorsions par type de pathologie

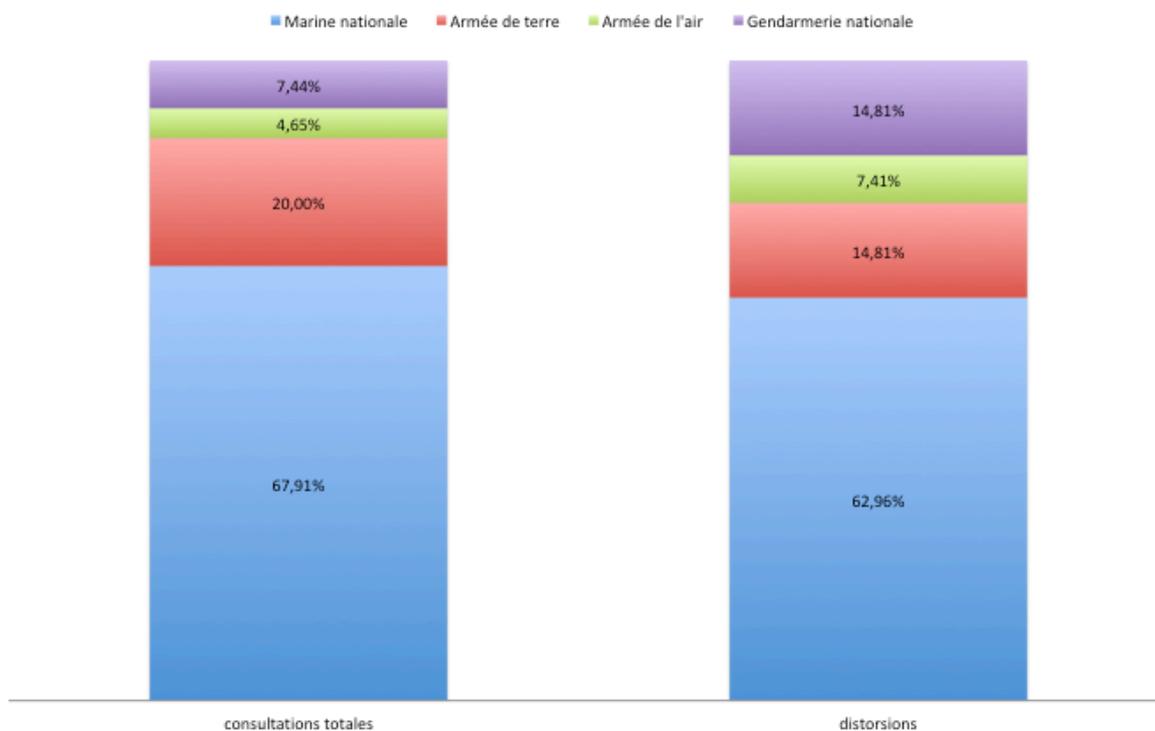


Typologie des personnels concernés par les distorsions à la norme

- Par armée :

Le ratio nombre de distorsions (arme X) / nombre de consultants (arme X) est inférieur à 1 dans l'Armée de terre et la Marine nationale ; il est compris entre 1,5 et 2 dans la Gendarmerie nationale et l'Armée de l'air (cf. figure 5).

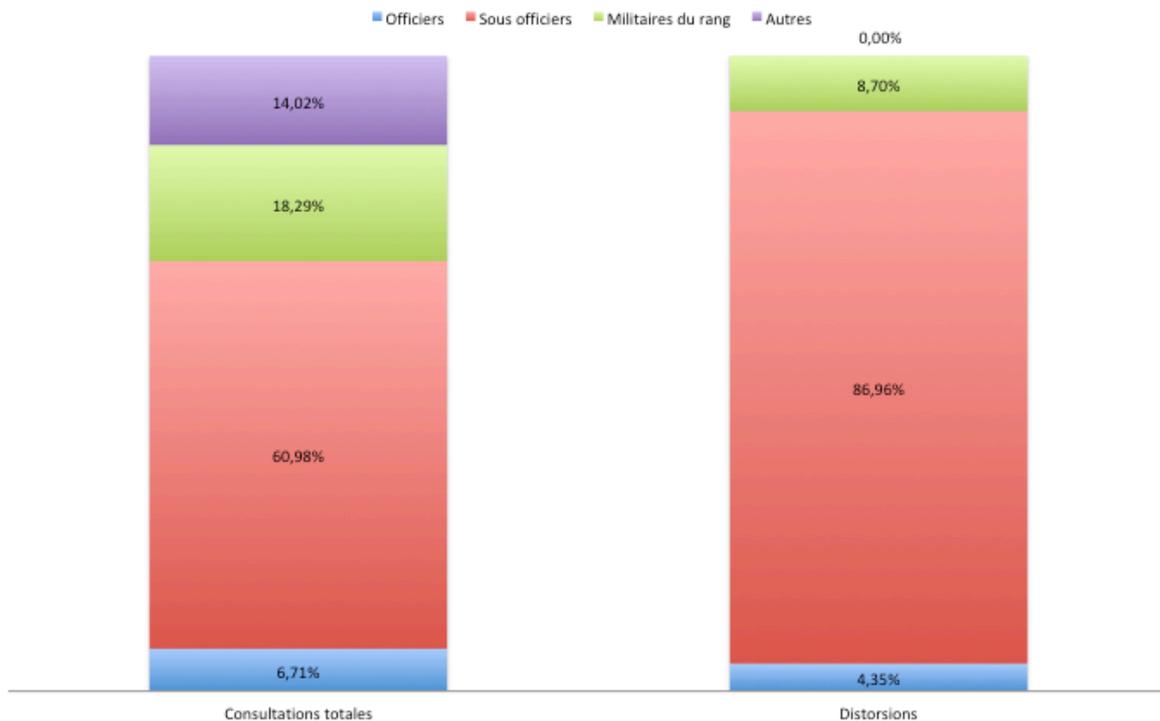
Figure 5 : répartition des consultations et distorsions en fonction de l'armée



- Selon le grade :

Les sous-officiers sont largement représentés et ce sont eux qui sont en majeure partie concernés par les distorsions à la norme (87% des distorsions pour 61% des consultants). Les officiers et militaires du rang sont beaucoup moins sujets à bénéficier de distorsions (4% des distorsions pour 7% des consultants et 9% des distorsions pour 18% des consultants respectivement) (cf. figure 6). La catégorie 3 «autres» regroupe les volontaires et les civils à l'engagement initial.

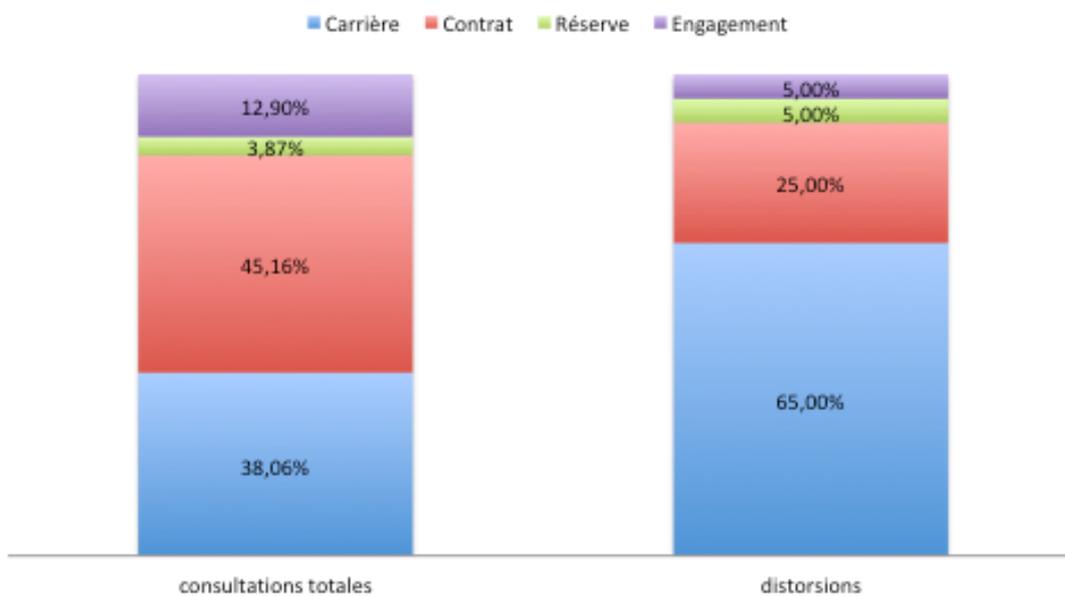
Figure 6 : répartition des consultations et distorsions en fonction du grade



- Selon le lien au service :

Les personnels de carrière sont davantage concernés par les distorsions aux normes avec 65% des distorsions pour 38% des consultants. Cette tendance est beaucoup moins prononcée pour les personnels de réserve. Bien que les personnels sous contrat soient largement représentés parmi les consultants (45%), les distorsions les concernant ne représentent que 25% de l'ensemble des distorsions. Le même cas de figure est rencontré pour les personnels candidats à l'engagement avec 5% des distorsions pour 13% des consultants (cf. figure 7 : répartition des consultations et des distorsions en fonction du type d'engagement).

Figure 7 : répartition des consultations et des distorsions en fonction du type d'engagement



Conséquences des DMM en inadéquation avec le texte de référence

Seuls six personnels sur 28 ont été suivis dans les mois et années après une DMM non conforme à la norme (cf. tableau 2 : caractéristiques des six patients suivis).

Tableau 2 : Caractéristiques des six patients suivis

Patient	Armée	Spécialité	Lien au service	Pathologie	Fréquence du suivi	Durée du suivi	Opération extérieure	Maintien aptitude en fin du suivi
E	MN	0	Sous contrat	IMC 40 avec dyslipidémie (prise en charge diététique)	3 à 6 mois	2 ans	non	oui
J	MN	NAVIT	Carrière	Carcinome papillaire en cours de traitement freinateur 8 mois post-opératoire + totalisation isotopique à 2 reprises	3 mois à 1 an	5 ans	oui	oui
L	AT	Cuisinier	Sous contrat (18 mois avant terme)	DT1 de découverte récente	1 an	1 an	non	non
P	MN	MEARM	Carrière (depuis 19 ans)	IMC 40,4 avec hypertension artérielle (contrat de poids)	6 mois	6 mois	oui	oui
R	MN	DEASM	0	Carcinome vésiculaire bifocal T3N0 en cours de traitement freinateur à 4 mois post-opératoire + totalisation isotopique	3 à 6 mois	1 an	oui	oui
X	MN	Infirmier	carrière	Carcinome papillaire T1N1M0 en cours d'équilibration TSH à 8 mois post opératoire + totalisation	3 à 6 mois	2 ans	oui	oui

0 : donnée manquante, MN : Marine nationale, AT : Armée de terre, NAVIT : navigateur timonier, MEARM : mécanicien d'armes, DEASM : détecteur anti sous-marin, IMC : indice de masse corporel, DT1 : diabète de type 1

Deux patients ont été suivis tous les trois à six mois pendant deux ans au maximum pour des pathologies métaboliques avec obésité. Un patient a bénéficié d'une seconde consultation à un an pour décision d'inaptitude au renouvellement de son contrat suite à la découverte d'un diabète de type 1. Les trois autres patients ont été suivis plus régulièrement (tous les trois à six mois) pendant deux à cinq ans dans le cadre de difficultés d'équilibration de la TSH après thyroïdectomie pour carcinome papillaire. Le suivi de l'un d'eux se poursuit après la rédaction de notre travail. Le personnel à qui l'on a découvert le diabète de type 1 était cuisinier au 54^{ème}

Régiment d'Artillerie. Il a poursuivi son contrat jusqu'au terme, sans départ en opération extérieure, et s'est vu signifier une inaptitude au renouvellement de contrat.

Les trois patients suivis pour équilibration de la fonction thyroïdienne sont tous les trois des marins embarqués sur bâtiments. Ils sont tous les trois partis en mer pour des durées n'excédant pas deux mois et sur des théâtres d'opérations exposant à de moindres risques et dotés de capacités d'évacuation rapides et fiables. Il n'y a eu aucune répercussion de la projection sur leur santé d'une part et sur l'opération d'autre part.

Concernant les deux autres personnels, ils faisaient l'objet de maladies métaboliques, dominées par des problèmes d'obésité réversibles. L'un a bénéficié d'une prise en charge en clinique spécialisée permettant la restitution d'une aptitude sans restriction au terme de 2 ans de suivi, sans départ en opération extérieure durant cette période. Le second a démontré son adhésion à un plan de traitement, donnant des résultats satisfaisants, et permettant une reconduction de son aptitude.

Dans une large majorité des cas de distorsions, celles-ci étaient favorables au maintien de l'aptitude médicale à servir. Un seul personnel s'est vu classé G=6 au lieu de G=5, à sa demande et à des fins de présentation devant la Commission de réforme des militaires, bien avant le terme de son contrat.

Résultats de la nouvelle analyse de concordance par rapport à l'arrêté du 16 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 décembre 2012

Le nouvel arrêté ne modifie pas la prévalence des distorsions à la norme dans notre échantillon d'étude.

Discussion

Discussion des résultats

Notre étude est la première du genre, à s'intéresser aux aspects quantitatifs et qualitatifs des distorsions à la norme d'aptitude médicale. Il faut d'ores et déjà souligner le caractère limité de son champ d'action : elle concerne un seul hôpital d'instruction des armées, et une modalité spécifique de consultation (CMIDU), à propos de pathologies ne couvrant pas l'ensemble des spécialités médicales, hors chirurgie, psychiatrie et médecine «milieux» (plongée, médecine aéronautique). Nos résultats ne pourront donc être extrapolés à l'ensemble des HIA métropolitains ni à l'ensemble de la communauté de défense française.

En effet, au-delà du caractère monocentrique de notre travail, de sa temporalité rétrospective, de son spectre nosologique relativement restreint, notre échantillon n'est pas représentatif de la population militaire française car il se situe dans une zone géographique où la Marine Nationale est surreprésentée. La Région Provence Alpes Côte d'Azur emploie 45000 militaires, toutes armées confondues, dont 15000 marins sur la Base Navale de Toulon, soit 1/3 de l'effectif des forces armées régionales alors que la Marine Nationale représentait 17,3% des personnels des forces armées nationales en 2016(6)(7).

Cependant, dans le périmètre défini par notre travail, le résultat est sans appel et peut surprendre : plus d'une fois sur dix, une consultation d'aptitude se termine par une distorsion à la norme, fruit d'une proposition émanant du praticien consulté.

A-t-on pris un risque en réalisant cette étude? La proposition d'une DMM non concordante avec les termes de l'IM 2100 est strictement interdite et cette position a été reformulée très clairement dans une note de service datant du 4 mai 2017, signée du Directeur central adjoint du SSA (annexe n°1). Mais notre étude n'a pas pour but de pointer du doigt les médecins se permettant d'usurper le règlement ou porter un quelconque jugement de valeur, mais bien de décrire factuellement un état des lieux en terme de DMM non concordantes, de tenter de réfléchir aux déterminants de telles distorsions et de proposer des pistes permettant une amélioration des pratiques et ainsi, une réduction de ces écarts à terme.

Réflexion sur le pourquoi de l'écart à la norme

La proposition de DMM, qu'elle soit concordante avec la norme ou non, dépend du personnel requérant, de la pathologie, du praticien expert (formation, expérience), des relations humaines (avec le commandement et avec le patient) et enfin de la norme elle-même.

Le **personnel** qui bénéficie d'une consultation d'expertise sert (au sens d'occuper un emploi dans son grade) dans un milieu d'exercice (armée et spécialité) doté d'un niveau variable d'engagement opérationnel, et selon un statut. Au moment de l'expertise, il est plus ou moins avancé dans son contrat ou sa carrière. Ainsi, un gendarme départemental est volontiers déployé pour des missions de proximité sur le territoire métropolitain, à l'inverse du gendarme mobile qui peut en plus être projeté en mission dans les Départements et régions d'outre-mer (DROM). Ces milieux d'exercice bénéficient d'une offre de soins (infrastructures, compétences, proximité) pouvant être considérée comme suffisante par le praticien pour autoriser une distorsion à la norme. C'est probablement une des raisons pour lesquelles les gendarmes sont davantage représentés lors de distorsions à la norme par rapport aux personnels des autres armées.

Dans certains cas, la qualification d'un personnel correspond à une hyperspécialisation ou un domaine de compétences, faiblement représenté numériquement en terme de ressources humaines au sein des forces armées. Le besoin opérationnel peut conditionner un assouplissement dans l'application de la règle d'aptitude, soutenu par un dialogue avec le commandement et les autorités d'emploi.

Quant au lien au service, nous sommes surpris par nos résultats. Nous aurions pu penser que l'écart à la norme dans les DMM serait relativement plus important pour les contractuels que pour les personnels de carrière. En effet, les personnels de carrière bénéficient d'un statut protecteur car une aptitude par dérogation aux normes médicales d'aptitude (DNM) peut être renouvelée jusqu'au droit à la retraite à jouissance immédiate, sous réserve d'une adaptation du poste de travail ou d'un changement de spécialité. Au contraire, une aptitude par DNM contre-indique quasiment toujours l'aptitude au renouvellement de contrat pour les personnels concernés. Cependant, notre population d'étude n'est pas un reflet de l'armée

française, en terme de distribution des liens au service : les personnels sous contrat représentent 65% des militaires de l'Armée française versus 45% seulement dans notre échantillon. Les cinq personnels sous contrat de notre échantillon, ayant bénéficié d'une distorsion à la norme, étaient en fin de contrat (entre 12 et 18 mois avant le terme) sans volonté de le renouveler à terme. La DMM proposée était probablement destinée à éviter l'obligation d'un passage en Conseil régional de santé dans le but d'obtenir une aptitude à servir par DNM pour une durée limitée, ce qui *in fine* ne changerait pas leur devenir au terme du contrat.

Dans ce contexte d'analyse du lien au service, la proximité du terme du contrat ou des droits à retraite à jouissance immédiate apparaît donc comme un déterminant essentiel de la distorsion à la norme, et ce, dans le sens d'un maintien de l'aptitude. La période de début de contrat ou de carrière est plutôt propice à une orientation vers la réforme permettant au personnel de se réorienter vers une carrière civile.

Nous décidons d'illustrer le poids de la nature propre de la **pathologie**, de son pronostic et de ses modalités thérapeutiques sur la distorsion à la norme, à partir de trois exemples issus de notre échantillon : les cancers papillaires thyroïdiens, les spondylarthrites ankylosantes et les diabètes sucrés.

Les cancers papillaires de la thyroïde sont réputés de bon pronostic (dans notre étude : jeunes patients, exempts de comorbidités, stade T3 et N1 pour les formes les plus avancées) et la rémission peut être prononcée après un an de recul si l'échographie cervicale est normale et si le dosage de la thyroglobuline est indétectable après défébration par un test au Thyrogen®(8). L'enjeu par la suite est d'équilibrer le traitement freinateur. La cible de TSH visée est inférieure à 0,1 mU/l pour les patients en cours de traitement quel que soit le stade du cancer. Pendant la période de rémission, pour les cancers à haut risque évolutif (T3NxMx) la freination doit se situer entre 0,1 et 0,5 mU/l de TSH et chez les patients à faible risque évolutif (T1-2NxMx), l'objectif de la TSH peut être maintenu dans les normes (0,2 à 3mU/l)(9). Le contrôle de la TSH doit se faire entre 6 et 8 semaines après chaque adaptation de dose, soit après 5 demi-vies de la L-Thyroxine. Si le contrôle est fait trop tôt, le risque est d'augmenter trop rapidement les doses de L-Thyroxine faisant basculer vers la thyrotoxicose(10). Ce délai (tous les deux mois tant que la TSH n'est pas dans les valeurs cibles, puis tous les six mois à un an une fois l'équilibre

obtenu) est déterminant pour le caractère opérationnel du patient. L'expert peut alors s'affranchir de la norme si le patient est prévu sur une mission de moins de deux mois et/ou si l'offre sanitaire durant la mission permet de réaliser le suivi à distance.

Les spondylarthrites ankylosantes bien contrôlées sous biothérapie, classées d'après l'IM 2100 G = 3 à 5 essentiellement du fait du traitement utilisé, justifient d'une inaptitude à l'embarquement. En effet, dans la Marine nationale, l'emploi embarqué nécessite un classement G inférieur ou égal à 2. Un marin débarqué n'est donc pas projetable en opération extérieure. Le principal risque des biothérapies est le risque infectieux. Le recours à une biothérapie entraîne une majoration du risque infectieux (de 37% dans le cas des polyarthrites rhumatoïdes selon la Cochrane review de 2011 (11)), avec des infections plus sévères et d'évolution plus fulgurantes. Ce sur-risque infectieux justifie d'une inaptitude au déploiement. Une participation à une mission en zone intertropicale dans laquelle les moyens sanitaires sont pauvres et le climat propice aux infections est ainsi inenvisageable. Cependant, l'embarquement pour des missions en mer Méditerranée peut se défendre. La possibilité d'évacuation sanitaire tactique et/ou stratégique peut être un déterminant de la distorsion à la norme, selon la disponibilité des capacités d'évacuation sanitaire qui dépend fortement de la nature de la mission en cours. En effet, la grande majorité des bâtiments de la Marine Nationale dispose de plateforme d'hélicoptère, voire même d'hélicoptère(s) à bord dans le cadre de la mission. Ils peuvent être utilisés à des fins sanitaires. Si la mission revêt un caractère offensif avec des actions de surveillance, de renseignement ou de destruction, la flotte aérienne présente sera peu disposée à une mission d'évacuation sanitaire. Au contraire, dans le cadre de missions de lutte contre les trafics (d'explosifs, d'hydrocarbures ou d'humains), la disponibilité des moyens d'évacuation est meilleure. Dans cette situation, l'écart à la norme est défendable.

Concernant les diabètes sucrés, le traitement par insuline contre-indique définitivement les opérations extérieures, les séjours outre-mer et les missions de courte durée (G=4 à 6) compte-tenu de son risque hypoglycémique majoré par les conditions climatiques, les changements de fuseaux horaires, la fatigue accumulée, le stress lié à la mission. Cependant, dans notre étude, les patients diabétiques de type 1 de découverte récente maintenus aptes étaient en fin de contrat pour deux d'entre eux et le troisième était gendarme départemental de réserve. Aucune

opération extérieure n'était prévue durant l'année restante et la période de réserve. L'écart à la norme ici peut s'expliquer par la faible (voire nulle) probabilité de projetabilité des requérants, et la volonté de surseoir au conseil régional de santé pour statuer sur une aptitude par DNM couvrant la fin de la période de contrat. Les deux cas de diabète de type 2 sont sous antidiabétiques oraux (ADO) non hypoglycémisants (biguanide et gliptine). L'affranchissement de la norme est justifié par le risque mesuré d'effets indésirables du traitement et le bon contrôle de la maladie chez ces deux patients (hémoglobines glyquées à 6,4% et 7%).

Un autre point à évoquer concernant la pathologie est celui de l'inclusion dans notre étude de pathologies ne faisant pas partie du spectre d'activité de la CMIDU (cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie...). Parmi ces 41 dossiers, seuls un dossier de neurologie et un dossier d'hématologie sont concernés par une distorsion à la norme. En cas de respect de la norme, le praticien interniste connaissait la pathologie par expérience et/ou la norme. En cas de distorsion, se posent deux problèmes : soit une méconnaissance de la pathologie, de son pronostic et des modalités thérapeutiques ; soit une entorse à la règle du fait d'un défaut de consultation de l'IM 2100 et/ou d'un défaut d'adressage au spécialiste concerné.

Le **praticien** sollicité en tant qu'expert est caractérisé par son expérience professionnelle et par sa formation qui lui est propre. La population de praticiens experts en activité est désormais hétérogène, regroupant des parcours professionnels variables, du fait des réformes structurelles semi-récentes ayant intéressé le troisième cycle des études médicales.

En effet, 2004 a été l'année de la dernière réforme du troisième cycle, instituant les épreuves nationales classantes (ENC) et érigeant la médecine générale au rang de spécialité, à l'instar des spécialités hospitalières. Avant cette date, chaque jeune médecin militaire diplômé choisissait un poste de médecin généraliste au sein des forces armées après une année d'école d'application, puis avait la possibilité de passer le concours de l'assistantat afin de se spécialiser en milieu hospitalier. La réforme de 2004 a supprimé cette période d'affectation dans les forces pour les médecins des spécialités hospitalières, qui rejoignent l'hôpital à l'issue du second cycle, pour ne plus le quitter. Ainsi, les spécialistes hospitaliers militaires nommés à compter de 2010 (année de fin du clinicat des internes ayant passé les ENC en

2004) ne sont plus acculturés aux milieux d'exercice des forces armées. L'intégration des conditions environnementales d'exercice des militaires dans leur décision d'aptitude est donc limitée, au pire théorique, au mieux le fruit du dialogue avec le praticien des forces. Ce défaut de culture des milieux d'exercice pourrait favoriser des degrés de liberté en terme d'application de la norme d'aptitude.

Un autre point important qui caractérise le praticien en tant qu'expert est sa connaissance spécifique et approfondie de la pathologie en question. Ses connaissances théoriques et son expérience pratique de terrain lui permettent de cerner aisément le pronostic d'une pathologie pour un patient donné, les répercussions de son traitement et les modalités du suivi qui en découlent. C'est pourquoi il s'autorise à proposer une DMM à l'écart de la norme.

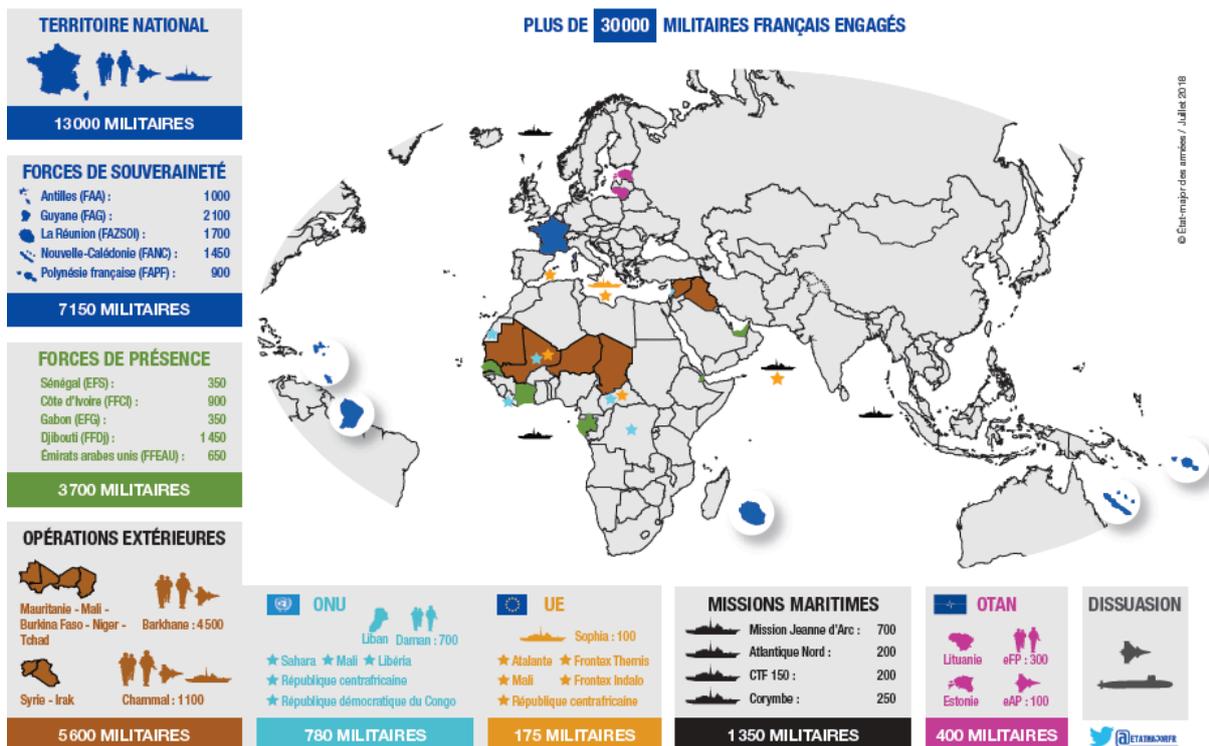
Dans le processus de DMM, le médecin expert doit tenir compte des influences extérieures au travers des **relations humaines**, avec d'une part celles du patient qui est reçu et d'autre part celles du commandement qui peut interagir à distance. Le patient exprime ses difficultés, ses doléances lors de l'entretien. Un patient exprimant avec conviction son désir de rester opérationnel, pour des raisons personnelles (financières, familiales, professionnelles...), a tendance à orienter la réflexion du praticien dans ce sens au risque d'usurper la réglementation. Il faut également pouvoir composer avec le commandement qui peut se montrer sceptique au sujet de la proposition de décision médicale. Un dialogue associant le praticien hospitalier, le médecin d'unité et le commandement peut s'avérer nécessaire afin de faire comprendre les arguments ayant conduit à cette proposition, qui ne revêt *in fine* qu'un caractère consultatif.

La normalité provient du fait que l'on peut être normatif, à savoir créer des **normes** dans lesquelles l'individu est sain, donc considéré «non malade». L'apparition d'une anomalie a deux avènements, celui d'évoluer vers de nouvelles formes viables, ou celui de disparaître. «La normalité d'une anomalie provient de sa normativité, sa capacité de créer de nouvelles normes pour survivre. Alors que le pathologique naît de l'apparition de nouvelles normes repoussées par la vie»(12). Canguilhem conclut ainsi : « l'homme est sain pour autant qu'il est normatif relativement aux fluctuations de son milieu. (...) Au contraire, l'état pathologique traduit la réduction des normes

de vie tolérées par le vivant, la précarité du normal établi par la maladie. (...) C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique»(12). Le pathologique peut ainsi être normal dans une situation donnée puisqu'il est normatif. Par extension, le pathologique peut accorder ou non l'aptitude dans la situation où il institue ses normes. C'est pourquoi «il faut toujours se demander (...) pourquoi on doit déterminer l'adaptabilité (au sens de capacité à pouvoir s'adapter à de nouveaux milieux ou de nouvelles situations) et l'aptitude (au sens de capacité à exécuter une mission)»(12), et c'est ce que tend à faire l'IM 2100. Le normal n'est pas un concept statique ou pacifique mais un concept dynamique et polémique et ce qui ne sera pas pathologique dans un milieu donné le sera dans un autre milieu, à peine différent, voire comparable.

Le milieu militaire expose son personnel à l'entraînement physique, aux armes à feu et autres engins explosifs, aux conditions climatiques extrêmes en particulier lors de certaines opérations extérieures. Ainsi, tous les critères requis pour l'aptitude devraient s'appuyer sur une étude du terrain et du milieu dans lesquels les personnels évoluent. Le problème soulevé est en effet celui d'une norme unique pour une diversité de milieux. A titre d'exemple, les théâtres d'opérations extérieures sont éparés sur le globe et diffèrent les uns des autres par leur climat, leur réseau de soins ; ils exposent chacun à des risques propres, en partie liés au contexte géopolitique (cf figure 8). Au Mali, des milliers de soldats portant l'équipement FELIN, pouvant peser jusqu'à 50kg s'il est complet, sont déployés pour des actions de guerre offensives ou de surveillance durant plusieurs heures et sous des températures ne descendant pas sous les 30°C le jour et 15°C la nuit. Les averses tropicales pendant la saison des pluies rendent difficile l'utilisation des pistes et des moyens de transport. A l'inverse, les forces OTAN positionnées en Estonie sont confrontées à des climats plus froids (températures négatives pendant l'hiver et été doux) et la proximité du cercle polaire influe sur l'ensoleillement des journées. Les militaires engagés sur ces conflits restent en posture défensive et poursuivent leurs actions d'entraînement. Chaque mission est donc spécifique car elle combine un milieu d'exercice donné avec une (des) activité(s) spécifique(s) à l'emploi de chaque personnel.

Figure 8: déploiements opérationnels des forces armées françaises (juillet 2018)



La question de l'aptitude en cas de pathologie serait alors remise en question pour chaque opération extérieure. Par exemple, un personnel sous immunosuppresseur pour une maladie auto-immune parfaitement contrôlée pourrait être déployé sur une mission en mer Méditerranée. Le risque infectieux quasiment identique à celui de la métropole et la proximité d'un territoire ami avec une couverture sanitaire équivalente à celle de la métropole feraient de ce théâtre un milieu où le maintien de l'aptitude pourrait être envisagé. A l'inverse, pour ce même personnel, une mission en Afrique intertropicale ou en Guyane paraît déraisonnable compte-tenu du risque infectieux important et des conditions sanitaires plus rudimentaires que celles de la métropole.

A l'heure actuelle, nous utilisons une norme unique, révisée une seule fois depuis 2012, sans influence de cette révision sur la prévalence des distorsions dans notre échantillon.

Par ailleurs, la dernière version de l'instruction ministérielle comprend, pour un nombre non négligeable de pathologies, une dispersion des valeurs possibles (entre deux et quatre valeurs) du sigle G. Cette dispersion, permettant théoriquement une latitude dans la prise de décision par le praticien expert, n'empêche pas les

distorsions, et peut déstabiliser le jeune expert en raison de sigles G identiques pour des états morbides voisins, de gravité pronostique différente. Ainsi, une spondylarthrite ankylosante en cours de carrière peut être aussi bien classée G=2 que G=5 mais le texte n'oriente pas le praticien expert dans sa DMM. Il est laissé libre dans son choix et il est fort probable qu'un même patient expertisé par deux praticiens différents se voit attribuée une catégorisation et/ou une DMM différente. Dans le cas des pathologies métaboliques à type d'obésité, le classement G=3 ou 4 peut être prononcé à la fois pour une obésité modérée mais également pour une obésité sévère. Le G=5 est possible pour une obésité modérée, sévère et morbide. Le chevauchement des intervalles de G pour des états morbides distincts interroge. Il faut également souligner le manque de prise en compte du pronostic de la maladie dans l'IM2100. Concernant les cancers de la thyroïde, la norme dichotomise d'une part le traitement en cours (G=6) et d'autre part le patient considéré comme guéri (G=2 à 5). Or, un patient atteint ou ayant eu un cancer papillaire sera toujours suivi et sera toujours «en cours de traitement» hormonal, qu'il soit freinateur ou substitutif (pour les cancers de bon pronostic). Avant de pouvoir s'exprimer sur une guérison du cancer, il faut d'abord pouvoir prononcer la rémission. Le patient bénéficie d'un suivi qui est adapté à son pronostic. Dans le cas d'un cancer bien différencié, de petite taille, non métastatique, chez un patient jeune (< 45 ans), le suivi sera plus espacé avec une freination moins stricte que pour un patient plus âgé (> 50 ans) atteint d'une tumeur envahissant la capsule et/ou métastatique et/ou d'histologie peu différenciée. Le texte réglementaire peut manquer de précision concernant le pronostic pour statuer sur l'aptitude.

Propositions

Fort de cette réflexion, nous proposons quelques axes d'amélioration concernant quatre points ressortant de notre étude.

Nous avons souligné que ce sont les pathologies de bon pronostic, mises au même rang que les pathologies de mauvais pronostic, qui pâtissent de la restriction d'aptitude. Afin de pallier l'insuffisance de prise en compte du pronostic et du milieu d'exercice, nous suggérons d'adapter la DMM du personnel en prenant en considération à la fois son emploi, son milieu d'exercice, sa pathologie, son pronostic et son traitement. Celle-ci serait alors modulable. Les variants résideraient

dans la détermination d'un cadre opérationnel en terme de nature de conflit, de zone géographique et de durée de mission.

Nous avons pointé du doigt le manque de formation en matière d'expertise des jeunes spécialistes des hôpitaux n'étant plus affectés quelques temps dans les forces armées. Il nous paraît alors important d'introduire dans leur formation initiale de spécialiste des hôpitaux un module d'enseignement dédié uniquement à l'expertise médico-militaire. Ce dernier pourrait être conçu en deux parties avec une phase théorique suivie d'une mise en pratique. Les objectifs de la partie initiale seraient l'apprentissage de la conception et du fonctionnement des textes réglementaires ainsi que les enjeux d'une DMM. En pratique, les prérequis seraient énoncés dans un cours magistral et explicités à l'aide d'exemple concrets, puis viendrait une phase d'observation à l'occasion de consultations d'expertise dans les HIA de rattachement respectifs. Un stage obligatoire dans les centres médicaux des armées (CMA) au sein des unités permettrait à l'interne en formation de pratiquer la VMP afin de se familiariser avec le SIGYCOP et d'assister au Conseil Régional de Santé organisés au sein des CMA pour les patients qu'il suit. La suite de la formation pratique se déroulerait au sein des HIA respectifs lors de consultations d'expertise réalisées par l'interne en formation, supervisées par un senior. Par la suite, le praticien expert doit se tenir informé des évolutions de l'IM 2100 et des modalités de prise de DMM (avis sapiteur versus avis décisionnel).

Un autre problème soulevé dans notre étude est celui d'une dynamique différente entre la périodicité de révision de la norme et l'évolution des pratiques médicales. Afin de travailler avec une norme en adéquation avec les pratiques professionnelles du moment, l'intensification du dialogue entre les consultants nationaux et la Direction Centrale du SSA (DCSSA) à des fréquences plus rapprochées nous semble nécessaire. Il découlerait ensuite une adaptation du texte par exemple tous les deux à trois ans en fonction des données actuelles de la médecine. L'évolution des termes de l'IM 2100 par spécialité résulterait donc d'une action pérenne des consultants nationaux, auprès des spécialistes des hôpitaux de leur spécialité, à partir de la veille documentaire scientifique, des retours d'expérience (en particulier d'un recensement systématique prospectif des futures distorsions à la norme) et d'un nécessaire dialogue avec les médecins des forces concernant les milieux d'exercice et les typologies d'engagement opérationnel.

Concernant les consultants nationaux, nous remarquons leur absence dans le domaine de la médecine des forces. Certes, la qualification de praticien professeur agrégé de médecine des forces est récente puisque le premier médecin titré l'a été en 2016, mais la nomination d'un consultant national de médecine des forces est souhaitable à court terme. En effet, depuis la réforme SSA 2020, le médecin des forces est le dernier maillon sanitaire dans le processus décisionnel. Sa place au sein du processus d'évolution de la norme est primordiale et se justifie par son expertise dans la connaissance des milieux d'exercice et des emplois des personnels dans chaque armée. A terme, dans quelques années, un collège expert de médecine des forces, animé par le consultant national de la spécialité, pourrait être constitué d'au moins un expert par arme, soit 5 à 6 membres et interagir avec les consultants nationaux des spécialités hospitalières.

Un dernier point qui nous paraît important à améliorer concerne la dispersion des valeurs du sigle G au sein d'une même pathologie. Compte-tenu entre autre de son caractère déstabilisant, nous pensons qu'un travail doit être entrepris dans l'idée de clarifier la détermination du G pour une pathologie donnée, visant à raréfier, voire idéalement supprimer les chevauchements décrits précédemment pour des degrés de sévérité différents.

Conclusion

Nous avons donc réalisé une étude originale et première dans le domaine de l'expertise médico-militaire dont l'objectif principal était de déterminer la prévalence des distorsions à la norme réglementaire. 11,43% des consultations de la CMIDU ne sont pas en adéquation avec les termes de l'IM 2100 relative à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale.

Les déterminants pouvant expliquer nos résultats sont le patient lui-même (armée d'appartenance, lien au service, enjeu opérationnel), le praticien proposant la DMM (formation personnelle/professionnelle et expérience), la pathologie incriminée (pronostic et thérapeutiques engagées) ainsi que la norme (révision trop espacée dans le temps par rapports aux progrès médicaux, et dispersion des valeurs du G pour des pathologies de gravité différente).

Il ressort de cette étude que l'amélioration de nos pratiques dans le domaine de l'expertise médico-militaire pourrait passer par une prise en compte du patient dans sa globalité avec adaptation de la DMM au milieu d'exercice plus finement, au pronostic de la maladie et aux traitements, mais aussi par l'optimisation de la formation des futurs praticiens experts. Nous suggérons également, d'ici cinq à six ans, la création d'un collège de médecins des forces référents, animé par le consultant national de la spécialité et d'intensifier le dialogue entre les consultants nationaux et les praticiens experts dans chaque hôpital afin d'améliorer la périodicité de révision de la norme par rapport à l'évolution des données de la science.

Ainsi, aujourd'hui, le dogme est :

une pathologie = un sigle G = une DMM

Il faut souhaiter que la règle future soit :

**un patient + une mission (nature et milieu) + une pathologie (nature, traitement et pronostic)
= un sigle G modulable = une DMM adaptable.**

Annexes

Annexe N°1 : lettre n°27725/DEF/DCSSA/PRE-DIVSSD du 4 mai 2017

HIA SAINTE ANNE		
Numéro	Action	Info
268		
Reçu le	10 MAI 2017	
MC		
MCA	PPM	
GEST	PPM	
CGS		
BLRH		
DEFIN		
N°	27725/DEF/DCSSA/PRE-DIVSSD	
	PHARMA	


Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Paris, le 04 mai 2017

N° 27725/DEF/DCSSA/PRE-DIVSSD

à

destinataires *in fine*

DIRECTION CENTRALE
Pré-Division Expertise et
Stratégie Santé de Défense

Objet : rappel de la réglementation en vigueur en matière d'expertise médicale d'aptitude.

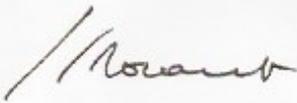
Référence : arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale.

Suite à différents incidents relatifs à l'expertise médicale d'aptitude, j'ai l'honneur de rappeler qu'en matière d'expertise médicale en aptitude, les textes réglementaires élaborés par les armées, directions et services font référence.

Ce cadre réglementaire doit être strictement respecté. A défaut, le personnel concerné peut être exposé à des distorsions d'emploi ou à un risque accru d'accident entraînant *de facto* des recours engageants potentiellement la responsabilité des praticiens n'ayant pas respecté les règles en vigueur.

L'arrêté cité en référence permet au médecin du service de santé des armées d'évaluer une cotation du SIGYCOP en fonction de l'état clinique de la personne examinée. Comme cela est précisé dans l'article 5 du dit arrêté, le médecin est tenu de respecter les indications qui sont données en matière de cotation du profil médical. Si la réglementation prévoit que le coefficient peut être compris entre deux bornes, il choisit la valeur lui paraissant la plus adaptée. Il ne peut en aucun cas sortir de ce cadre et attribuer un coefficient en dehors des bornes prévues par la réglementation.

Les avancées scientifiques et techniques d'une part, et les conditions d'emploi d'autre part, obligent à faire évoluer les normes. Des propositions dans ce domaine peuvent être adressées au bureau expertise médico-statutaire de la division expertise et stratégie santé de défense de la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA). Cependant, seule la DCSSA pilote les travaux du service de santé des armées visant à actualiser la réglementation, en relation avec les consultants nationaux, les armées, directions et services.



60, boulevard du Général Martial Valin - CS 21 623 - 75309 Paris cedex 15 - Tél. : 09.88.68.44 30

Références bibliographiques

1. DCSSA. Instruction N° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir. 2003. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUK Ewi58KuL29PeAhVjzoUKHeTTCzEQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.defense.gouv.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F179338%2F1948815%2Ffile%2FInstruction%25202100%2520aptitude%2520a%2520servir.pdf&usg=AOvVaw0F7gXv7WO dZUhhSwpSsIGF>
2. Ministère de la défense. Modèle SSA 2020 N°500154/DEF/DCSSA/PS du 4 janvier 2016. Disponible sur: <https://www.defense.gouv.fr/content/download/443624/6946680/file/20160104-Modele-SSA-2020.pdf>
3. DCSSA. Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. 2012. Disponible sur: https://www.bo.sga.defense.gouv.fr/boreale_internet/download.php?f_type=PDF&fid=Nzc3ODYucGRm&no_cache=2
4. Aletti M, Landais C, Cournac J-M, Poisnel E, Roméo E, Jacquier C, et al. Expérience professionnelle d'une consultation de médecine interne dédiée aux forces armées à l'Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne de Toulon. *Med Armées*. 2014;42:429-436.
5. DCSSA. Arrêté modifiant l'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. 2017. Disponible sur: https://www.bo.sga.defense.gouv.fr/boreale_internet/popup.php?app_mode=2&txt_id=277789&format=html&

6. Ministère des Armées. les chiffres clés de la défense. 2017. Disponible sur: <https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/chiffres-cles-de-la-defense-2017>
7. chambre de commerce et de l'industrie du Var. fiche filière défense sureté sécurité dans le Var. 2015. Disponible sur: https://www.var.cci.fr/sites/default/files/article/Fichiers%20PDF/Fiche_Filiere_Defense.pdf
8. Schlumberger M. cancer papillaire et folliculaire de la thyroïde. Encyclopédie Orphanet; 2007. Disponible sur: <https://www.orpha.net/data/patho/Pro/fr/CancerPapillaireFolliculaireThyroide-FRfrPro905v01.pdf>
9. Société française endocrinologie. conférence de consensus: prise en charge des cancers thyroïdiens différenciés de souche vésiculaire. 2007. Disponible sur: http://www.oncauvergne.fr/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=112&Itemid=
10. Société française endocrinologie. hypothyroïdie. Disponible sur: <http://www.s fendocrino.org/article/399/item-248-ndash-hypothyroidie>
11. MOREL J. risque d'infections sous biothérapies. 2016 mars 24. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/2016annecy-id/2016mars24-morel-infections-biotherapie.pdf>
12. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12ème éd. Quadrige. Paris: Puf; 2013. p. 121; 204-205; 260.

Abréviations

AA : armée de l'air

ADO : antidiabétiques oraux

ADP : adénopathie

AT : armée de terre

BOA : bulletin officiel des armées

CMA : centres médicaux des armées

CCE : coup de chaleur d'exercice

CMIDU : consultation de médecine interne dédiée aux unités

DCSSA : direction centrale du service de santé des armées

DEASM : détecteur anti sous-marin

DMM : décision médico-militaire

DNM : dérogation aux normes médicales d'aptitude

DROM : départements et régions d'outre-mer

DT1 : diabète de type 1

DT2 : diabète de type 2

ENC : épreuves nationales classantes

GN : gendarmerie nationale

IM : instruction ministérielle

IMC : indice de masse corporelle

MEARM : mécanicien d'armes

MN : marine nationale

NAVIT : navigateur timonier

PA : périmètre abdominal

RJI : retraite à jouissance immédiate

SPA : spondylarthrite ankylosante

SSA : service de santé des armées

VMP : visite médicale périodique

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Les distorsions à la norme régissant l'aptitude médicale à servir du personnel des forces armées françaises

Expérience de la consultation de médecine interne dédiée aux unités de l'Hôpital d'instruction des armées Sainte Anne (Toulon)

Claire BROCHOT

Résumé:

Introduction: L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence des distorsions à la norme en matière d'aptitude médicale à servir dans les forces armées françaises, puis d'en comprendre les déterminants.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients de la consultation de médecine interne dédiée aux unités bénéficiant d'une décision médico-militaire (DMM) entre 2012 et 2016. Nous avons réalisé une analyse de concordance entre la DMM proposée et l'instruction ministérielle 2100 relative à la détermination du profil médical d'aptitude à servir en cas de pathologie médicale ou chirurgicale (IM 2100), puis échantillonné les personnels concernés en fonction de leur pathologie, leur armée d'appartenance, leur grade, leur lien au service.

Résultats: Nous avons recensé 11,43% de distorsions à la norme. Les pathologies les plus concernées sont les maladies métaboliques, les maladies des glandes endocriniennes et les pathologies ostéo-articulaires. Nous avons mis en évidence une tendance plus importante à la distorsion chez les gendarmes, les personnels de l'armée de l'air, chez les sous-officiers et chez les personnels de carrière.

Discussion: La prévalence de distorsions à la norme dans notre étude peut s'expliquer par une insuffisance de prise en compte de la pathologie dans ses aspects pronostiques et thérapeutiques, du milieu d'exercice et opérationnel, avec une DMM proposée par un expert ayant une connaissance du milieu militaire et une expérience professionnelle qui lui sont propres. Une réflexion est proposée sur les modalités d'actualisation périodique des textes réglementaires.

Mots clés : expertise médico-militaire, aptitude médicale à servir, distorsions à la norme

Abstract:

Introduction: The objective of our study was to determine the prevalence of distortions to the standard of medical aptitude to serve in the French armed forces, then to understand the determinants.

Materials and methods : This was a single-center, retrospective study that included all patients in the internal medicine consultation dedicated to units benefiting of Medico-Military Decision (MMD) between 2012 and 2016. We performed a concordance analysis between the proposed MMD and Ministerial Instruction 2100 on the determination of the Medical aptitude profile for Service in case of Medical or Surgical Pathology (MI 2100), and then sampled the personnel concerned according to their pathology, their army, their rank, their service link.

Results: We found 11.43% of distortions to the standard. The most affected pathologies are metabolic diseases, diseases of the endocrine glands and osteo-articular pathologies. We have shown a greater tendency towards distortion among gendarmes, air force personnel, non-commissioned officers and career personnel.

Discussion: The prevalence of distortions to the norm in our study can be explained by a failure to take into account the pathology in its prognostic and therapeutic aspects, of the exercise and operational environment, with a MMD proposed by an expert with his own knowledge of the military and professional experience. A reflection is proposed on the modalities of periodic updating of the regulatory texts.

Key words: medical-military expertise, medical aptitude to serve, distortions to standard