



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sonia OUZAA

INTERNE DES HÔPITAUX DES ARMÉES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS

ANCIENNE ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE LYON-BRON

Le 10 mars 2016

**LES ENJEUX DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT EN MILIEU
AERONAUTIQUE**

Etude qualitative auprès de 36 Personnels Navigants militaires

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Bruno CHENUÉL

Mme le Docteur Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA

Mme le Docteur Isabelle THAON

Mme le Professeur Marie-Dominique COLAS

M. le Professeur Jean-Pierre CRANCE

M. le Docteur Matthieu CHAUFER

Président

Juge

Juge

Juge

juge

Juge et Directeur de thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude
HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN
Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON –
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN – Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET – Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE – Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Professeur Pascal - ESCHWEGE Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteur Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE

À Monsieur le Médecin Général Inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre National de Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon argent

Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées

À Monsieur le Médecin Général Jean-Bertrand NOTTET

Directeur Adjoint de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National de Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de thèse,

**Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL
Professeur des Universités en Physiologie**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.
Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre haute considération.

À notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier en Physiologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous vous en remercions profondément.

Soyez assurée de notre plus sincère reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Isabelle THAON

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier en Santé au Travail

Vous avez spontanément accepté de juger notre travail.

Nous vous en remercions chaleureusement.

Soyez assurée de notre profond respect et de nos plus sincères remerciements.

À notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Marie-Dominique COLAS-BENAYOUN

Professeur Agrégée du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vous nous avez fait l'honneur de nous aider dans la réalisation de ce travail.

Nous vous remercions pour votre implication personnelle.

Nous vous prions de recevoir à travers cette thèse le témoignage de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Émérite de Physiologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Commandeur des Palmes Académiques

Médaille de l'Aéronautique

Médaille d'Honneur du Service de santé des armées

Votre participation à notre jury de thèse est pour nous un très grand honneur. Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail ainsi

que de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à celui-ci. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance sincère et de notre profond respect.

À notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Matthieu CHAUFER

Médecin Principal de l'Antenne Médicale de la Base Aérienne 133 de Nancy-Ochey

Tu m'as fait l'immense honneur d'accepté de diriger cette thèse avec rigueur.

Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée tout au long de la réalisation de ce travail.

Trouve dans ce travail le témoignage de ma gratitude et l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

À Nicolas, mon cher époux,

Merci pour ton soutien tout au long de ces années. Malgré la distance et le temps nécessaire à mes études, tu as toujours été présent pour me soutenir. Ton accompagnement à chaque nouvelle étape de ma vie, m'a aidé à les traverser du mieux possible. Merci aussi pour ta patience (et je sais que c'est difficile pour toi) lors de mes épisodes de stress aigu lié au travail. Il est toujours agréable de savoir que l'on va trouver du réconfort en rentrant à la maison. Cette année est un peu notre année, finalisation des études pour moi, qualification et première OPEX pour toi, et enfin un mariage pour nous. En espérant pouvoir concilier du mieux possible nos vies professionnelles et personnelles prochainement. Je sais que tu aurais souhaité être présent lors de la soutenance, mais comme toujours, on jongle entre les différentes contraintes. Merci pour l'aide apportée dans ce travail. Je t'aime ma patate.

À ma famille,

À ma maman, merci pour tout, tout simplement. Merci pour l'accompagnement depuis toujours, pour l'éducation, l'apprentissage de la rigueur, sans laquelle il m'aurait été difficile de parvenir jusqu'ici. Merci pour le soutien téléphonique récurrent, pour cette écoute attentive et les conseils avisés. Merci de m'avoir laissé partir, pour rentrer dans cette « sacrée sale boate », alors que cela t'était très difficile. Je sais l'inquiétude que t'apporte mon choix professionnel, j'aimerais simplement te dire « ne t'inquiète pas tout ira bien ». Merci pour l'amour que tu me portes, sans faille. Théo finira bien par arriver, sois patiente. Ma réussite est aussi la tienne. Je t'aime fort, ma petite maman.

À ma grand-mère et toute ma famille, merci à vous également pour l'accompagnement. Ce regard si bienveillant est tellement réconfortant. Je sais que je trouverai toujours une porte ouverte auprès de vous. Ma petite mamie, j'espère pouvoir t'apporter joie et fierté au cours de ces prochains mois.

À ma belle-famille, merci de m'avoir si bien intégrée à votre famille. Votre sympathie a été immédiate. Catherine, malgré l'éloignement nous pensons souvent à vous. Nous vous attendons avec Jean-Jacques et les enfants de pied ferme. Avec Erich, soyez assurés que je prendrai soin de votre « tout petit ».

À mes chers amis,

À Julie, pour ton amitié. Nous nous sommes suivies depuis notre lycée. Arriver ensemble à la boate et qui plus est dans le même secteur, a été un réconfort incommensurable. Nous avons passé notre P1 et continué ensemble. Merci de ta présence. Ne change rien (même le volume sonore). Tu es quelqu'un de généreux et tourné vers les autres comme il y en a peu. Je vous souhaite tout le bonheur du monde avec Max (et Happy), ainsi qu'une longue vie ensemble.

À Matthieu, pour beaucoup. Déjà de m'avoir supportée pendant nos conf' Hippocrate. Pour nos moments de partage, de rire, d'échange. Merci d'avoir relu cette thèse et d'y avoir apporté de précieux conseils. Toutes mes félicitations pour vos fiançailles avec Shirley. Je sais que vous saurez rendre chaque jour incroyable.

À Sébastien, merci pour ces temps à refaire le monde, avec ta vision de celui-ci si incroyablement positive. Merci pour ton amitié qui est une des plus précieuses, même si tu ne réponds pas toujours aux SMS, mais ça c'est toi ! J'espère que tu te plais à Paris.

Merci à vous trois réunis de m'avoir fait l'honneur d'être mes témoins. L'externat n'aurait pas été le même sans vous. Il n'en reste que nos fous rires, nos sorties, nos petits repas. Vous me manquez terriblement.

À Alix, Thibault et Charlotte, mes autres carréliens préférés. On ne manque pas de se voir dès que je passe sur Paris. Vous êtes des amis des plus fidèles.

À ma famille de la boate : Fanny pour ton soutien sans faille pendant ma P1, qui nous a permis de lier une belle amitié. Brest c'est loin quand même, tu aurais pu faire un effort. Je sais que tu y es très heureuse avec Pierrick. Christelle et Emeline, mes bizuthes, avec qui nous avons des discussions « so girly », toujours plus aux faits des ragots ! Profitez de Marseille avec vos hommes, j'espère vous revoir bientôt. Et à tous les autres, car quand même, elle est sympa notre famille tradi'.

À Sophie, mon amie de plus longue date. Nous avons réussi à conserver des liens malgré la distance. C'est toujours un plaisir de se voir sur Paris. À très bientôt pour nos mariages respectifs.

À toutes les personnes rencontrées pendant mon internat,

À Jordan, dit « Jordy » ou « Jojo ». Merci de m'avoir supportée pendant ces 3 semestres d'internat. Je suis contente d'avoir été ta co-interne pendant autant de semestres, tu es quelqu'un de fiable, tu feras un formidable médecin. Toujours de bonne humeur, calme. Il n'est pas de personne plus sympathique. Surtout, ne change rien.

À Agnès, dite « chouchou ». Un plaisir de travailler avec toi. Nos tea-time ou chococcino party étaient tops. La gentillesse incarnée, la naïveté aussi (non, les os ne se recollent pas), si amusante.

À Marie et Camille, nous n'avons jamais été dans le même stage, mais avons partagé quelques gardes et quelques soirées. Merci pour votre amitié.

À Elena et Adrien, je suis tellement contente de vous avoir rencontrés ! Vous êtes des personnes merveilleuses, et il est temps de retourner au Gustave boire des mojitos. Elena, merci d'avoir été là quand cette thèse n'était plus qu'un projet lointain. Vous êtes au top les copains.

À Gaëlle, mon alter-ego. Les urgences n'auraient pas été les mêmes sans toi. Ta fraîcheur et ton idéalisme me correspondent tant. Soyez heureux avec pilou.

À David, merci pour tout ce que tu m'as appris, j'espère que tes projets professionnels aboutiront (enfin !).

À Aurore, le sourire malgré ton arrivée dans le froid lorrain. Profite bien de Clément maintenant que vous êtes enfin réunis.

Aux médecins de l'HIA LEGOUEST qui ont marqué mon internat :

- Dr CINQUETTI, Dr CARASSOU, Dr KARKOWSKI du service de SMIS
- Dr LEGNAM de chirurgie orthopédique
- Dr TRENDEL du service d'ORL,
- Dr FACIONE, Dr STEFAN, Dr NGUYEN du service de MPR,
- Dr PRUNIER-DUPARGE, Dr DUMONS, Dr GALANT, Dr HANOUN du service des urgences qui m'ont tant appris dans une bonne humeur constante.

Chers collègues, chers confrères, chers amis, vous m'avez guidée avec bienveillance dans mon apprentissage de la médecine générale. Soyez toutes et tous remerciés pour votre accueil, votre pédagogie et votre envie de transmettre vos connaissances.

À tous les paramédicaux, car il faut bien l'avouer, sans vous, nous, jeunes internes, nous serions perdus. Merci pour votre patience, vos explications sur les protocoles des différents services.

À toutes les personnes m'ayant aidée dans la réalisation de cette thèse :

À Barbara ANDRÉANI, Attachée de Recherche Clinique, Centre de Régional de Documentation scientifique et de recherche clinique de l'HIA LEGOUEST, merci pour ton aide, ton soutien, ton expérience et tes conseils avisés sur la recherche qualitative. Sans toi, la réalisation de cette thèse aurait été beaucoup plus difficile. Merci pour ta disponibilité, tes réponses rapides, les internes de LEGOUEST ont beaucoup de chance de t'avoir.

Et enfin, à tous ceux auprès de qui je m'excuse de ne pas pouvoir les citer et qui ont néanmoins contribué de près ou de loin, par une parole, un geste, un sourire, à m'encourager et à me soutenir tout au long de ce travail.

À vous tous, merci.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	16
GLOSSAIRE.....	17
I. INTRODUCTION.....	18
II. MATERIEL ET METHODE	19
A. SCHEMA DE L'ETUDE.....	19
B. POPULATION DE L'ETUDE	19
C. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	19
D. RECUEIL DES DONNEES	19
E. ANALYSE DES DONNEES	20
III. RESULTATS.....	20
A. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION	21
B. FORME DES ENTRETIENS	22
C. DONNEES RECUEILLIES LORS DES ENTRETIENS	23
1. <i>Les thèmes abordés (figure 1).....</i>	<i>23</i>
i. Spécificités du médecin PN	23
ii. Spécificité de la condition de PN.....	25
iii. Concernant l'interaction médecin PN-PN	27
iv. La disponibilité du médecin PN.....	29
v. Conseil/soutien	30
vi. La charge opérationnelle.....	31
vii. La nouvelle organisation du SSA	31
2. <i>Sous-thèmes émergents</i>	<i>32</i>
3. <i>Idées émergentes.....</i>	<i>33</i>
IV. DISCUSSION	34
A. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	34
B. FORCE ET LIMITE DE L'ETUDE	36
C. COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	37
1. <i>La relation médecin-patient : l'enjeu du 21^{ème} siècle.....</i>	<i>37</i>
i. Evolution des dernières années	37
ii. L'annonce diagnostique	38
iii. La confiance : le socle de la relation médecin PN-PN.....	39
2. <i>Le contexte particulier de la relation médecin PN-PN</i>	<i>41</i>
i. Une motivation forte	41
ii. L'espace aérien, un milieu de contraintes.....	42
iii. Un soutien médical dédié.....	43
iv. L'aptitude : une décision légitime et justifiée	45
V. CONCLUSION.....	47
VI. BIBLIOGRAPHIE	48
VII. ANNEXES.....	51

Liste des abréviations :

PN : personnel navigant, pouvant être pilote, NOSA, mécanicien navigant, personnel sécurité cabine ou contrôleur.

Médecin PN : médecin chargé sur une base donnée du PN qui y est attaché.

CPEMPN : Centre Principal d'expertise Médicale du Personnel Navigant

NOSA : Navigateur Officier Systèmes d'Armes

ALAT : Aviation Légère de l'Armée de Terre

OPEX : Opération Extérieure

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

SSA : Service de Santé des Armées

BDD : Base De Défense

CMA : Centre Médical des Armées

SMPCAA : Service Médical de Psychologie Clinique Appliquée à l'Aéronautique

HAS : Haute Autorité de Santé

LAPL : Licence de Pilote d'Avion Léger

Glossaire

Termes utilisés en recherche qualitative (mots étoilés* dans le texte):

Analyse de contenu : examen systématique et méthodique des données brutes d'un texte consistant à les décomposer en unités élémentaires, les classer, et les interpréter. Cette transformation permet de simplifier et de réarranger les données afin de les rendre compréhensibles de façon globale, compte-tenu des objectifs de recherche.

Analyse thématique : analyse de contenu consistant à découper transversalement tous les entretiens sous forme de codes, catégories et thèmes, afin de produire des modèles explicatifs de pratiques, de représentations ou d'opinions.

Echantillon raisonné : échantillon constitué de manière non probabiliste, par la sélection de personnes considérées comme typiques de la population cible.

Entretien semi-dirigé : entretien en face à face consistant à poser des questions ouvertes, s'appuyant sur un guide d'entretien. L'ordre des questions n'est pas figé, le rôle de l'enquêteur étant d'effectuer les bonnes relances au moment opportun, afin d'explorer tous les thèmes du guide.

Grille d'analyse: encore appelée arbre thématique. Construction finale rendant compte de la hiérarchisation des thèmes, sous-thèmes, catégories et codes identifiés.

Guide d'entretien : série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens.

Retranscrire : première étape de l'analyse consistant à noter sous forme écrite les données verbales et/ou non verbales produites par l'interviewé.

Saturation des données : point théorique à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émerge plus au cours des entretiens. Elle comble l'absence de critères statistiques pour déterminer la taille de l'échantillon.

Discours : énoncés des personnes interrogées lors des entretiens.

Sous-thème : regroupement de catégories, à partir de rapprochements établis entre elles.

Thème : regroupement de sous-thèmes sous forme de concept plus général.

Verbatim : production écrite obtenue après retranscription intégrale et mot-à-mot d'un entretien.

I. INTRODUCTION

La relation médecin-patient est un enjeu majeur de la prise en charge médicale. Celle qui lie le patient personnel navigant au médecin militaire chargé du personnel navigant (PN) est tout à fait singulière.

Le médecin militaire présente dans sa pratique quelques spécificités. En effet, il tient une position médicale triple : de soignant, d'expert et de conseiller du commandement. Ceci est régi par un texte spécifique, le décret n°2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées (1). Cette pratique est différente du milieu civil dans lequel le monde de la médecine du travail et celui de la médecine de soin sont bien distincts, et ne peuvent communiquer qu'avec l'accord du patient (2).

Le PN est une sous-population parmi les militaires. Il s'agit de combattants ayant un mode de fonctionnement particulier, notamment avec une motivation très forte, un esprit de corps marqué et un parcours professionnel exigeant. Cette population sélectionnée, réputée en bonne santé, n'est pas à l'aise avec le monde médical. En effet, elle doit faire la preuve de sa bonne santé de manière périodique et toute consultation chez le médecin PN peut se solder par une remise en cause de son aptitude à voler. Leur aptitude médicale est encadrée et très surveillée. Les conditions de vol peuvent être extrêmes surtout dans le milieu militaire (haute altitude et hypoxie, facteurs de charge importants, conditions liées à la machine telles que vibration, hygrométrie, ou liées à la mission opérationnelle et au vol : stress, fatigue etc.) (3).

Chaque visite médicale est l'occasion pour le médecin en charge du PN de déterminer un risque acceptable pour la santé du PN, de son groupe et pour la sécurité des vols.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les aspects saillants de cette relation, du point de vue des PN, susceptibles de contribuer ou de faire obstacle à la prise en charge médicale de leurs pathologies, et donc d'avoir une incidence sur la sécurité aérienne. Nous nous appuyerons sur une étude qualitative qui a été réalisée auprès de 36 PN effectuant leur visite d'expertise au CPEMPN de l'HIA Percy, Clamart (Paris).

II. MATERIEL ET METHODE

A. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés* et focus-groupe. Les 32 lignes directrices COREQ (Consolidated Crietera For Reporting Qualitative Research) ont été suivies (4).

B. Population de l'étude

Les sujets ayant participé aux entretiens individuels étaient des personnels navigants réalisant leur visite semi-annuelle au CPEMPN de l'HIA Percy, Clamart (PARIS) sur la période du 16 au 27 mars 2015. Le focus-groupe a été constitué ultérieurement, en Août 2015 sur la base aérienne de Saint-Dizier. Il s'agissait de PN sous-officiers ou officiers de carrière ou sous contrat.

Les critères d'exclusion étaient :

- les PN non embarqués,
- le personnel ayant participé à la création des entretiens,
- les PN présentant un potentiel conflit d'intérêt avec l'investigateur,
- tout PN refusant de participer à l'enquête était également exclu.

C. Constitution de l'échantillon

Un questionnaire standardisé (ANNEXE1) avait été distribué à tout PN militaire se présentant au CPEMPN sur la période donnée. Celui-ci permettait d'une part de recruter les sujets volontaires pour participer à l'étude, d'autre part de recueillir les caractéristiques sociodémographiques principales afin d'assurer l'hétérogénéité de l'échantillon à sélectionner.

Un échantillonnage raisonné* a été effectué, le plus diversifié possible, recherchant la variation maximale selon l'âge, le sexe, la fonction et le grade.

Nous avons arrêté le recrutement dès l'obtention du nombre d'entretiens suffisant pour la saturation des données*. (5) (6)

D. Recueil des données

Les entretiens ont été conduits par l'auteur dans un bureau à l'écart du circuit standard des PN lors de leur passage au CPEMPN.

Un guide d'entretien* standardisé (ANNEXE 2) portant sur la relation médecin PN-PN du point de vue du PN a été élaboré avec l'aide d'un PN et d'un médecin PN; celui-ci a été testé lors de deux entretiens exploratoires et a été enrichi au fil des données collectées.

Il était bien rappelé en introduction par l'investigateur qu'il n'avait aucun rôle dans leur visite d'aptitude et que les données étaient strictement confidentielles et anonymes.

L'entretien s'achevait systématiquement par une reprise des caractéristiques sociodémographiques du patient.

Pour chacun des axes abordés dans le guide d'entretien, des relances étaient effectuées quand les patients ne parvenaient pas à évoquer spontanément les points que nous souhaitions aborder.

L'entretien se terminait de lui-même dès qu'il y avait redondance des propos. (5) (6)

Tous les entretiens ont été intégralement enregistrés sur support audio numérique (SAMSUNG® avec application Smart Voice Recorder) après autorisation orale de chaque patient.

Les enregistrements ont été retranscrits* mot à mot, en incluant certains éléments non verbaux (rire, pause, hésitation...) sur un support informatique.

Les verbatims* obtenus ont été anonymisés en attribuant un numéro à chaque entretien (entretien 1 à entretien 32 + focus-groupe) selon l'ordre chronologique de leur réalisation.

Aucun enregistrement n'a été conservé à l'issue de cette étude.

E. Analyse des données

L'investigateur a effectué une analyse thématique des entretiens transformés en verbatims* de façon manuelle par un processus de codage inductif.

L'analyse a été réalisée en deux temps : tout d'abord une analyse par entretien puis un examen thématique (répartition en thèmes* et sous-thèmes*).

Le codage a été réalisé par une seule personne, l'intervieweur.

Une grille d'analyse* de contenu thématique a été élaborée. Certaines notions ont changé de classification au fil des entretiens.

III. RESULTATS

Trente-deux personnes ont participé aux entretiens individuels du 16 au 27 mars 2015 au CPEMPN de l'HIA Percy, (Paris). Quatre sujets ont accepté de constituer un focus groupe au mois d'août 2015 sur la base aérienne de Saint-Dizier.

Les volontaires pour les entretiens individuels ont été recrutés via un premier questionnaire (n=19) et par sollicitation orale de l'enquêteur (n=13).

Les questionnaires de recrutement n'ayant pas été systématiquement distribués aux PN, ou ayant été égarés ou non rendus, il n'a pas été possible de définir la population des PN se présentant au CPEMPN sur la période donnée. Seuls 33 questionnaires ont été récupérés. Parmi eux, un personnel a refusé de remplir les données démographiques ne souhaitant aborder le contexte délicat de la visite d'aptitude. Treize ont rempli les données démographiques, mais ont refusé de participer aux entretiens. Parmi eux, un sujet a indiqué être en poste à l'étranger, les autres n'ont pas indiqué de motif de refus.

A. Caractéristique de la population

La population de l'étude ayant participé aux entretiens individuels était constituée de 32 personnels, d'une moyenne d'âge de 38.4 ans (± 6 ans). La prédominance masculine est nette. La population est majoritairement composée de personnels officiers, avec une ancienneté de service moyenne de 18 ans (± 6.6 ans). On retrouve un échantillon de l'ensemble des sous-populations de personnels navigants en termes de fonction, de grade et d'âge. Parmi eux, un tiers exerce une fonction d'encadrement (tableau1).

Tableau 1 : caractéristiques démographiques de la population étudiée en entretiens individuels (n=32)

	N (%)	Moy \pm ET	[Etendue]
Age		38,4 \pm 6	[26 - 49]
Sexe			
Hommes	31 (96,9)		
Femmes	1 (3,1)		
Grade			
Sous-officiers	3 (9,4)		
Officiers subalternes	18 (56,2)		
Officiers supérieurs	11 (34,4)		
Statut			
De carrière	18 (56,2)		
Sous contrat	14 (43,8)		
Année d'engagement		1997 \pm 6,6	[1986 - 2011]
Fonction			
Pilotes d'avion de chasse	7 (21,9)		
Pilotes d'avion de transport	9 (28,1)		
Pilote hélicoptère de l'AA	1 (3,1)		
Pilote hélicoptère ALAT	7 (21,9)		
NOSA	4 (12,5)		
Mécaniciens navigants	3 (9,4)		
Contrôleur aérien embarqué AWACS	1 (3,1)		
Exerçant la fonction de cadre	10 (31,3)		

Le focus groupe, réalisé en août 2015 sur la base aérienne de Saint-Dizier, regroupait quatre hommes, exclusivement officiers, dont un sous contrat (tableau2).

Tableau 2 : caractéristiques démographiques de la population étudiée en focus groupe (n=4)

	N (%)	Moy \pm ET	[Etendue]
Age		33,3 \pm 3	[30 - 37]
Sexe			
Hommes	4 (100)		
Femmes	0 (0)		
Grade			
Sous-officiers	0 (0)		
Officiers subalternes	2 (50)		
Officiers supérieurs	2 (50)		
Statut			
De carrière	3 (75)		
Sous contrat	1 (25)		
Année d'engagement		2002 \pm 2,7	[1998 - 2004]
Fonction			
Pilotes d'avion de chasse	3 (75)		
NOSA	1 (25)		
Exerçant la fonction de cadre	2 (50)		

Parmi la population ayant refusé de participer à l'étude, on note une plus grande proportion de sous-officiers et de mécaniciens navigants. Les autres caractéristiques démographiques sont similaires, notamment concernant l'âge et l'année d'engagement, avec cependant une plus grande étendue (tableau 3).

Tableau 3 : caractéristiques démographiques de la population ayant refusé de participer aux entretiens (N=13)

	N (%)	Moy ± ET	[Etendue]
Age		37,1 ± 8	[25 - 52]
Sexe			
Hommes	12 (92,3)		
Femmes	1 (7,7)		
Grade			
Sous-officiers	5 (38,5)		
Officiers subalternes	5 (38,5)		
Officiers supérieurs	3 (23)		
Statut			
De carrière	8 (61,5)		
Sous contrat	5 (38,5)		
Année d'engagement		1995 ± 8,5	[1982 - 2006]
Fonction			
Pilotes (tout aéronef confondu)	7 (53,8)		
NOSA	0 (0)		
Mécaniciens navigants	6 (46,2)		

B. Forme des entretiens

Lors des entretiens, les personnes interrogées avaient un discours généralement neutre. Lorsqu'une tendance, positive ou négative, se dégageait, elle ne l'était pas pour l'ensemble du discours de l'interviewé mais à l'évocation de certains thèmes uniquement. La durée moyenne des entretiens était de 24 min.

Nous avons isolé 2907 extraits de texte, constituant chacun une unité de contexte, dans les entretiens individuels et 148 dans le focus groupe. Nous les avons ensuite regroupés en thèmes.

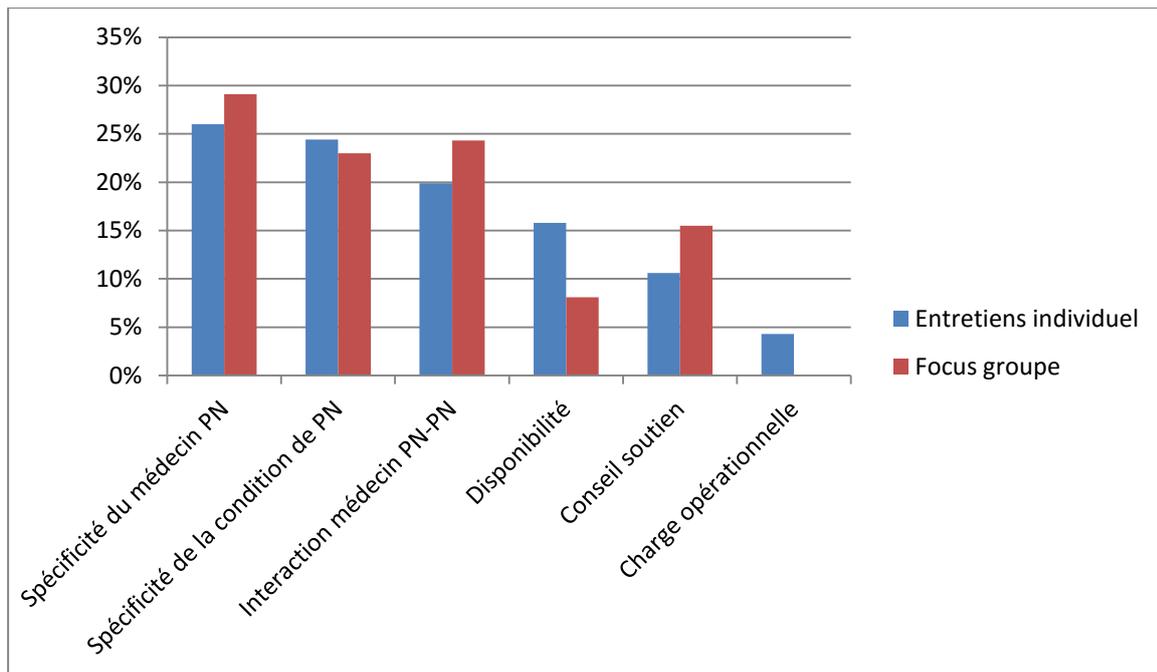


Figure 1 : répartition des unités de contextes de discours en fonction des thèmes

C. Données recueillies lors des entretiens

1. Les thèmes abordés (figure 1)

i. Spécificités du médecin PN

Le thème le plus fréquemment évoqué était celui de la spécificité du médecin PN. Celui-ci était abordé de manière majoritairement neutre, souvent positivement, sans réelle variation suivant les sous-populations.

- **Expérience et grade du médecin PN**

La majorité du personnel ne percevait pas ces deux éléments comme des facteurs pouvant perturber la relation médecin-patient. Cependant trois sujets, appartenant tous à la même sous-population des pilotes de chasse, signalaient, qu'en début de carrière notamment, une grande différence de grade entre patient et médecin serait un frein dans l'établissement d'une relation de confiance, « *parce que quand on rentre dans l'armée, on a la peur du grade, on est impressionné. On se met au garde à vous devant n'importe qui donc forcément, quand on voit 4 barrettes ou 5 barrettes, ça fait peur* ». Les personnels rapportaient une évolution au fil de leur carrière, au cours de laquelle le grade du médecin prend moins d'importance. Il existe une forme de préférence pour les grades intermédiaires (capitaine et commandant) qui permettraient d'attirer plus facilement l'ensemble des patients. Les PN énonçaient préférer des médecins avec une expérience de terrain, une pratique et des connaissances en milieu aéronautique de quelques années, mais la confiance

en la formation reçue et la motivation des jeunes médecins venaient contrebalancer ce préjugé.

- **Connaissances spécifiques du médecin PN**

Les connaissances spécifiques du milieu militaire et aéronautique du médecin, acquises au cours de sa formation, ont été abordées dans le discours et étaient relatées comme appréciées par l'ensemble de la population. Pour la majorité, c'est la différence essentielle avec le médecin traitant civil. Cela contribuerait également à des départs en OPEX plus sereins.

- **Décision d'aptitude**

Concernant les décisions d'aptitude que peut avoir à prendre le médecin PN, deux avis principaux s'opposaient. Le premier, majoritaire, était surtout soutenu par les personnels de l'ALAT et quelques personnels de l'armée de l'air, notamment des cadres. Il défendait l'importance de la mission d'expertise du médecin PN : « *Ça me paraît tout à fait normal...que le médecin PN dise... "Tu n'es plus en état de faire ton métier. Tu deviens donc potentiellement dangereux", Moi ça me paraît normal* ». Pour eux, le médecin est garant de leur état de santé et, indirectement, de leur capacité opérationnelle afin d'assurer la sécurité de la mission et sa réussite, le soutien des troupes au sol et la protection du matériel et des machines. L'argument le plus souvent avancé était celui de la sécurité aérienne, avec le sentiment d'avoir un spécialiste ayant un regard sur le domaine médical, un « garde fou », quelqu'un ayant un regard protecteur. Les cadres, quelle que soit l'arme d'appartenance, soulignaient également le rôle de protection de l'institution militaire (pension en cas d'accident, maintien des effectifs, etc.).

Le second point de vue dénonçait une dualité jugée incompatible du médecin PN, à la fois soignant et expert, « *pour moi c'est deux fonctions qui ne devraient pas être tenues par la même personne* », « *c'est antinomique* ». Le terme de « coupeurs d'ailes » a été exprimé par six personnes dont cinq pilotes de chasse et un pilote de l'ALAT.

Cependant, la majorité considérait qu'il serait difficile d'avoir un autre modèle de procédure, et qu'il est « inévitable » que le médecin PN ait cette fonction, qu'il est même préférable qu'elle soit assurée par celui-ci.

- **Conseil au commandement**

La fonction de conseiller du commandement que tient le médecin PN était bien perçue par l'ensemble de la population interrogée. Trois personnels notaient une limite tenue vis-à-vis du secret médical. La grande majorité considérait cette fonction comme indispensable avec une vision différente cependant. Les jeunes rapportaient pouvoir y trouver un soutien face à la hiérarchie, le médecin pouvant faire remonter des informations

concernant la pression opérationnelle, la fatigue etc. Les cadres quant à eux, la percevaient comme une aide, à la gestion des personnels, point de contact d'un point de vue santé. Elle leur semblait indispensable au quotidien. Seuls les sujet du focus groupe ne se sentaient pas concernés d'un point de vue personnel, pointant qu'en cas de remontée hiérarchique via le médecin PN, une stigmatisation du PN au sein de l'escadron pouvait en découler, mais notaient un intérêt pour le groupe.

ii. Spécificité de la condition de PN

En deuxième position, c'est la spécificité de la condition du PN qui était le plus souvent abordée. Ce thème est évoqué de façon majoritairement neutre, avec une tendance plutôt négative.

- **La peur de l'inaptitude**

La peur de l'inaptitude était évoquée systématiquement. Elle était dite plus prégnante à l'engagement et en début de carrière. Les jeunes PN sont dépeints comme étant les plus sur la réserve, limitant le contact avec le milieu médical militaire aux seules visites systématiques, « *les jeunes qui sont je pense en complète défiance, c'est-à-dire, moins je les vois, mieux je me porte* ». Les personnels les plus anciens décrivaient un changement de sentiment au cours de la carrière. De leur point de vue, l'expérience des dérogations, commissions de révisions etc., semble diminuer leur appréhension vis-à-vis de la perte d'aptitude. En effet, celles-ci permettent dans certains cas d'inaptitude de poursuivre l'activité aéronautique, avec ou sans restriction, sur décision du commandement après avis émis par un ensemble de spécialistes ayant étudié le dossier du PN. Ils ont alors fait la remarque qu'il est possible de déroger aux normes d'aptitudes médicales. L'expérience grandissant et le vieillissement physiologique étant inéluctable, les textes sont également moins stricts en aptitude révisionnelle qu'en aptitude initiale. Seuls deux sujets du focus groupe allaient à l'encontre de ce sentiment, avec persistance d'une défiance malgré des dérogations accordées. On notait tout de même que la majorité des personnels de l'armée de l'air interrogés admet préférer consulter un médecin généraliste civil avant ou à la place de leur médecin PN. Certains admettaient ne pas vouloir mettre en péril leur aptitude. Ils consultent alors leur médecin traitant civil afin d'avoir un avis préalable, ou pour la totalité de leur prise en charge. D'autres soulignaient une plus grande simplicité de consultation du médecin civil.

- **L'individu PN**

Les entretiens ont fait ressortir un tableau de « l'individu PN » avec ses aspects psychologiques, « *forcément j'ai une population avec beaucoup de pilotes, donc c'est une population qui a un fonctionnement psychologique particulier* ». Il a été défini comme issu

d'une population particulière, « *Les pilotes sont des gens qui sont...élite n'est pas le bon mot d'ailleurs, ce sont des gens qui sont sélectionnés pour leurs qualités je pense physiques, leurs qualités psychologiques, leur stabilité* ».

- Tout d'abord pour le travail en groupe, la vie en communauté, majoritairement masculine, faisant face aux mêmes contraintes. Le terme de meute était même employé par quatre sujets. Ceci implique plusieurs choses.

L'importance de ne montrer au groupe aucune faiblesse était soulignée par quatre pilotes de chasse, « *il ne faut pas être trop malade en escadron de chasse. Il faut montrer qu'on est en bonne santé, parce qu'après on se fait tailler, c'est un milieu, la chasse, où il ne faut pas montrer qu'on est faible* ». Selon eux, il en découlerait une baisse du nombre de consultation, ceci afin de masquer au reste du groupe une quelconque faiblesse physique et/ou psychologique, une fatigue, de ne pas suggérer une baisse motivationnelle en cours de formation, « *Parce qu'ils n'ont pas envie de ne pas faire le vol prévu. Parce que c'est toujours un petit peu mal perçu de ne pas faire le vol prévu, pour raison médicale* ». Une autre implication de cet effet groupe était le crédo de ne pas consulter le médecin PN compte tenu du risque d'inaptitude et de préférer consulter le médecin civil au préalable. Cette vision était bien décrite par l'ensemble des personnes interrogées, hormis 3 sujets pour qui ce discours ne serait plus tenu dans les unités. Les PN ont décrit tout de même une évolution au cours des dernières années avec une diminution de ce discours, « *il y a eu des gros a priori, les médecins militaires ce sont des vétérinaires, etc. Mais ça dépend des générations* ».

- Ensuite, l'aspect motivationnel, passionnel de leur métier était constant et important, le PN étant prêt à occulter ses problèmes de santé pour toujours être en mesure de voler, d'accomplir ses missions, « *parce que les PN...bon je pense que c'est valable dans tout métier, mais on a toujours envie d'occulter nos petits problèmes pour montrer qu'on est toujours au top, qu'on est toujours capable de faire notre métier, et tenir notre place dans l'avion* ».

- Enfin, ils décrivaient un stress constant, avec comme facteurs identifiés, l'impact psychologique de la mission, « *Ce qu'on voit moins aussi, c'est peut-être les difficultés psychologiques que ça peut générer* », le risque en vol (problème de santé en vol, problème de la machine, facteurs humains...), le risque d'accident aérien, « *il y a une différence avec les autres, c'est qu'on ne touche pas le sol. Ça c'est énorme* », l'éjection ou atterrissage en zone hostile, (petit effectif voir pilote isolé, préparation physique, tirs d'obus et de missiles anti-aériens...) avec un danger de mort prégnant, « *ne pas se faire massacrer* ».

- **Un rythme médical différencié**

Trois personnels soulignaient la différence de rythme des visites systématiques et des normes d'aptitude en fonction des sous-populations de PN, et de leur arme d'appartenance. Ceci impliquait pour eux une différence de rapport au monde médical en fonction des personnels. Certains allaient même jusqu'à remettre en cause la fréquence des visites d'aptitude.

iii. Concernant l'interaction médecin PN-PN

Le discours était neutre, avec de nombreux aspects positifs. Un seul personnel avait un regard négatif sur le sujet.

- **Une relation de confiance**

Il est à souligner que le mot confiance était présent au sein de 107 unités de contexte et était le terme qualificatif le plus fréquemment prononcé.

La confiance était décrite à plusieurs niveaux. Globalement, les PN s'estimaient satisfaits de leur relation avec le médecin PN. Il existait clairement une confiance en ses connaissances médicales « *Moi j'ai beaucoup d'estime* », « *Pour moi on a une médecine top* », « *pour moi t'es médecin et le médecin c'est le bon dieu* ». Pour les PN, la confiance envers le médecin dépend de ses qualités relationnelles, et ne peut être similaire avec tous les médecins, parfois bonne, parfois mauvaise. Cette notion était bien appuyée par le focus groupe.

Concernant le système médical militaire, le discours était plus contrasté. Certains allaient jusqu'à être méfiant envers celui-ci, « *ce n'est pas lui qui est incriminé, c'est le système* », « *le système est opaque, ça ne donne pas confiance* ». D'autres étaient plus sereins, « *je ne vais pas remettre en cause l'éthique des médecins ni leur morale, donc c'est un système qui me convient* », « *Je pense que le système est fiable* », « *je ne vois pas trop ce que vous pouvez améliorer parce que c'est quand même un système qui fonctionne bien* ».

- **Le secret médical**

Les PN déclaraient avoir confiance en leur médecin PN pour ce qui est du secret médical. Trois sujets ainsi que le focus groupe soulignaient la tenue du secret médical compte tenu de la fonction de conseiller du commandement. De l'avis général, il n'y a aucune crainte véritable à ce sujet, qui n'est pas identifié comme facteur bloquant la confiance médicale en entretien. Un cadre de l'ALAT signalait qu'au contraire, le secret médical pouvait être un facteur entravant le conseil au commandement, le médecin ne pouvant faire remonter toutes les informations.

- **Les instructions aéromédicales**

Les instructions aéromédicales réalisées par le médecin PN étaient appréciées pour leur qualité par l'ensemble des personnels interrogés. Elles leur permettraient d'appréhender des situations à risque et de reconnaître des signaux d'alarme devant faire consulter. Des rappels en cours de carrière réguliers mais non répétitifs sont bien perçus, voire réclamés. Cela leur permet de remettre à jour leurs connaissances. C'est également un moyen d'être au contact du médecin hors de la consultation médicale.

- **La variabilité du discours médical**

Il existait un regard critique péjoratif sur la variabilité du discours médical. Pour la majorité des PN, avoir plusieurs avis divergents, avec des prises en charges proposées non similaires constitue un véritable problème, « *il y a des médecins qui sont plus regardants que d'autres, il y a un problème de standardisation, les médecins ne sont pas standardisés* ». Le focus groupe insistait sur le fait que ceci ne leur permet pas d'avoir confiance dans le système médical militaire. Ils constataient alors que la remise en question de l'aptitude sera différente « *impossible de savoir, et on ne peut pas faire confiance. Parce qu'en fonction du mec sur qui on va tomber, c'est soit 1 an, soit vas-y tu y vas* ». Le fait que la médecine ne soit pas une science exacte constituait pour eux un véritable obstacle à la confiance au monde médical. Ils aimeraient bénéficier du même discours quelque soit le médecin rencontré.

- **Un médecin accompagnateur**

Lorsque des problèmes médicaux sont rencontrés, les PN exprimaient le souhait d'entretenir avec leur médecin un véritable dialogue. Ils ajoutaient être demandeurs d'explications claires sur la prise en charge et les examens complémentaires, ainsi que les suites concernant l'aptitude, « *Donc ça développe la confiance. Quand on sait qu'on va être compris et accompagné, il n'y a pas de raison de faire des cachoteries* ». On notait également le souhait d'une « prise de risque » concernant leur aptitude de la part du médecin, avec pour expression récurrente de ne pas « sortir le parapluie », « *finalement ça revient à ça : il arrête les gens de vol ou est-ce qu'il soigne les gens, c'est vraiment les 2 catégories de médecin qu'on catégorise* ». Ils aimeraient se voir proposer une réflexion commune sur les risques en vol liés à leur problème médical avant de poser une inaptitude, temporaire voir définitive dans le respect des normes et textes médico-aéronautiques. Ceci était d'autant plus marqué chez les personnels de l'armée de l'air, les personnels de l'ALAT déclarant avoir toute confiance en leur médecin et ne pas être en mesure d'avoir un avis sur la question. Mais de façon générale, ils exprimaient le désir d'un médecin accompagnateur, conseiller et soignant, pour préserver cette aptitude plutôt qu'un médecin perçu comme sanctionnant. Enfin, ils décrivaient un médecin qui saurait donner les bons conseils pour aider les personnels à puiser dans leurs ressources, les rassurer « *pour moi c'est ça le rôle d'un médecin PN. C'est de nous accompagner* ». Il était important pour eux que le médecin prenne le patient dans sa globalité avec son profil de carrière, l'avancée dans sa formation ou ses qualifications « *j'ai des qualifs en avril, est-ce que je peux me faire opérer, quel impact ça va avoir?* ». En effet, certaines décisions médicales peuvent avoir un impact direct sur l'avancée de carrière ou le renouvellement de contrat.

- **Les relations extra-médicales**

Concernant les relations en dehors du cabinet médical, il existait deux extrêmes. Cinq personnels de toutes sous-populations considéraient qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des contacts avec le médecin en dehors de son bureau, que les visites systématiques et intercurrentes sont suffisantes. Au contraire, cinq autres PN, sans distinction également, allaient jusqu'à considérer que le médecin PN doit être comme un ami, faire partie de leur cercle proche. Le reste des personnels ainsi que les membres du focus groupe pensaient que le déplacement du médecin dans les escadrons est indispensable, *« je pense que la différence avec un bon médecin PN elle se fait à ce niveau là »*, et pour plusieurs raisons. La première serait de comprendre les conditions de travail de leurs patients et d'évaluer l'ambiance globale de travail entre les personnes *« Et pour comprendre le métier et connaître ses patients, ses PN, c'est aller les voir au quotidien, comment ils travaillent, dans quelles conditions, connaître l'ambiance »*. Enfin, cela permettrait de rencontrer les gens dans un cadre moins formel que la consultation médicale, apportant plus de proximité. Les PN aimeraient rencontrer leur médecin autour d'un café, lors de vol (afin que celui-ci comprenne encore mieux les contraintes auxquelles ils sont soumis), lors de sorties terrains et des entraînements, aux briefings (auxquels il peut participer sur le plan médical), lors des activités cohésion. Ainsi, le médecin serait plus intégré au groupe, avec une compréhension commune, permettant de mieux développer la confiance *« qu'il participe plus à la vie de l'escadron, comme on parle de relation de confiance... ça passe par là »*. Certains PN souhaiteraient même que le médecin PN fasse partie intégrante de l'escadron, au même titre que les moniteurs de sport par exemple. Tout cela marquait pour eux le vrai rôle du médecin PN, son réel intérêt à leurs yeux. Ils ajoutaient que la démarche doit être spontanée, sans bénéfice secondaire (séance de vol par exemple), et régulière. Les cadres indiquaient également que cela permettrait au médecin de mieux cerner ses patients : ceux qui sont motivés, les discrets, les personnels ayant une grosse charge de travail... un regard sur le fonctionnement global du groupe.

iv. La disponibilité du médecin PN

Le thème de la disponibilité du médecin PN amenait des discours tranchés. Ils étaient variables en fonction de la base d'appartenance et du mode de fonctionnement de l'antenne médicale dont elle dépend. Les PN issus de grandes bases aériennes, aux effectifs conséquents, signalaient un manque de personnel médical. Ils dénonçaient alors des difficultés de prise de rendez-vous et des délais d'attente importants, peu compatibles avec leurs propres emplois du temps, chargés et très variables d'un jour à l'autre. La majorité des PN notait un contraste entre les visites systématiques, pour lesquelles la prise de rendez-vous est difficile et se fait longtemps en avance, et les visites intercurrentes pour lesquelles ils notent une bonne disponibilité de la part du médecin PN, parfois même joignable sans le filtre du secrétariat, *« quand on veut un rendez-vous, on peut l'avoir instantanément »*. Pour

eux, le rendez-vous est alors rapide, avec peu d'attente. En revanche, les PN disposant d'un système de consultation sans rendez-vous pour les visites non systématiques, trouvaient celui-ci inadapté compte tenu de leurs contraintes de vol, notamment avec des délais d'attente, pour être reçus, relevant parfois de la demi-journée, *«les délais de consultation, ça c'est un autre problème, c'est la galère, on attend des fois 2h pour le voir 5 min »*. Il est parfois décrit un sentiment de surcharge de travail des médecins, avec moins de créneaux de consultation, moins de temps pour les passages en escadron. Certains préférant ne pas consulter pour des pathologies jugées bénignes afin de réduire la charge de travail du médecin PN, *« Je ne me sentirais pas à ma place pour un problème bénin, compte tenu de leur surcharge de travail »*.

Les mutations et départs OPEX des médecins n'ont pas été rapportés comme des facteurs perturbants, tant qu'il y a un médecin PN vers qui se tourner présent sur la base. Les mutations sont habituelles dans l'esprit du militaire, *« vu que je suis muté autant que les médecins PN, franchement c'est transparent »*. Les PN avaient le sentiment d'être plus souvent mutés, excepté les navigateurs qui admettaient rester plus longtemps en poste sur une même base. Certains soulignaient même une bonne adaptation des antennes médicales pour assurer une continuité de soins, *« Pour moi l'organisation du service médical pour justement compenser les départs en OPEX était satisfaisante »*. On note tout de même deux extrêmes : pour l'un des sujets, *« quand on en a un qui est bien c'est toujours dommage qu'il parte, le temps de connaître le médecin, après on l'a un an, un an et demi, et après il part, C'est ça le problème. »*. Au contraire, pour un second : *« C'est pas plus mal des fois d'en changer, on ne s'entend pas obligatoirement »*.

v. Conseil/soutien

Le thème du « soutien et conseil » est évoqué positivement. Le soutien a pu apparaître sous diverses formes au travers des discours. Il allait du soutien psychologique, social, au soutien face à la charge de travail, la contrainte opérationnelle, et notamment, un sous thème émergent, la fatigue. Il ressortait que plus le PN avance dans sa carrière, plus le médecin est considéré comme un allié dans le travail. Il a moins besoin de soutien du fait de l'expérience et de sa place au sein de l'unité.

- **Soutien face à l'inaptitude**

Un aspect important était la prise en compte de la dimension psychologique en cas d'inaptitude. Les personnels interrogés étant encore en activité, aucun n'avait vécu d'inaptitude définitive au vol. Cinq, focus groupe inclus, ont connu des inaptitudes temporaires prolongées et six ont indiqué être aptes avec dérogation. Cependant, beaucoup affirmaient avoir vécu l'inaptitude définitive par procuration, via des camarades de promotion. L'inaptitude définitive était décrite comme un rêve brisé. Un accompagnement

de la part du médecin était souvent évoqué comme nécessaire à leurs yeux. Ils formulaient alors la demande d'une explication aussi claire que possible sur les raisons de cette inaptitude et ses implications. Cela implique un processus dynamique de la part du médecin PN, avec des décisions concernant l'aptitude ne devant être ni hâtives ni brutales. Le processus d'acceptation psychologique ne doit pas être négligé selon eux. Par ailleurs, ils souhaiteraient une meilleure transparence quant aux recours possibles (commissions de dérogation, etc).

- **Un médecin protecteur**

Le médecin était également décrit comme un modérateur, un « garde fou » (terme employé fréquemment), à plusieurs niveaux. A l'échelon personnel, il modère le PN dont le souhait principal est de voler, même en cas de problème physique et/ou psychologique. A l'échelon général, il collecte les informations sur la charge de travail et la fatigue, collectives ou individuelles. Pour la majorité, ce rôle était considéré comme primordial. Il était décrit comme un vecteur, un pilier du commandement, rempart et protecteur. Le médecin assurant un véritable rôle au sein de la chaîne de sécurité des vols, permettant d'éviter des accidents aériens. Un cadre l'avait illustré par cette phrase : « *conseiller du commandement, c'est...on va passer du briseur d'ailes à l'ange gardien* ». Trois personnels de l'armée de l'air plus anciens ont signalé ne pas avoir besoin du médecin pour faire remonter ce genre d'information, leur hiérarchie étant accessible et à l'écoute de ces problèmes. Un personnel de l'ALAT et un de l'armée de l'air, quant à eux, estimaient que l'avis du médecin n'était pas pris en compte par l'encadrement et souhaitaient que l'avis médical ait plus d'impact. Enfin, deux cadres de l'ALAT signalaient que le médecin pouvait être victime d'une certaine manipulation de la part de sujets peu impliqués professionnellement.

vi. La charge opérationnelle

Enfin, la charge opérationnelle était apparue comme un thème émergent. Elle n'apparaît pas systématiquement dans les propos. Les sujets l'ayant abordé avaient un discours à tendance négative. On notait une charge de travail décrite comme importante. Il y a de nombreux départs en mission, un manque de personnel, « *on a une population suffisamment restreinte pour qu'il n'y ait pas de gras ou de mou, et quand on doit partir en mission, il n'y a pas de spare* ». Il en ressortait pour les PN que les décisions médicales doivent être prises en prenant en compte ces données, toujours dans l'esprit d'une meilleure efficacité opérationnelle.

vii. La nouvelle organisation du SSA

La question concernant la nouvelle organisation du SSA en CMA avec l'émergence des BDD et la délocalisation vis-à-vis des commandements de base apportait des réponses

différentes. En effet, les équipes médicales ne sont plus sous le commandement du chef de corps de la base mais dépendent d'une hiérarchie qui leur est propre. Pour les PN n'ayant pas de fonction de cadre, le changement leur est apparu assez transparent. Pour les cadres, les chefs, ce changement était perçu négativement, avec une tendance à l'éloignement des centres médicaux par rapport à l'unité, perte des entraînements communs, surcharge administrative... Selon eux, le médecin ne ferait plus totalement corps avec son unité. Une problématique également soulevée était celle de l'interarmisation. En effet, au sein d'un même CMA, plusieurs unités de différentes armes avec des besoins et contraintes différents peuvent coexister. De leur point de vue, lorsque le commandement de CMA n'a pas la même arme d'appartenance que les PN de la base sous sa responsabilité, un sentiment d'incompréhension et de perte d'efficacité du système peut survenir.

2. Sous-thèmes émergents

- De nombreux sujets, notamment les personnels de l'ALAT, ont souligné l'intérêt de partir en mission avec son médecin PN, *« je ferais tout pour que mon médecin parte pendant mon commandement, avec moi évidemment. »*. Il est noté que compte-tenu du nombre de missions au sein des unités il n'est pas possible que le médecin PN participe à toutes les OPEX. Cependant, ils souhaiteraient que les missions de leurs médecins PN soient sur les mêmes théâtres d'opérations que les leurs. Cela permettrait de mettre en pratique un entraînement commun, de partir plus serein en mission. Surtout, cela permettrait selon eux d'établir des liens de confiance et de collaboration solides, de constituer une équipe au long cours, *« Donc j'apprécie beaucoup les gens d'ailleurs que je retrouve en OPEX, ou qui ont fait l'OPEX, parce que ça se sent quand on est avec eux »*.

- Les connaissances du milieu aéronautique du médecin PN amenaient à une vision de spécialisation de ce médecin généraliste, *« je considère le médecin PN comme un médecin généraliste, mais avant tout comme un spécialiste »*. Les propos étaient confortés, à plusieurs reprises, par la formulation d'une grande confiance en ses connaissances des pathologies liées au vol, traitements compatibles ou non, prises en charge optimales pour pouvoir voler... En revanche, une dizaine de personnels de l'armée de l'air ont dit ne pas aller voir leur médecin PN pour des problèmes quotidiens, de « bobologie » (terme repris quasiment systématiquement) tels que de la traumatologie, maladie infectieuse bénigne intercurrente, (gastroentérite) etc. selon eux, cela surchargerait le médecin PN pour des pathologies ne concernant pas, voire même, qu'il n'aurait plus l'habitude de prendre en charge.

- Deux entités sont décrites par les PN : le CPEMPN et la médecine d'unité avec deux temps distincts. Le CPEMPN très technique, avec des mesures, des examens etc, l'antenne médicale, avec un côté plus humain. Six sujets avaient souligné que *« c'est une aptitude*

locale. Parce que vous parlez de l'aptitude VSA, VSU etc., non, ça ne m'a...l'aptitude elle est surtout ici, au CPEMPN en fait ».

- Plus de la moitié des PN ont également évoqué le médecin PN comme maillon de la sécurité des vols, pouvant constituer une chaîne parallèle à celle déjà existante de la sécurité aérienne : en tant que conseiller du commandement, intermédiaire entre le commandement et le PN, et « garde fou » de l'aptitude. Ce rôle apparaît prépondérant et très important dans le milieu de l'aviation de chasse, également chez les pilotes de transport

- Onze sujets, majoritairement issus de l'armée de l'air, ont déclaré qu'il existait des mécanismes d'omission volontaire, des comportements d'automédication, que ce soit personnellement ou chez leurs collègues, ceci toujours dans un but de ne pas mettre en péril leur aptitude. Ils admettent que cela peut avoir un impact important sur la sécurité aérienne.

3. Idées émergentes

- Trois sujets décrivaient un sentiment de perte de temps lors de leur attente au service médical, notamment lors des visites périodiques, remettant en cause leur intérêt et leur fréquence.

- Un personnel soulignait que la consultation gratuite en milieu militaire est un attrait pour venir consulter en unité.

- Quelques PN ont émis le souhait d'être prioritaires en consultation compte tenu de leurs contraintes opérationnelles.

- Une seule fois ont été évoquées les tâches à exécuter par les PN en cas d'inaptitude au vol (travail au sol, rôle au sein de l'escadron, etc) définies de manière bien moins attractives que le vol.

Enfin la confiance était également le terme majoritairement choisi par les PN pour définir le point le plus important de la relation médecin PN-PN (figure 2)

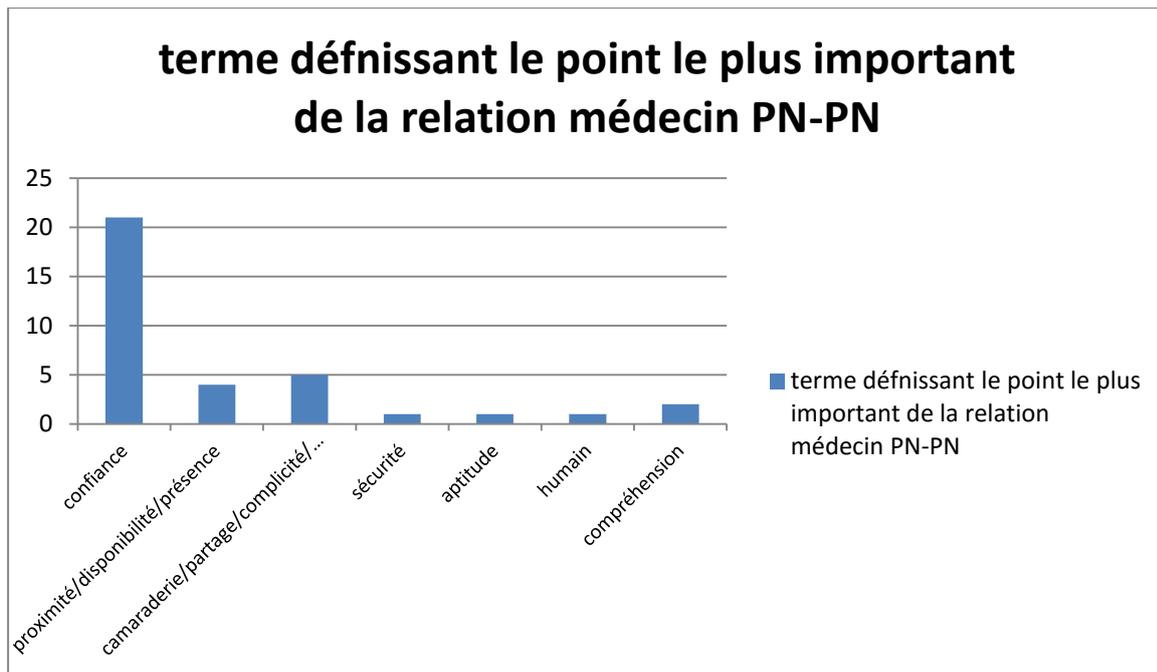


Figure 2 : répartition des qualificatifs de la relation médecin PN-PN

IV. DISCUSSION

A. Rappel des principaux résultats

La population ayant participé à l'étude est assez représentative de la population PN. Avec une seule femme ayant participé à cette étude, notre taux de féminisation de l'échantillon est similaire aux études précédentes (7). La majorité des sujets portait le grade de capitaine, un tiers exerçait une fonction d'encadrement. Il manque cependant la catégorie des jeunes PN encore en école.

Au fil des entretiens, deux portraits ont été dressés, celui de l'individu PN et celui du médecin PN « souhaité ».

L'individu PN se définit clairement comme issu d'une population particulière. Il met en jeu des mécanismes psychologiques spécifiques pour trouver le bon équilibre entre le désir intense de voler, le plaisir éprouvé en vol et la peur, le danger prégnant pendant les missions. Dans un contexte commun de passion et de prise de risque, le PN forme un groupe, bien souvent soudé. Ceci peut parfois être un obstacle à l'établissement d'une relation médecin-patient solide, avec le médecin vu comme « un ennemi commun », pouvant représenter un obstacle à l'accès au vol. Cependant, en cas de bonne intégration du médecin au « groupe », celui-ci a toutes les chances d'obtenir une bonne adhésion de sa patientèle.

Une sérénité s'installe en cours de carrière vis-à-vis du risque de perte de d'aptitude au vol. Cela s'explique en partie par la place et la fonction tenues en escadron qui ne sont plus les mêmes en fonction de la voie professionnelle choisie (travail surtout au sol et moins

de vol). La population la plus difficile à mettre en confiance semble donc être celle des PN les plus jeunes. Ils seraient plus enclins à dissimuler leurs problèmes de santé, du fait également d'une situation précaire sur le plan professionnel. En effet, un PN aguerri bénéficiera d'une plus grande souplesse médicale et d'un plus grand appui de sa hiérarchie.

Compte-tenu de ce métier si particulier, avec des contraintes temporelles non négligeables, les PN souhaiteraient un accès médical spécifique dédié, afin d'optimiser les délais de prise en charge. Cela les inciterait d'avantage à consulter leur médecin PN plutôt qu'un médecin civil, permettant une réduction du retentissement sur leur activité opérationnelle.

Concernant la standardisation du discours médical, la médecine n'est pas une science exacte, et les prises en charge peuvent diverger en partie, tout en respectant les recommandations scientifiques de bonne pratique. A l'opposé, l'aéronautique appartient au monde de l'ingénierie qui laisse peu de place à l'interprétation personnelle, à la différence des sciences humaines. Cela constitue un élément d'inquiétude pour les PN qui ont l'habitude de travailler de façon très protocolisée. Ils ne savent pas si la prise en charge proposée sera optimale pour recouvrer leur état de santé préalable et quel sera le retentissement sur leur aptitude.

Le PN souhaite un médecin qui lui serait semblable, au même titre que ses camarades de travail. On retrouve cette notion notamment avec le grade, pour lequel le PN souhaite un médecin avec un grade intermédiaire (médecin et médecin principal), plus proche de son propre grade. Ces hommes, qui sont des combattants, attendent des conseils pour optimiser leurs ressources, un accompagnement au fil du temps et un dialogue avec des explications claires et loyales en cas de problème médical. Ce qui fait pour eux de ce médecin particulier un médecin PN, ce sont les liens créés en escadron, au contact des personnels. Il faut cependant trouver le juste milieu entre une relation trop distante, simplement médicale, et trop fraternelle, afin de garder toujours un regard objectif sur l'ensemble des patients et ne pas avoir d'implication trop personnelle.

Au cœur de cette relation si particulière s'invite la question de l'aptitude et des visites systématiques. Il est à noter que les normes réglementaires varient selon la catégorie de PN et que la fréquence des visites systématiques est définie par l'Etat-major de chaque arme concernée, et peut donc différer de l'une à l'autre (8).

La notion de confiance apparaît systématiquement dans les différents discours. Elle était majoritairement désignée comme le point le plus important de la relation médecin PN-PN. Elle semble acquise en ce qui concerne les connaissances médicales du médecin PN. Pour les PN, la construction d'une bonne relation médecin-patient passe par l'établissement d'une confiance solide. Si pour certains cette confiance est de mise, pour d'autres quelques efforts de la part du médecin PN devraient encore être réalisés afin de l'approfondir. Si une bonne relation de confiance est établie, ils ont souligné un effet facilitateur pour les confidences, avec un meilleur suivi médical, et une plus grande adhésion au discours médical.

B. Force et limite de l'étude

La méthode qualitative semblait adaptée pour analyser le point de vue des PN sur leur relation avec leur médecin PN et les questionner sur leurs attentes d'une telle relation dans ce contexte particulier. Elle a ainsi permis un abord plus élargi de cette question devenue essentielle de l'interaction médecin-patient. Du fait de l'échantillonnage raisonné, nous avons pu obtenir un effectif hétérogène de la population de PN. La saturation des données a pu être obtenue et vérifiée, puisque les trois derniers entretiens n'avaient pas apporté d'idées nouvelles.

Nous avons choisi de nous intéresser uniquement au point de vue des PN afin de réaliser une enquête préliminaire pouvant ouvrir sur une seconde étude plus approfondie.

Le choix d'entretiens individuels et de focus-groupe était motivé par la volonté d'offrir à chaque enquêté la possibilité d'aborder des situations personnelles et de se livrer plus facilement, notamment en éliminant le paramètre du grade militaire, ou d'avoir le choix de pouvoir faire face en groupe à l'enquêteur. Un seul et même enquêteur a réalisé tous les entretiens, pour réduire la variabilité due à différents opérateurs lors de leur conduite.

Le manque d'expérience de l'enquêteur pouvant nuire à la qualité des entrevues, nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-dirigés avec un guide préétabli, permettant de déterminer au préalable les thèmes que nous souhaitons aborder, tout en restant flexible. Ils ont permis également un recueil facilité de l'information, d'opinion et d'expérience plus personnelle, d'autant plus que le sujet est délicat. Grâce aux deux entretiens exploratoires, le guide d'entretien ainsi réalisé avait pu être testé et affiné. Le guide permettait également de standardiser la situation d'entretien.

Cette enquête, par les moyens disponibles et la méthode utilisée, comporte néanmoins des biais qu'il est important de prendre en compte pour nuancer nos propos.

Le refus de participer de certains personnels, a pu constituer un biais de recrutement, impossible à contrôler. L'absence de jeunes PN en école constitue également un biais de sélection non négligeable puisqu'au cours des entretiens ils étaient décrits par les personnes interrogées comme étant les plus défiants vis-à-vis des médecins PN.

La motivation des sujets quant à leur participation à l'étude peut également constituer un biais de sélection. En effet, les PN satisfaits du système ont pu être les plus volontaires. Au contraire, les sujets mécontents ont pu être enclins à participer afin de faire remonter leurs revendications.

L'enquêteur aura pu involontairement influencer le PN dans ses propos par son attitude, l'intonation de sa voix, mais également son discours. Cependant les relances ont été limitées pour éviter d'influencer le discours. Pour l'enquêteur, il était difficile de se placer dans un contexte de découverte dans ce type d'entretien semi-directif. L'écoute, l'interprétation et la problématisation en temps réel lui ont paru être une difficulté, ce qui a pu nuire à la fluidité de l'échange.

Par ailleurs, le fait que les entretiens aient été menés par une interne, médecin militaire, a pu être à l'origine d'une certaine retenue des personnels sur le sujet, notamment pour les thèmes liés à l'aptitude. Ceci a pu être accentué par le biais inévitable de désirabilité sociale.

La production des verbatims* à partir des enregistrements audio a été retranscrite fidèlement et dans sa totalité sous forme d'un corpus de discours. Quelques bribes de discours ont cependant été perdues (quelques mots et phrases inaudibles).

L'analyse thématique, bien que contrôlée à différents niveaux par le directeur du travail, n'a été établie que par un seul codeur, l'enquêteur. Pour une meilleure validité interprétative, l'utilisation de différentes méthodes aurait eu un intérêt. Des analyses de type lexical, complémentaires, ont été envisagées puis écartées du fait des moyens limités dont disposait l'enquêteur et de leur difficile intégration au contexte.

Concernant la validité externe des données observées, celles-ci ne peuvent pas être généralisables à l'ensemble de la population. D'une part, seuls des PN encore en activité ont été interrogés, avec une faible proportion de personnels ayant eu une problématique médicale importante mettant en jeu l'aptitude au vol au cours de leur carrière. D'autre part, dans le cadre des recherches qualitatives, la question n'est pas celle de la représentativité des faits dans leur ensemble, mais davantage celle de la mise en évidence des aspects typiques de l'objet d'étude (9).

C. Comparaison aux données de la littérature

1. La relation médecin-patient : l'enjeu du 21^{ème} siècle

i. Evolution des dernières années

Jusque dans les années 1980, la relation médecin-patient suivait majoritairement un modèle paternaliste. Celui-ci a été décrit suite aux observations sociologiques de Parson dans les années 50 (10). Le médecin, ayant le savoir et l'information, prenait les décisions qui lui paraissaient les meilleures pour son patient, considéré comme profane, sans forcément tenir compte de son avis (11,12).

Les années 1980 marquent donc un tournant. On assiste d'abord à un changement progressif du code de déontologie médicale concernant l'information médicale (13). Puis, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades vient renforcer les droits des patients et les devoirs des médecins (14). La notion d'information médicale devient fondamentale telle qu'elle est développée dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (15). L'autonomie du patient est alors renforcée, il devient acteur de sa santé. Outre le cadre juridique, les avancées technologiques, avec l'usage d'Internet, et sociologiques, par les associations de patients et autres groupes, tendent à réduire l'asymétrie de cette relation singulière, que ce soit l'asymétrie d'information ou de connaissance (11,16,17), même si celle-ci persiste inévitablement (15,17). C'est ainsi qu'apparaissent les notions de patients experts, dans les maladies chroniques, et de « décision médicale partagée ».

Le concept de décision médicale partagée est décrit par l'HAS. Il comporte deux étapes clés de la relation médecin-patient : l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient (18). Les attentes formulées par les PN au cours de notre étude se placent donc bien dans le cadre de l'évolution de la relation médecin-patient des dernières années. Le concept de décision médicale partagée, a bien été décrit par ceux-ci et considéré comme nécessaire pour une meilleure compréhension et acceptation de toute décision médicale. Notamment, pour cette population de niveau socioprofessionnel élevé, des explications claires et techniques peuvent tout à fait être entendues. Le PN y accordera alors une plus grande légitimité et pourra ainsi plus facilement s'approprier les décisions prises (19).

ii. L'annonce diagnostique

Les PN ont décrit l'importance que représente le temps de l'annonce ainsi que l'impact psychologique qu'il pouvait avoir.

L'annonce diagnostique est un exercice difficile. L'individu entre en tant que « PN » et ressort en tant que « malade » de l'entretien médical. De nombreux cadres ont été définis pour réaliser celle-ci dans les meilleures conditions, comme on peut le voir avec la mise en place du plan cancer. Il n'en reste pas moins qu'elle doit rester personnalisée et s'adapter à chaque situation. Indéniablement, il y aura un retentissement psychologique et social qui sera propre à chaque individu. Les stratégies de réaction face à cette annonce seront également différentes selon chacun. Les phénomènes de coping, bien décrits, auront divers aspects : l'effondrement, la sidération, le déni, le renoncement, la colère, la culpabilité, la confrontation, la rationalisation. Ces phénomènes ne sont pas figés, et le patient peut évoluer de l'un à l'autre en fonction du temps (11,15). Le médecin doit obéir à deux impératifs simultanés, celui d'exercer ses compétences médicales, et celui de se placer dans une rencontre humaine singulière. Dans notre étude, les PN ont souligné le retentissement important secondaire à l'annonce d'une pathologie, même bénigne. De façon spécifique pour cette population, il y a un retentissement sociologique avec l'optique professionnelle, et l'optique relationnelle dans le cadre de l'intégration au groupe, et un retentissement psychologique avec la fin d'un rêve, celui de voler. Le médecin PN doit donc tenir compte de ces caractéristiques qui impacteront clairement la réaction du PN face à la maladie. Les attitudes du patient face à la maladie et les réactions du praticien face à ces attitudes influencent la relation médecin-patient (15). Le temps de l'annonce devient alors essentiel pour préserver cette relation privilégiée.

Cependant, cet exercice difficile est peu enseigné au cours des études médicales (11,20). Son intégration au programme est récente, et tient encore une place mineure. Dans le programme de l'examen classant national jusqu'en 2016, sur les 14 modules, contenant 345 items, seul un module, de 14 items, est dédié à la santé publique. Un seul item traite spécifiquement de la relation médecin-patient. Si celui-ci reste le premier item de cette

longue liste, dénotant une importance non négligeable, il n'en reste pas moins une très faible proportion de cet enseignement global.

iii. La confiance : le socle de la relation médecin PN-PN

La confiance est un terme revenant très fréquemment dans notre étude. Elle définit pour les PN interrogés le point le plus important de la relation médecin-patient. Si de façon générale les patients attendent de leur médecin de pouvoir lui faire confiance (17), celle-ci n'est ni immédiate, ni assurée, elle doit être construite et entretenue (12,21). Pour les PN interrogés, cela passe par des visites régulières en escadron, des rencontres moins formelles que celles des visites médicales et une plus grande participation à la vie des escadrons. Seuls 13,9% des sujets interrogés déclaraient ne pas avoir d'attente dans ce domaine.

- **Les deux types de confiance**

La confiance, appliquée au milieu médical, se décline en deux modes : il existe la confiance interpersonnelle, ou relationnelle, et la confiance sociale, ou institutionnelle (12,21). La confiance interpersonnelle s'applique à la dyade médecin-patient alors que la confiance sociale se réfère à la confiance aux institutions médicales.

La confiance est difficilement mesurable. Des études anglo-saxonnes ont défini plusieurs critères afin d'évaluer le degré de confiance des patients en leur médecin (confiance interpersonnelle) (12). Différentes échelles ont même pu être créées : la *Trust in Physician Scale* et la *Primary care Assessment Survey* (ANNEXE 3). Elles comprennent de façon générale la compétence, la compassion, la confidentialité, la fiabilité, l'honnêteté, la fidélité et la capacité de communication. Ces différents points ont bien été abordés par les PN. La compétence et la confidentialité ne faisaient l'objet que d'avis positifs. La fidélité était évoquée via les changements itératifs de médecins auxquels sont soumis les PN avec des réponses variées, sans véritable aspect négatif. La compassion était considérée comme importante et nécessaire en cas d'annonce d'inaptitude définitive, de même que la capacité de communication. Ces deux notions étant considérées comme les plus variables d'un médecin à l'autre. L'honnêteté, de façon générale avec une meilleure information des patients sur les prises en charges et plus de transparence sur les différents recours possibles semblait améliorable. La fiabilité constituait un des principaux obstacles à l'établissement de la confiance, par l'incertitude surtout de la décision d'aptitude.

Ces études ont également montré que la confiance envers le système de soins était moins bonne qu'envers un médecin particulier. Tout en notant que ces résultats s'appliquent à des systèmes différents du modèle français, et encore plus de la médecine militaire, les résultats de notre étude sont similaires avec une moindre confiance en l'institution qu'envers leur médecin PN. Si la moitié des sujets a certifié faire une complète confiance au système, l'autre moitié a déclaré clairement ne pas avoir confiance en celui-ci. Les principaux reproches étant une certaine opacité de son fonctionnement, un manque de

standardisation ainsi que de communication au sein des différents organismes. Certains PN évoquent que le médecin PN fait partie des « cinq ennemis historiques du PN » avec les gendarmes de l'air, les contrôleurs aériens, les personnels administratifs et les personnels responsables de l'habillement. Au-delà du simple médecin PN, c'est plus généralement l'institution médicale militaire qui est visée par cette phrase. S'ils déclaraient que cette notion s'amenuise, elle n'en reste pas moins encore présente.

Ces deux types de confiance ne sont pas indépendants l'un de l'autre, la confiance sociale étant nécessaire pour créer un sentiment de confiance interpersonnelle entre les patients et les médecins (12).

- **Les leviers de la confiance**

Selon le psychologue Alain Duluc, il existerait trois niveaux de leviers permettant d'optimiser au mieux la confiance (21).

Le premier est le niveau des leviers organisationnels. Parmi les principaux leviers définis il y a la transparence, l'humanisme, la responsabilisation et la participation. Cette dernière a pour objectif de développer un sentiment d'appartenance. C'est bien ce levier particulier que les PN aimeraient voir développer par les médecins PN.

Le deuxième niveau comprend les leviers relationnels, et comporte l'honnêteté, le dynamisme ainsi que la coopération, pour travailler ensemble vers un objectif commun. Appliqué à notre sujet, cet objectif commun peut tout aussi bien être l'amélioration de l'état de santé du patient, comme la réalisation de la mission dans les meilleures conditions possible.

Le troisième niveau quant à lui est celui des leviers personnels avec notamment la sympathie, les compétences et la détermination personnelle.

Ce modèle est utilisé en technique de management, mais peut se transposer à la relation médecin-patient.

Nous pouvons donc constater qu'il existe certains critères objectifs permettant d'évaluer la confiance, se recoupant avec des leviers permettant de l'optimiser. Ces critères sont retrouvés dans les discours des PN. Si certains sont évoqués favorablement, les PN semblent avoir encore quelques attentes pour d'autres :

- Le problème du manque de temps des médecins PN pour établir cette confiance a été mis en avant par un bon nombre de PN de notre étude.
- Les mutations et départs OPEX,
- le changement d'organisation du SSA avec un certain accroissement du travail administratif,
- l'importance des effectifs soutenus semble laisser peu de temps au médecin PN pour entretenir une vraie relation de confiance d'après les personnels interrogés.

S'ils souhaitaient voir plus souvent leur médecin venir à leur rencontre au sein des unités, ils reconnaissaient que ça lui est parfois difficile.

La confiance, par son rôle indirect, influe sur la satisfaction de la relation médecin-patient et augmenterait l'observance et le suivi thérapeutique, contribuant ainsi à des soins de meilleure qualité (12,21), ainsi qu'à une expertise plus efficiente optimisant la sécurité aérienne.

2. Le contexte particulier de la relation médecin PN-PN

i. Une motivation forte

On ne devient pas PN par hasard. Leur motivation est bien souvent née dans l'enfance : un rêve de conquérir les cieux, braver les dangers, défier les lois naturelles (22). Ce désir séculaire chez l'Homme est non dénué de risque, comme on peut le voir avec Icare dans la mythologie. Dès l'antiquité, les hommes ont placé leurs dieux dans les cieux. Ce désir revêt des pulsions de maîtrise, de défi, voir de puissance, d'invulnérabilité. La notion de plaisir est très présente également, liée aux sensations fortes, l'impression de liberté, une échappatoire au monde commun. Unis par cette motivation initiale, les PN forment un groupe soudé, marqué par des valeurs, un idéal commun centré sur la performance, source d'une certaine valorisation narcissique (19). Cette « meute », décrite par certains PN interrogés, peut donc fonctionner sur un mode clanique, fermé à l'extérieur.

Le chemin pour devenir PN est souvent long et difficile. Il revêt une forme de compagnonnage dans lequel le jeune PN est entouré, accompagné et jugé par des moniteurs expérimentés et aguerris, faisant figure de modèles. D'anciens pilotes aux passés héroïques sont connus par tous. Leurs noms ainsi que leurs faits de guerre sont transmis dès l'incorporation des jeunes PN de l'armée de l'air, à Salon de Provence, par les élèves plus anciens. Le plus célèbre d'entre eux, le capitaine Guynemer, pilote lors de la Première Guerre mondiale, reste la figure la plus emblématique de l'armée de l'air. Sa dernière citation est une des premières choses qu'ils apprennent en entrant à l'école : « [...] Héros légendaire, tombé en plein ciel de gloire, après trois ans de lutte ardente. Restera le plus pur symbole des qualités de la race : ténacité indomptable, énergie farouche, courage sublime. Animé de la foi la plus inébranlable dans la victoire, il lègue aux soldats français un souvenir impérissable qui exaltera l'esprit de sacrifice et provoquera les plus nobles émulations. ». Il est intéressant de noter que ce jeune, fougueux, amoureux de l'aviation, ayant un respect modéré pour les règlements, était inapte à l'engagement militaire et a réussi à intégrer la formation de pilote de façon irrégulière en 1915.

Cette motivation intense et ces modèles à l'esprit intrépide sont à bien intégrer dans la psychologie du PN. Tout ceci est à inclure dans le modèle dynamique de l'adaptation aéronautique. Décrit par le Pr M-D. Colas (22,23), il s'agit d'un système défensif et adaptatif ritualisé. Il permet un équilibre en constante oscillation entre le désir de voler, la motivation aéronautique, le danger, la peur et le « plaisir contrôlé » dans cet environnement extrême (Figure 3).

Le médecin, porteur malgré tout de la décision d'aptitude, peut représenter un obstacle potentiel à cet accomplissement. Risquant alors d'être considéré par le groupe comme un « ennemi commun », il doit se positionner comme celui qui accompagne la réalisation du vol, en toute sécurité et en toute confiance.

Cette motivation intense peut amener à des comportements de transgression pour pouvoir voler et continuer de le faire. Certains PN, ayant des troubles de l'adaptation aéronautique vont aller jusqu'à la poursuite de leur activité aérienne malgré un mal-être intense, afin de satisfaire ce désir de voler. La relation médecin PN-PN est fatalement influencée par cette motivation : elle peut être entravée par des mécanismes de simulation, de dissimulation ou alors être favorisée dans le cadre du soutien, de l'optimisation des ressources personnelles du PN.

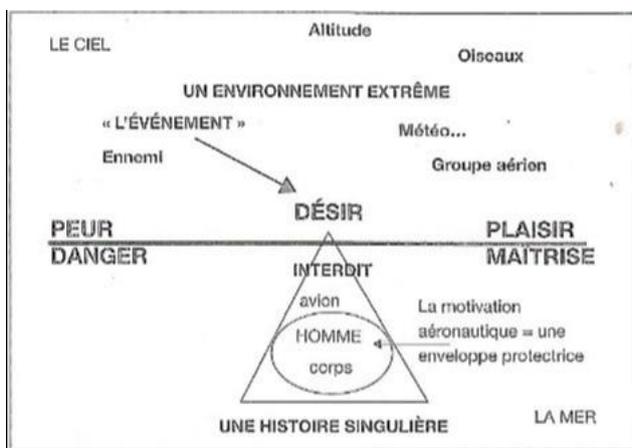


Figure 3 : modèle dynamique de l'adaptation aéronautique, © 2013 Elsevier Masson

ii. L'espace aérien, un milieu de contraintes

Tout d'abord, au niveau physique, le PN doit s'adapter à de nombreuses contraintes (3,24). En effet, il est soumis à celles du milieu aérien.

- La haute altitude et l'hypoxie, le froid, l'hygrométrie dont le principal effet est une déshydratation durant le vol nécessitent de bonnes capacités d'adaptation.
- Les variations de pression entraînent des risques de barotraumatisme.

Une reconnaissance précoce des signes annonciateurs de désadaptation à ces contraintes est nécessaire.

- Les risques de collision.

Dans un deuxième temps il y a les contraintes liées à la machine telles que :

- Les vibrations entraînant des troubles musculo-squelettiques, une fatigue physique accrue.
- Le bruit, gênant les communications en vol et pouvant provoquer une hypoacousie au long terme sans protection adaptée.

Les équipages des hélicoptères sont particulièrement soumis à ces deux contraintes.

- Les facteurs de charge importants en aviation de chasse nécessitent un entraînement régulier, des capacités d'adaptation cardiovasculaire et respiratoire poussées. Ils engendrent également de nombreuses rachialgies, accentuées par les mouvements cervicaux nécessaires à l'observation de l'espace environnant.

- Certains équipements, notamment les jumelles de vision nocturne qui infligent un poids supplémentaire à l'avant du casque, particulièrement contraignant pour le rachis cervical.

Enfin, il y a les missions dans leur globalité :

- La perturbation des rythmes biologiques

- La nécessité d'une concentration extrême, l'hypervigilance, le stress et la fatigue opérationnelle

- Tous les risques qui en découlent : accident aérien, éjection en zone hostile, soutien des troupes au sol...

Au cours des dernières années, ces contraintes se sont majorées par le perfectionnement des machines, nécessitant une parfaite maîtrise des systèmes embarqués et une division de l'attention encore plus importante, ainsi que par l'intensification de l'engagement des forces aériennes dans les conflits actuels.

iii. Un soutien médical dédié

Ces éléments impliquent des prises en charge spécifiques, afin de préserver au mieux l'aptitude médicale au vol. Par exemple, de nombreux traitements sont contre-indiqués avec l'activité aéronautique. Certaines prises en charge diffèrent selon la catégorie de PN. Par exemple, la survenue d'un pneumothorax spontanée survenant chez un pilote ou un NOSA travaillant sur avion de chasse nécessite la réalisation d'une symphyse pleurale dès le premier épisode pour le maintien de l'aptitude au vol, ce qui n'est pas le cas pour les autres PN (25). Il faudra veiller à appliquer le traitement adapté à la pathologie présentée par le PN, permettant de maintenir au mieux l'aptitude. Ce simple fait justifie la nécessité d'une coordination de la prise en charge médicale globale par le médecin PN qui sera au fait de ces éléments. Lorsqu'un avis particulier et spécifique est nécessaire, ce sont les médecins du service de médecine aéronautique de l'HIA Percy, structure accueillant les PN civils et militaires, qui effectuent des examens approfondis. Le CEMPN se prononce sur l'aptitude au vol. Une décision pluridisciplinaire est alors émise en concertation, avec différents intervenants.

Sur le plan psychologique, une structure spécifique de soin et d'expertise a été créée : le SMPCAA (26). Les psychiatres et les psychologues travaillant au sein de ce service sont formés à la médecine aéronautique. Ceci leur permet de connaître le parcours de formation des PN, de leur sélection jusqu'aux situations opérationnelles, les contraintes du travail aérien, les implications psychologiques du milieu aéronautique et des OPEX. Ainsi ils peuvent mieux appréhender cette population, avoir un regard global sur leur

fonctionnement et travailler en réseau avec les médecins PN des différentes unités. Le PN peut ainsi se confier plus facilement dans une structure qui lui est dédiée.

Le médecin PN et l'équipe du SMPCAA sont également plus à même d'identifier les troubles de l'adaptation des PN, et les signes d'alerte en cours de carrière du PN et à l'incorporation des jeunes recrues (22). Richet déjà en 1912 soulignait que « le principal péril est dans la psychologie de l'aviateur ». Lorsque cet équilibre fragile est rompu, la désadaptation aéronautique peut prendre différents visages (23). Il faut savoir que la rencontre avec le médecin PN dans ce contexte dépend de différents facteurs qui ont bien été décrits par les PN interrogés : le stade dans la carrière du PN, sa spécialité aéronautique, les circonstances et facteurs déclenchant, de la demande. Les formes cliniques peuvent revêtir la forme de peur ou de phobie du vol, les malaises en vol, les conduites à risque. Pour identifier ces troubles de l'adaptation aéronautique, une bonne connaissance des PN et de leur métier est nécessaire avec des rencontres plus répétées avec « ses PN » de la part du médecin PN en unité. Il est à noter que les PN ne sont pas soumis à une évaluation psychiatrique systématique, ni à l'admission, ni en visite révisionnelle. Les experts en médecine aéronautique sont formés pour repérer les « signaux faibles » de souffrance ou d'inadaptation au milieu et adresser précocement les PN au SMPCAA.

On pourrait se demander si le système de soins et d'expertise appliqué aux armées est efficient. Si dans le modèle civil certains regrettent le manque de communication entre médecin traitant et médecin du travail, le modèle militaire attribue ces deux fonctions au même médecin militaire, et en milieu aéronautique, plus spécifiquement au médecin PN (1). Le principal argument avancé contre l'application de ce système dans la médecine du travail traditionnelle est le respect de la liberté individuelle du patient. Il peut être réticent et redouter que le médecin du travail le déclare inapte avec le risque de reclassement voir de licenciement qui peut y être associé (2). C'est bien cette crainte qui est mise en avant dans le discours des PN interrogés au cours de notre étude. Si certains déclaraient préférer que leur médecin PN assure cette fonction, ayant ainsi un regard plus global sur leur situation, pour d'autres, une autre solution devrait être proposée. Cependant, beaucoup avouaient ne pas connaître de solution optimale à cette situation.

Ce modèle de soutien médical n'est pas unique au monde. Nos confrères américains ont eux aussi des médecins dédiés au PN (27). Dans leur pratique, les médecins PN de l'U.S. Air Force, sont en charge des soins primaires, de la médecine préventive et de la médecine du travail pour le PN. Le médecin PN de l'U.S. Air Force est donc lui aussi chargé de la prise en charge globale du PN sous sa responsabilité, que ça soit au plan de la médecine de soin ou de la médecine d'expertise.

iv. L'aptitude : une décision légitime et justifiée

La notion d'aptitude n'est pas propre au militaire. Celle-ci est à la charge du médecin du travail en milieu civil. L'aptitude est une notion précisée par le Code du travail et qui concerne la capacité d'un salarié à occuper un poste précis. Elle est appréciée par le médecin du travail par rapport à un emploi spécifique et particulier, celui occupé par le salarié (L. 241-10-1, R. 241-51 du Code du travail).

Pour le militaire, combattant, cette décision est une nécessité afin de ne pas mettre en péril, ni l'individu, ni le groupe, ni la mission. Pour le PN, la décision d'aptitude et les visites périodiques ont également pour rôle de prévenir une incapacité subite en vol ou la dégradation d'un état pathologique préexistant compte tenu de leurs contraintes. Cela passe par quatre grands axes de l'expertise médicale : la sélection, la prédiction, la prévention et la réhabilitation. Les résultats de notre étude montrent que certains PN remettent en cause la fréquence des visites systématiques, qu'ils jugeaient trop importante. S'estimant en bonne santé et capable d'identifier les situations à risque, ils estimaient que les visites médicales pourraient être plus espacées.

L'incapacité médicale reste une cause rare d'incidents ou d'accidents aériens, derrière les causes techniques, la météo et les facteurs humains (28). L'efficacité de la surveillance médicale est difficile à établir. Le « non événement » peut être un critère d'efficacité, mais il ne constitue pas une preuve. La survenue d'un accident en rapport avec une incapacité médicale pose au moins le problème d'une efficacité incomplète. Néanmoins, le pilotage n'est pas une activité comme une autre. On peut considérer qu'elle répond à la loi du tout ou rien en cas de crash. Les accidents aériens, rares fort heureusement, n'en restent pas moins très médiatisés. L'opinion publique est souvent partisane d'un risque zéro. Un manque de suivi médical est très rapidement stigmatisé comme nous en avons eu l'exemple avec l'accident de la *germanwings* du 24 mars 2015. Le déclaratif et l'autoévaluation ne peuvent suffirent, un avis médical par un médecin formé reste nécessaire pour surveiller cette activité à risque.

Des textes de loi encadrent bien cette expertise médicale. Ils définissent qui pratique cette surveillance, à quels moments, et sa fréquence. Le règlement (CE) N°216/2008 de la Commission et du Parlement stipule que « Tout pilote doit démontrer périodiquement son aptitude médicale à remplir de manière satisfaisante ses fonctions, compte tenu du type d'activité qu'il exerce. Cette aptitude doit être établie par une évaluation appropriée fondée sur les meilleures pratiques aéro-médicales, compte tenu du type d'activité et de l'éventuelle dégradation physique et mentale due à l'âge ». Le pilote doit être indemne de toute affection et de tout handicap le rendant incapable d'exécuter les tâches nécessaires à la conduite d'un aéronef, de remplir à tout moment les fonctions qui lui sont assignées, de percevoir correctement son environnement.

Le conseil de l'ordre des médecins par une intervention de son président le Dr Michel Legmann le 9 Avril 2013 a répondu à la question de savoir si le médecin traitant peut délivrer le certificat d'aptitude médicale requis pour obtenir la LAPL en ces termes : « [...] *On ne peut*

en aucun cas comparer, en termes de pratique et de responsabilités médicales, la délivrance d'un certificat médical d'aptitude au pilotage à un certificat de non contre indication à la pratique d'un sport... On doit faire observer qu'une défaillance médicale du pilote met en jeu sa vie, celle de ses passagers voire celle de tiers. L'examen médical approfondi auquel il faut procéder ne peut en aucun cas intervenir au décours d'une consultation auprès d'un médecin traitant».

La délivrance d'une aptitude au pilotage et la surveillance médicale des PN sont donc très réglementées, et font intervenir des acteurs spécifiques, ayant eu une formation adéquate. Les médecins PN bénéficient d'une formation riche initiale à la sortie de leur cursus classique de médecine générale, avec des formations médicales continues proposées tout au long de leur carrière. En association avec le CEMPN et le SPMCAA, ils sont un maillon de la sécurité aérienne, prévenant l'incapacité subite en vol, qu'elle soit d'origine somatique ou psychologique. Les PN ont bien souligné ce rôle primordial du médecin PN, et que lui seul pouvait assurer cette fonction. S'ils décrivaient une peur de l'inaptitude lors de la consultation médicale, la présence d'un contrôle médical leur paraissait tout à fait normale. Ceci était d'autant plus marqué chez les sujets exerçant une fonction de cadre. Il en ressortait toutefois une certaine ambivalence vis-à-vis du médecin, à la fois garant d'une partie de la sécurité aérienne, mais pouvant être sanctionnant en cas d'anomalie médicale.

V. CONCLUSION

La relation médecin-patient a été marquée ces dernières années autant par les évolutions sociales et culturelles que par le cadre législatif. Du modèle paternaliste sans aller jusqu'au modèle consumériste, elle se caractérise désormais par un concept de décision médicale partagée dans laquelle le patient est acteur de sa propre santé, après avoir bénéficié d'une information claire, loyale et appropriée. L'annonce diagnostique, exercice difficile pour le praticien, nécessite de tenir compte des évolutions récentes de cette dyade. L'attente des patients est de pouvoir faire confiance à leur médecin. Celui-ci dispose pour cela de plusieurs outils tels que la transparence, l'humanisme, la responsabilisation, ou encore le dynamisme et la coopération, les compétences et la motivation.

Notre étude portait sur la relation médecin PN-PN compte tenu de ses spécificités afin d'identifier les éléments qui favorisent leur prise en charge médicale ou qui lui font obstacle. Cette étude qualitative a permis d'explorer le point de vue des PN sur cette relation si particulière.

La question de la détermination de l'aptitude constitue le principal obstacle pour les PN. Cependant, elle est essentielle dans la prévention des accidents aériens et est un maillon de la sécurité des vols. Les différents cadres légaux et ordinaires s'accordent sur la nécessité d'une surveillance régulière, faite par des médecins formés à cette pratique.

Les compétences des médecins PN sont souvent très estimées, les élevant parfois au rang de spécialiste, ne traitant plus les problèmes relevant de la « bobologie ». La disponibilité du médecin est un critère important, permettant d'avoir une relation plus suivie.

Le médecin PN, au travers de ses différents rôles, est perçu également comme protecteur face à de nombreuses contraintes, notamment la charge de travail souvent importante.

Les résultats de ce travail mettent en évidence que les attentes des PN s'inscrivent dans l'évolution générale de la relation médecin-patient, avec quelques nuances supplémentaires. La confiance est au premier plan, pour de meilleurs échanges et favoriser la confiance, mais il faut donc que le médecin PN soit intégré au groupe soudé que constituent les PN. Cela passe par des rencontres régulières au sein des escadrons, une intégration de valeurs communes et un sentiment de travail d'équipe.

Lorsque le médecin PN entre dans le monde des PN et qu'il fait corps avec eux, il lui est possible de passer l'obstacle de la peur de l'inaptitude, le PN se sentant compris, accompagné et non sanctionné, acceptant plus facilement les décisions médicales.

Une confiance semble en partie établie d'après les PN. Cependant, elle demande à être gagnée dans un premier temps, puis à être entretenue, pour qu'un lien indéfectible entre ces deux techniciens de haut vol que sont le médecin PN, par sa spécialisation en médecine aéronautique, et le PN, technicien de l'air, puisse être créé.

Si particulière soit-elle, cette relation comporte de nombreux aspects pouvant lui permettre de s'épanouir encore.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées. 2008-967 sept 16, 2008.
2. INRS - Aptitude, invalidité : rôles respectifs du médecin du travail, du médecin conseil et du médecin traitant [Internet]. [cité 4 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TM%205>
3. Gourbat J-P. Aptitude cardiovasculaire en aéronautique. Arch Mal Coeur Vaiss Prat - Vol 18 - N° 211 - P 14-16. 11 juin 2012;52.
4. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care. 2007;19(6):349-57.
5. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p.
6. Blanchet A, Ghiglione R, Massonat J, Trognon A. Les techniques d'enquête en sciences sociales - Observer, interviewer, questionner. Dunod; 2005. 197 p.
7. Rivet C., Lepoyvre A. et Monteil M. La féminisation du métier de pilote. Médecine aéronautique et spatiale. 2012;53:13- 8.
8. Instruction ministérielle n° 800/DEF/DCSSA/AST/AS du 20 février 2008 relative à l'aptitude médicale aux emplois du personnel navigant des forces armées.
9. Ayerbe C, Missonier A. Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en oeuvre pour un renforcement mutuel. [Internet]. [cité 1 févr 2015]. Disponible sur: <http://leg.u-bourgogne.fr/rev/102062.pdf>.
10. Herzlich C, Adam P. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Armand Colin; 2007.
11. Afchain P, Lefin C, Meyohas M-C. Annoncer un diagnostic (mauvaise nouvelle, maladie chronique, suspicion). EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2015;10(2):1-6 [Article 1-0017]. [Httpwwwem-Premiumcomdatatraitestmtm-62025](http://www.em-premium.com/medecine/102025) [Internet]. 2 oct 2015 [cité 1 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/article/955676/resultatrecherche/50>
12. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. Éthique Santé. sept 2008;5(3):165- 72.
13. Rouy J-L. Annoncer un diagnostic : (mauvaise nouvelle, maladie chronique, suspicion). EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2003:1-6 [Article 1-0037]. [Httpwwwem-Premiumcomdatatraitestmtm-38273](http://www.em-premium.com/medecine/102025) [Internet]. [cité 11 nov 2015]; Disponible sur:

<http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/24688/resultatrecherche/8>

14. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
15. Consoli SM. Relation médecin-malade. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 1998:1-8 [Article 1-0010]. [Httpwwwem-Premiumcomdatatraitement-18002](http://www.em-premium.com.datatraitement-18002) [Internet]. [cité 11 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/2780/resultatrecherche/6>
16. Boudier Fabienne, Bensebaa Faouzi, Jablanczy Adrienne, « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. », *Innovations* 3/2012 (n°39) , p. 13-25. Disponible sur: www.cairn.info/revue-innovations-2012-3-page-13.htm.
17. Lafarge M-P. Relation thérapeutique et « consentement-confiance ». *Soins*. oct 2013;58(779):34- 5.
18. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Etat des lieux. octobre 2013. [Internet]. [cité 4 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf.
19. Colas M-D. Quel avenir pour la relation Médecin - PN ? XVIe Journée de Médecine Aéronautique de Percy; 2014 déc 5; HIA Percy, Clamart.
20. Rouy J-L, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. *Encycl Méd Chir Ed Sci Médicales Elsevier SAS Paris Tous Droits Réservés AKOS Encycl Prat Médecine* 1-0025 20 036p.
21. Michon F. La confiance, un levier de la qualité des soins. *Soins*. oct 2013;58(779):36- 8.
22. Colas M-D. L'examen de la personnalité en expertise aéronautique. 2014 mars 21; Dijon.
23. Colas M-D, Daudin M. Spécificité des troubles de l'adaptation chez les personnels navigants. In: *La psychiatrie en milieu militaire 12e journée Pierre Deniker*. Elsevier Masson. 2013. p. 105- 15.
24. Perrier E, Carlioz R, Deroche J, Quiniou G, Burlaton J-P. Physiologie cardiovasculaire aéronautique. *EMC - Cardiol* 20031-4 Artic 11-054--20.
25. Gygax-Genero M, Manen O, Chemsy M, Bisconte S, Dubourdieu D, Vacher A, et al. Spécificités de la prise en charge du pneumothorax spontané chez le personnel navigant. *Rev Pneumol Clin*. oct 2010;66(5):302- 7.
26. Colas M-D, Chollet S, Daudin M. Le SMPCAA : un espace pour les combattants de l'air. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2011;169(10):674- 8.

27. Aerospace Medicine/Flight Surgeon - airforce.com [Internet]. [cité 1 nov 2015].
Disponible sur: <http://www.airforce.com/careers/detail/aerospace-medicine-flight-surgeon>
28. Paris J-F, Monin J, Pichereau P, Manen O. L'expertise aéro-médicale prévient-elle les accidents? Réunion SOFRAMAS présenté à: accidentologie; 2015 oct 15; Val-de-Grâce.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : formulaire de recrutement

Thèse de médecine générale

par l'IHA (interne des hôpitaux des armées) OUZAA Sonia

Sujet :

«Relation médecin-patient et pratique en charge médicale : enquête qualitative auprès des personnels navigants (PN) militaires»

Présentation :

« Je suis interne en médecine générale et dans le cadre de ma thèse pour devenir docteur en médecine, j'effectue une étude sur la relation médecin-patient dans le cadre de la médecine d'armée, notamment en milieu aéronautique où l'aptitude médicale est exigeante.

Afin de mener à bien cette étude, j'ai besoin de votre participation, qui consistera :

- A répondre à :
Un questionnaire de recueil des données démographiques afin de définir la population PN pouvant participer à l'étude, qui se trouve au verso de cette feuille.
Vous pouvez choisir d'y répondre ou non.

- A participer à un entretien, sur volontariat. Merci de préciser si vous êtes volontaire pour un entretien individuel et/ou en petit groupe afin d'évoquer cette relation particulière selon votre point de vue.»

- Si vous acceptez de participer au recueil des données démographiques, merci de cocher cette case :

et de remplir le questionnaire se trouvant au dos.

- Si vous ne souhaitez pas y participer, merci de cocher cette case

Et d'indiquer le motif de refus : _____

Dans tous les cas, merci de conserver cette feuille et de la remettre dans l'urne se trouvant au secrétariat.

- Sexe :

Homme :

femme :

- Age : ans

- Grade :

- fonction :

Pilote :

Navigateur :

Mécanicien navigant :

- Année de l'engagement : __/__/____

- Statut :

De carrière :

Sous contrat :

« Je vous remercie d'avoir fourni ces quelques informations.

Des entretiens individuels et en focus groupe de 4 à 5 personnels dans le respect de l'anonymat seront réalisés pour mener l'étude, d'une durée de 20-30minutes maximum. Je serai moi-même votre interlocuteur lors de ces entretiens. »

- je suis volontaire pour participer à un entretien :

individuel :

en petit groupe :

- je ne souhaite pas participer à un entretien :

Dans le cas où vous vous portez volontaire, merci de remettre ce questionnaire afin que nous puissions organiser l'entretien, merci.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

- Introduction de l'entretien semi directif

Bonjour, je me présente : Sonia OUZAA, je suis interne en médecine générale à l'hôpital d'instruction des armées LEGOUEST. Je suis actuellement en stage pour une période de 6 mois sur la BA 133 de Nancy-Ochey, et encadrée par le MP CHAUFER, médecin chargé du PN de cette même base. N'étant pas encore formée à la médecine aéronautique et n'ayant pas fini mes études, je n'ai aucun pouvoir de décision sur l'aptitude au vol.

Au cours de cet entretien, nous souhaitons vous donner la parole, afin que vous puissiez vous exprimer sur votre expérience, votre ressenti et vos questions à propos de la relation médecin-personnel navigant que vous avez eu au cours de votre carrière.

Il ne s'agit ni d'une enquête sur vos pratiques, ni sur vos comportements, ni d'une évaluation indirecte de votre état de santé. C'est pourquoi nous vous prions de répondre de manière la plus honnête possible.

- Modalités de l'entretien

Cet entretien est strictement anonyme et devrait durer 20 à 30 minutes. Il est enregistré et sera retranscrit en vue d'analyses que je vais effectuer ultérieurement.

Sachez que les entretiens en face à face/focus groupe enregistrés respectent les conditions légales prévues par la Commission Nationale d'Informatique et Libertés. Les enregistrements seront détruits au bout de 2 ans conformément au code de déontologie de la Société Française de Psychologie, et ne seront consultés que par moi-même.

Pour enregistrer cet entretien, nous avons besoin de votre accord écrit.

Pouvons-nous commencer ?

- Entretien n° _____ date : __/__/____

5 min Thème n°1 Identifier l'impact de la disponibilité du médecin PN :

Nous allons commencer par parler de la disponibilité du médecin PN :

- Question 1 :

Quel est l'impact des départs en opérations extérieures de votre médecin PN ainsi que leur durée sur votre prise en charge ?

- Question 2 :

Quel est votre sentiment quant aux mutations des médecins PN et donc du changement d'interlocuteur au cours de votre carrière ?

- Question 3

Quel est votre sentiment sur l'accessibilité du médecin PN ? temporelle et humaine

7 min Thème n°2 la spécificité du médecin PN :

Maintenant, nous allons aborder ce qui fait la spécificité d'un médecin PN.

- Question 1 :

Comment percevez-vous les connaissances de votre médecin de CMA sur les spécificités du milieu militaire, de l'aéronautique de défense et sur les contraintes opérationnelles du PN?

- Question 2 :

Comment percevez-vous le fait que le médecin PN soit soignant avec également un rôle d'expert quant aux décisions d'aptitude ? Quel est votre point de vue ?

- Question 3 :

Le médecin PN a un rôle de conseiller du commandement pour la sécurité aérienne et interagit avec celui-ci. Ceci influe-t-il sur votre relation médicale ? Pourquoi ?

- Question 4 :

Selon vous, le grade, l'ancienneté du médecin a-t-il une importance ? De quelle manière ?

- Question 5 :

Le changement d'organisation du SSA avec la création des Centres Médicaux des Armées a-t-il eu un impact sur votre relation médicale ?

7 min Thème n°3 Identifier les potentiels obstacles liés à la condition du PN

Nous allons maintenant parler des facteurs liés à votre propre condition : Ce qui m'intéresse, c'est votre expérience, votre vécu

- Question 1 :

Les normes d'aptitude médicales exigeantes pour être PN jouent-elles un rôle sur la relation que vous avez avec les médecins PN ? Si oui, dans quelle mesure ?

- Question 2 :

La nécessité que vous restiez opérationnel entre-t-elle en compte dans vos décisions de consultation ? Pourquoi ? Comment ?

- Question 3 :

Selon vous, existe-t-il un effet corporatif influençant l'accès à la consultation médicale ? (les préjugés, la réputation du médecin, le peur de l'inaptitude, etc.)

- Question 4 :

Dans quelle mesure préférez-vous consulter un médecin généraliste civil?

7 min Thème n°4 Identifier l'impact de l'interaction du médecin avec le PN

Nous allons maintenant parler de l'interaction que vous avez avec le médecin PN :

- Question 1 :

Vous bénéficiez de manière régulière d'instructions aéromédicales. Pensez-vous être capable d'identifier par vous-mêmes les situations à risque et de vous dispenser ainsi de la consultation ? Pourquoi ?

- Question 2 :

Que souhaiteriez-vous quant à la participation du médecin PN à votre vie professionnelle quotidienne et en OPEX autrement que dans le cadre de la consultation? (passage en escadron, participation aux activités de cohésion ...)

- Question 3 :

Qu'attendez-vous comme soutien du médecin PN par rapport aux contraintes opérationnelles, à la charge de travail, à la pression du système, à la hiérarchie, à la fatigue, aux événements graves...

3 min Parole libre de l'interviewé

Question subsidiaire :

Un mot définissant le point le plus important dans cette relation

Avez-vous des commentaires ou des remarques sur les sujets que nous avons abordés ou non au cours de cet entretien ?

Recueil de données sociodémographiques

- Sexe : Homme / Femme
- Age : ____ ans
- Grade :
- Fonction :
- Année d'engagement
- Statut

Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Bonne fin de journée.

ANNEXE 3 : échelles de confiance

Tableau 4 : Primary Care Assessment Survey

Je peux tout dire à mon médecin
Mon médecin prétend savoir des choses même quand il n'en est pas sûr
Je fais entièrement confiance au jugement de mon médecin au sujet de mes soins médicaux
Mon médecin s'attache surtout à baisser les coûts plutôt qu'à faire ce qui est nécessaire pour ma santé
Mon médecin me dira toujours la vérité au sujet de ma santé<comma> même en cas de mauvaises nouvelles
Mon médecin est autant attaché à ma santé que je le suis
En cas d'erreur dans mon traitement mon médecin essaierait de le cacher
Toutes choses considérées de combien faites-vous confiance à votre médecin ?

Tableau 5 : Trust in Physician Scale

Je doute que mon médecin me soigne en tant que personne
Mon médecin tient compte de mes besoins qu'il considère en premier
J'ai tellement confiance en mon médecin que j'essaie toujours de suivre ses conseils
Si mon médecin me dit telle chose alors elle est vraie
Je n'ai pas toujours confiance en l'opinion de mon médecin et j'aimerais demander un deuxième avis
J'ai confiance au jugement de mon médecin concernant les soins médicaux prodigués
Je pense que mon médecin ne fait pas tout ce qu'il devrait
Je fais confiance en mon médecin pour mettre mes besoins au-dessus de toutes autres considérations quand il traite mes problèmes médicaux
Mon médecin est réellement un expert pour prendre soin des problèmes comme les miens
Je fais confiance en mon médecin pour me dire si une erreur a été commise au sujet de mon traitement
Je regrette parfois que mon médecin ne garde pas confidentielles les informations dont nous avons discuté

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La relation médecin PN-PN est particulière. Ceci vient du triple rôle du médecin PN qui est soignant, expert et conseiller du commandement, et du PN, qui représente une population particulière.

Objectif : Mettre en évidence les aspects saillants, du point de vue des PN, susceptibles d'influencer la prise en charge médicale de leurs pathologies, et donc d'avoir une incidence sur la sécurité aérienne.

Matériel et méthode : Étude qualitative réalisée sous forme d'entretiens semi dirigés auprès de 36 PN de l'Armée de l'Air et de l'aviation légère de l'armée de terre.

Résultats : les PN apprécient les connaissances médicales, aéronautiques et du milieu militaire de leur médecin PN. Celui-ci est accessible, même si les délais pour les visites systématiques sont parfois longs. La peur de la perte d'aptitude au vol reste le principal obstacle de la relation médecin PN-PN. L'instauration d'une véritable relation de confiance aurait un effet facilitateur pour le suivi médical. Pour cela, des interactions répétées et spontanées au sein des escadrons, une meilleure transparence des décisions médicales et un accompagnement de la part des médecins PN sont souhaités par les PN. Ils signalent cependant que la charge de travail du médecin PN ne lui laisse que peu de temps pour accomplir ces actions.

Conclusion : Les PN, satisfaits de leur relation avec leur médecin PN, souhaitent des rencontres plus fréquentes avec celui-ci, une meilleure transparence des soins, un accompagnement, un travail d'équipe pour la bonne réalisation de leurs missions.

TITRE EN ANGLAIS

« The stakes of the doctor-patient relationship in aeronautical environment »
Qualitative study with 36 Flight crews of the French army

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS CLEFS : relation médecin-patient, médecin PN, personnel navigant, médecine aéronautique, médecine générale, étude qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex