



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-theses-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>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2010

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N°

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MEDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 JUIN 2010

PAR

AMANDINE BERCHER

ELEVE DE L'ECOLE DU VAL-DE-GRAVE, PARIS
ANCIENNE ELEVE DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES DE LYON-BRON

**PERCEPTION PAR LES MILITAIRES
DE LEUR MEDECIN D'UNITE.**

Etude transversale descriptive dans la région Terre Nord-Est.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Monsieur le Professeur de KORWIN Jean-Dominique

Président du jury

Monsieur le Professeur SIBERTIN- BLANC Daniel

Juge

Monsieur le Professeur GERARD Alain

Juge

Monsieur le Professeur AUBREGE Alain

Juge

Monsieur le Docteur en Médecine LAFAILLE Gérard

Directeur de thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – 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 Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

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 et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

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

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – 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)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

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

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS

Directeur de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon vermeil

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO

Directeur adjoint de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

A NOTRE PRESIDENT,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de Korwin

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Veillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

A NOS JUGES,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédiopsychiatrie

Nous sommes très honorés de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Alain GERARD

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Votre présence dans notre jury nous honore. Veuillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE

Professeur de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Nous avons pu apprécier la qualité de votre enseignement à la faculté. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Médecin en Chef Gérard LAFAILLE

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Par votre expérience et votre connaissance de la médecine générale militaire, vous nous avez guidés dans la réalisation de ce travail sur un sujet qui nous tenait à cœur. Soyez assuré de toute notre gratitude.

Ce travail n'aurait pas pu être effectué sans le soutien et l'aide de plusieurs personnes :

Le Médecin en Chef LEIFFLEN, spécialiste de recherches du SSA, au département des facteurs humains du CRSSA : par votre expérience des enquêtes sociologiques dans le milieu militaire, vous m'avez aidée à élaborer le questionnaire de l'étude.

Le Médecin en Chef MATTON, chef de service du service d'information médicale de l'HIA Legouest : grâce à vous, j'ai enfin compris quelques notions de statistiques !

La Secrétaire Médicale de Classe Supérieure MASSON, du service d'information médicale de l'HIA Legouest : merci infiniment pour votre disponibilité et votre gentillesse durant les heures passées à faire les tests statistiques.

Merci également aux chefs de service :

Monsieur le Médecin en Chef DOT et Monsieur le Médecin en Chef GODREUIL : merci d'avoir guidé mes premiers pas d'interne et d'avoir toujours été disponibles pour répondre à mes questions de jeune interne.

Monsieur le Professeur LEHEUP et Monsieur le Professeur MONIN : l'immersion dans le monde de la pédiatrie n'a pas toujours été facile, mais votre enseignement bienveillant m'a permis de moins appréhender cette discipline.

Madame le Médecin en Chef VERAN : merci infiniment pour votre enseignement, toujours adapté aux besoins de connaissance d'un médecin généraliste militaire. La dermatologie, grâce à vous, ne se résume plus à « c'est un bouton rouge qui gratte » !

Monsieur le Médecin en Chef LEHOT : vous m'avez guidé dans mon apprentissage de la médecine d'urgence, toujours présent et disponible tout en me laissant beaucoup d'autonomie. Soyez ici remercié pour tout cela.

Enfin, merci aux médecins-chefs des différents établissements sollicités pour leur participation et l'intérêt qu'ils ont manifesté pour cette enquête.

A Sébastien : merci d'être toujours là pour moi depuis bientôt vingt fois six mois (!), en espérant que cela dure toute la vie.
Il en faut peu...

A « Nanou » : promis, je chercherai d'autres chants militaires à apprendre pour pouvoir les chanter ensemble ! Et j'espère qu'un jour tu seras enfin rentier.

A mes parents,

A ma belle-famille,

A ma binôme,

A mes amis, de la boîte, navalais ou d'ailleurs.

SERMENT

"Au 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

I. INTRODUCTION.	16
A) L'intérêt de l'étude.	16
B) La naissance du projet.	17
II. HISTOIRE CONCISE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE MILITAIRE :	
HISTORIQUE DES FONCTIONS DU MÉDECIN D'UNITÉ.	19
A) Le principe de l'expertise dans les armées.	19
B) La médecine tropicale.	22
C) Le médecin militaire en opérations extérieures.	23
D) Rôle dans la médecine de prévention.	24
E) Etapes importantes dans l'histoire du SSA.	25
III. LES SPÉCIFICITÉS DU MÉDECIN MILITAIRE.	27
A) Le cursus universitaire et militaire.	27
B) Les rôles du médecin d'unité.	28
C) Organisation d'un service médical d'unité.	29
IV. MATERIEL ET METHODES.	31
A) L'élaboration des questionnaires.	33
B) L'échantillon interrogé.	33
C) Le recueil et l'exploitation des informations.	34
D) Le traitement des données.	34
V. RESULTATS.	36
A) La participation.	36
B) Renseignements biographiques.	36
C) Conditions de consultation médicale.	48
D) Médecine d'aptitude.	67
E) Médecine générale.	75
F) Propositions.	88
G) Commentaires libres.	106
VI. ANALYSE CRITIQUE DES RESULTATS.	112
A) Les biais de l'enquête.	112
B) Analyse des résultats.	112
VII. DISCUSSION.	146
A) Comparaison avec une étude en gendarmerie.	146
B) Aux Etats –Unis.	147
C) En Israël.	148
VIII. PERSPECTIVES.	150
IX. CONCLUSION.	152
A) Tendances générales.	152
B) Tendances particulières.	154
C) Critiques.	154
D) L'avenir.	155
X. REFERENCES.	156
XI. ANNEXES.	159

I.INTRODUCTION.

A) L'intérêt de l'étude.

De nos jours, l'évaluation de la satisfaction des patients est devenue monnaie courante et ceci n'épargne pas le domaine de la médecine militaire. Aux Etats-Unis, depuis les années soixante-dix, Mangelsdorff crée des questionnaires de satisfaction à l'usage des militaires (1). Mais l'évaluation de la qualité de la prise en charge médicale est une entreprise ardue, car comme le souligne Blumenthal en 1996 lors de la parution d'une série d'articles sur ce sujet dans le « New England Journal of Medicine » (2) , la qualité de la prise en charge s'évalue à la fois par la technicité mais également par la qualité de la relation entre le praticien et son patient. Celle-ci, d'après Cousins, est fonction de la communication, de la confiance qu'inspire le médecin, de l'adéquation avec les souhaits du patient (3).

On a même qualifié cet intérêt nouveau pour l'évaluation de « troisième révolution dans la prise en charge médicale » (4). Les médecins sont évalués, à la fois sur leur pratique professionnelle, avec la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles sous l'autorité de l'HAS (haute autorité de santé) depuis la parution du décret n°2005-346 du 14 avril 2005 (5), mais aussi par leurs patients. A l'heure des nouveaux moyens de communication tels que les blogs ou les forums de discussion sur internet, les patients n'hésitent plus à évaluer leur médecin voire à le noter ; en témoigne la polémique créée par le lancement du site internet « toubib or not ? », site sur lequel les patients pouvaient attribuer une note au praticien. Les opinions des patients sont également relayées par les médias , comme par exemple dans un sondage paru en décembre 2008 dans un hebdomadaire à grand tirage, le « Figaro Magazine », intitulé « les Français estiment leur médecin » (6).

Ces derniers sont d'ailleurs satisfaits de leur médecin généraliste ; en effet, selon un sondage réalisé par BVA (7) auprès d'un échantillon représentatif de 1004 personnes en février 2008 : 91% des personnes interrogées avaient une bonne opinion des médecins généralistes.

Le Service de Santé des armées (SSA), quant à lui, ne peut échapper à cette nouvelle vogue. Il est de plus, en pleine mutation, avec d'une part, la professionnalisation de ses acteurs qui se déroule depuis la promulgation de la loi de programmation militaire de 1996 (8), et d'autre part, avec la création progressive des bases de défenses (9). Ces changements interpellent les militaires et des interrogations nouvelles émanent de nos patients.

Une base de défense est une formation administrative du ministère de la défense regroupant l'ensemble du personnel civil et militaire présent dans un secteur géographique donné. Elle a pour mission d'assurer l'administration générale et le soutien commun des formations implantées dans son secteur de responsabilité administrative.

En d'autres termes, ces nouvelles formations comprendront tous les services de soutien, dont le service médical d'unité, qui ne sera donc plus nécessairement situé au sein même du régiment mais parfois à plusieurs kilomètres, ce qui pourra être source de difficultés dans l'accès à la consultation : les militaires continueront-ils de consulter leur médecin d'unité si celui-ci est plus éloigné géographiquement, et s'il ne s'occupe plus d'un seul régiment mais de plusieurs ?

A l'aube de ces changements, il nous a donc paru important d'étudier la perception qu'ont les militaires de leur médecin d'unité, d'autant plus que le plan stratégique du SSA (10), paru en 2006 et qui a pour objet de définir les priorités d'action du service de santé des armées pour les prochaines années, vise à accroître la notoriété du SSA auprès de nos partenaires et de nos patients avec comme indicateur le taux de satisfaction du personnel des forces.

En effet, la satisfaction du patient est un important paramètre de la qualité des soins, et être à l'écoute des demandes des patients peut influencer leur prise en charge autant en milieu civil que dans le Service de santé des armées. (11)

Nous avons donc voulu savoir, au travers de cette étude, si la maxime, souvent opposée au médecin militaire, qui prétend que « la médecine militaire est à la médecine ce que la musique militaire est à la musique » est encore présente dans les esprits, ou bien si l'ensemble des changements amorcés ces dernières années, fait également évoluer la perception qu'ont les militaires de la médecine générale d'unité.

B) La naissance du projet.

Au cours de nos études médicales, nous effectuons plusieurs stages en milieu militaire. Les deux premiers sont effectués en groupe et donnent peu l'occasion de s'interroger sur la place du praticien d'armée au sein de la communauté. Mais le troisième stage incite plus à se fondre dans la vie régimentaire et à recueillir les avis des personnels sur certaines questions, notamment sur le médecin militaire. J'ai ainsi été interpellée par le fait que certains personnels

du régiment étaient assez réticents à venir consulter le médecin d'unité. Lors du choix du sujet de thèse, j'ai voulu approfondir ce thème en menant une étude sur la perception qu'ont les militaires de leur médecin d'unité. Pour cela, une enquête a été réalisée afin de décrire la perception qu'ont les militaires de leur médecin d'unité, à travers un questionnaire distribué au moment de la visite systématique annuelle dans les établissements de la zone de défense Nord-Est.

Volontairement, nous n'avons inclus dans cette enquête que des établissements de l'armée de terre, et aucun établissement de l'armée de l'air, de la marine ou de la gendarmerie pour quatre raisons :

- tout d'abord, une volonté de cohérence en n'interrogeant qu'une seule armée, car l'expertise médicale varie d'une armée à l'autre,
- ensuite, la répartition entre les différents statuts dans l'armée de terre (militaires du rang, sous-officiers, officiers) peut se superposer à la société civile avec les différentes catégories socioprofessionnelles : ouvriers-employés, cadres moyens et cadres supérieurs. Dans les autres armées (marine et armée de l'air), la répartition est différente car il existe un nombre important de techniciens pouvant s'apparenter à des cadres moyens,
- notre directeur de thèse étant rattaché à l'armée de terre, il nous a paru logique de nous intéresser à un milieu qu'il connaissait bien,
- enfin, nous destinant à la pratique médicale dans cette armée, il nous a paru judicieux d'étudier plus précisément le ressenti des militaires dans ce milieu.

Il s'agit d'un travail original puisque mes recherches bibliographiques m'ont permis de trouver un seul document en français sur la perception des médecins militaires ; il s'agit du mémoire de DES de médecine générale de T. Audoual, avec une étude réalisée en gendarmerie (12).

Cette thèse tiendra lieu de mémoire pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Après un historique des fonctions du médecin militaire, nous aborderons en deuxième partie la méthodologie de cette étude, puis les résultats obtenus accompagnés d'une analyse critique. Enfin, nous discuterons les résultats d'autres enquêtes réalisées en gendarmerie ou à l'étranger avant de développer quelques perspectives pour l'avenir.

II. HISTOIRE CONCISE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE MILITAIRE : HISTORIQUE DES FONCTIONS DU MÉDECIN D'UNITÉ (13).

Le médecin militaire, comme nous le développerons ultérieurement, est appelé à jouer plusieurs rôles stratégiques. Outre sa classique mission de soins, il est également chargé de l'expertise médicale et de déterminer l'aptitude des soldats. Son rôle lors des opérations extérieures est également prégnant, tout comme celui joué dans la prévention des maladies. En réalité, il occupe ces différentes fonctions depuis les débuts de la médecine militaire. Nous les développerons donc ici sous un angle historique.

A) Le principe de l'expertise dans les armées.

Le principe de sélection est très ancien. Avant la Révolution, les sergents recruteurs parcouraient les campagnes pour « racoler des beaux hommes bien faits » (14).

En 1790, le médecin Jourdain Le Cointe, dans la Santé de Mars (15), consacre un chapitre au choix du soldat : « Dans presque tous les régiments de France on perpétue l'usage de charger des officiers (...) de faire les recrues nécessaires pour les maintenir au complet : ils quittent leurs garnisons ; vont s'établir dans une grande ville, pour y enrôler à leur aise tous les jeunes gens (...). On n'examine pas même s'ils sont sains, robustes, vigoureux : pourvu qu'ils aient l'âge et la taille on les engage (...). Avant d'engager un homme, il serait très avantageux de l'examiner tout nu pour voir s'il n'a ni fistules (...) et autres maladies contagieuses ou incurables, qui mettent un soldat hors d'état de combattre.(...) Le caractère dominant et le tempérament d'un homme méritent encore l'attention d'un observateur judicieux. »

Dès cette époque ce médecin militaire se rend compte de l'intérêt qu'il y aurait à faire sélectionner les recrues par un praticien expérimenté, mais dans les faits, ce sont les officiers des armes qui jugent des aptitudes à l'engagement.

L'institution des conseils de révision se retrouve dans les différentes lois qui fixent les bases de recrutement de l'armée, depuis la première du 19 fructidor an VI (5 septembre 1798). La loi du 17 ventôse an VIII (8 mars 1800) admet le remplacement pour les individus « reconnus incapables de soutenir les fatigues de la guerre et ceux qui seraient jugés plus utiles à l'Etat en continuant leurs travaux ou leurs études. » Ces conseils de révision se rendent de canton en canton pour examiner les jeunes conscrits en s'efforçant d'éliminer ceux qui sont porteurs d'infirmités. Les conditions de l'examen clinique ne permettent qu'une

sélection très grossière : les hommes de belle prestance sont versés dans la cavalerie tandis que le service de santé et les services auxiliaires recueillent les laissés pour compte.

La loi de l'an VI crée des conseils de recrutement afin de suivre les opérations du recrutement : composés du général commandant le département, du préfet, d'un officier supérieur, d'un officier de gendarmerie, et d'un conseiller de préfecture. Ces conseils sont assistés d'un médecin destiné à les éclairer au point de vue de la constatation des infirmités.

L'article fixant la présence d'un homme « de l'art » au sein du conseil, étant peu explicite, une circulaire parue en 1834 fixe les modalités : ce praticien doit être militaire et avoir au moins le grade de médecin-major de deuxième classe (capitaine). L'article 28 établit que « dans les cas d'exemptions pour infirmités, le conseil ne se prononcera qu'après avoir pris l'avis du médecin qui assiste au conseil ». Cette disposition rend donc obligatoire de prendre l'avis du médecin. Cependant, si le conseil rend un avis contraire à son opinion, la loi ne lui reconnaît pas le droit de protester. Actuellement, le problème est toujours le même puisque le médecin d'unité donne un avis consultatif sur l'aptitude que le commandement n'est pas tenu de suivre, même si, en pratique, les recommandations sont quasiment toujours suivies.

La loi de 1855 (15) sur la dotation de l'armée expose les modalités du suivi sanitaire pour les rengagés qui doivent, après sept ans de service, puis tous les cinq ans, subir un examen sanitaire, à la suite duquel ceux reconnus « impropres à continuer le service militaire » doivent « rentrer dans la vie civile ».

Le médecin-major de 1^{ère} classe Morache (16) rapporte que c'est à partir de 1872 que la sélection accompagnée d'un véritable examen clinique débute. Ce praticien explique que « la totalité des jeunes gens inscrits devra, chaque année, subir l'examen physique devant le conseil de révision (...) Il faut se montrer de plus en plus rigoureux dans les opérations du recrutement, en écartant de la profession militaire tous les malingres et les valétudinaires qui viendraient, sans bénéfice pour le pays, trouver dans l'armée des chances de maladie et de mort plus grandes que celles qui les attendent dans leurs foyers. » Cette tâche incombe aux conseils de révision, composés d'éléments civils et militaires et représentant les intérêts de la population comme ceux de l'armée. Plus tard dans la carrière, la sélection continue encore, mais par le seul fait de l'autorité militaire, aux moyens de renvois anticipés sous formes de congés de réforme ou de retraites.

Les notions d'aptitude selon l'emploi, ancêtres du SIGYCOP actuel (annexe 1), émergent dès la fin du dix-neuvième siècle. Le Ministère de la guerre publie en 1890 (17) une instruction sur l'aptitude physique au service militaire. Ces dispositions réglementaires

dressent la liste des affections entraînant la réforme et indiquent les critères d'aptitude aux différentes armes.

Le lieutenant-colonel Focard, président du conseil d'instruction de la réunion des officiers de complément du service d'état-major, en 1911, dans son ouvrage l'aptitude militaire des contingents français (18), indique que « la loi de 1905 (...) a admis l'incorporation d'un certain nombre d'hommes impropres au service armé, mais semblant aptes à des fonctions sédentaires. »

La possibilité de recourir à l'avis d'un spécialiste pour guider la décision d'aptitude est assez tardive puisqu'en 1915, l'ophtalmologiste Ginestous, dans son Aptitude visuelle au service militaire (19) explique que « les médecins-experts sont rarement spécialisés dans la pratique de l'ophtalmologie (...). Aussi pensons-nous [qu'] il y aurait intérêt à confier l'examen de la réfraction des appelés militaires à des ophtalmologistes de carrière. »

La sélection des personnels navigants pour l'aviation est introduite dès 1916, puis en 1928, c'est au tour de la marine de sélectionner ses spécialistes. L'armée de terre à partir de 1930 applique ces méthodes en faisant subir des tests d'aptitude aux servants d'artillerie.

En vue d'assurer l'affectation la plus rationnelle possible des hommes du contingent en fonction de leurs aptitudes physiques, intellectuelles et professionnelles, il est décidé dans les années 60 de soumettre les appelés, au cours de l'année précédant leur appel sous les drapeaux, à des examens et des épreuves physiques et psychologiques de sélection.

En 1954 sont créés les centres de sélection qui ont pour missions d'éliminer les inaptes et d'orienter les autres vers des emplois conformes à leurs qualités. En 1970, le conseil de révision est définitivement supprimé.

Depuis quelques années, tous les candidats à l'engagement dans l'armée de terre doivent passer des tests physiques et psychotechniques, assortis d'une visite médicale dans les Centres de Sélection et d'Orientation.

La féminisation.

La question de la féminisation des armées émerge au milieu du vingtième siècle. Le 9 août 1944, un arrêté ministériel (20) fixe les modalités pratiques de la visite médicale des

femmes appelées. La commission médicale doit comporter un médecin lieutenant-colonel ou commandant ainsi que deux médecins femmes, militaires ou civiles, dont une compétente en matière de pathologie féminine. Le reste du personnel doit être exclusivement féminin. On peut imaginer que ces dispositions favorisaient la confiance.

B) La médecine tropicale (13).

Parallèlement à ces évolutions dans l'expertise des personnels, la médecine « coloniale » se développe. Albert Calmette, médecin de marine, après avoir effectué un stage de bactériologie, fonde à Saigon en 1891 le premier institut Pasteur d'outre mer. Il met au point en 1921 avec Guérin le BCG. Eugène Jamot (21), affecté dans le corps de santé des troupes coloniales, est déclaré vainqueur de la maladie du sommeil au Cameroun en 1930.

De 1950 à 1960, la médecine militaire coloniale française atteint son apogée. Des médicaments nouveaux sont apparus, qui révolutionnent la pratique médicale, tels que la nivaquine pour lutter contre le paludisme, les sulfamides pour traiter le choléra...

En Afrique noire, le service autonome de la maladie du sommeil étend son action à la lèpre, à l'onchocercose, au trachome, à la rougeole...et autres maladies endémo-épidémiques. Il se transforme en service des grandes épidémies. Les hôpitaux d'outre-mer sont modernisés.

En 1960, les indépendances des pays d'Afrique noire n'ont pas de retentissement immédiat sur la pratique médicale quotidienne. L'assistance sanitaire est entièrement maintenue grâce à une politique de coopération qui s'institue avec tous les nouveaux états indépendants. Le personnel militaire, aussi nombreux qu'auparavant, continue à tenir les postes de brousse.

Lasnet, à cette époque, est chargé par le général Gallieni de mettre en œuvre une forme de médecine gratuite et accessible à tous en Afrique : l'assistance médicale indigène (AMI).

Les médecins militaires perpétuent encore cette tradition de nos jours par le biais de l'aide médicale à la population (AMP).

Labusquière coordonne des campagnes de vaccination contre la rougeole tandis que la lutte contre la méningite en Afrique sub-saharienne est dirigée par Lapeyssonie.

C) Le médecin militaire en opérations extérieures.

La doctrine de la médicalisation de l'avant naît des enseignements tirés d'abord des guerres d'Empire, puis des deux guerres mondiales et de la guerre d'Indochine.

Il est à noter que si de nos jours les médecins généralistes sont majoritaires dans les effectifs médicaux du service de santé, il n'en a pas toujours été ainsi puisque, durant les campagnes de l'Empire, l'armée nécessite essentiellement des chirurgiens, qui sont au nombre de 824 en 1813, contre 113 médecins.

En 1914, pour le commandement, le blessé est un « matériel humain » dont il faut débarrasser au plus vite le champ de bataille. Il existe donc une doctrine d'évacuation systématique des victimes. Les désastres sanitaires des premières batailles des frontières en août et septembre 1914 (évacuations inconsidérées, absence de triage, lenteur des transports sur de longues distances...) incitent l'état-major à créer une direction générale du service de santé des armées confiée au médecin général inspecteur Paul Chavasse. Celui-ci développe une nouvelle organisation médico-militaire en vue de substituer à la doctrine de l'évacuation généralisée, celle du traitement précoce du blessé. Peu à peu les plus éminentes personnalités médicales font évoluer les pratiques sur la question des évacuations, du triage, de la chirurgie de l'avant, de l'échelonnement des structures de traitement.

En Indochine, territoire vaste et hostile, l'hélicoptère sanitaire s'impose comme moyen d'évacuation, avec comme chef de file Valérie André (22), qui est la première femme pilote d'hélicoptère. Pour ne pas interrompre les soins sur la chaîne d'évacuation sanitaire, le service de santé insiste sur le rôle des antennes chirurgicales mobiles. Celles-ci sont allégées, aérotransportables et parfois même parachutables. Elles hébergent pour quelques heures les malades et blessés en transit, stabilisent et conditionnent les plus légers en vue de leur évacuation, traitent les cas urgents.

Actuellement, le médecin généraliste militaire se situe au niveau « rôle 1 » de la chaîne d'évacuation sanitaire. C'est-à-dire qu'il se rend au point de rassemblement des blessés, zone qui est normalement sécurisée par les soldats, pour y prodiguer les soins d'urgence vitale. Les blessés sont ensuite acheminés vers le poste de secours, pour y recevoir les soins complémentaires par le médecin d'unité, qui vont permettre ensuite un transport dans les meilleures conditions possibles vers le rôle 2 (hôpital militaire de campagne) où sera effectué le triage médico-chirurgical par un réanimateur ou un chirurgien. Cette étape

conditionne le devenir des blessés car c'est à ce moment qu'ils sont mis en condition d'évacuation, y compris si besoin par un geste chirurgical. Leur évacuation, sur un hôpital déployé sur le théâtre d'opérations ou en métropole, dépend des délais pré-opératoires estimés lors du triage. Deux régiments médicaux (23), le premier, crée en 1992 et héritier des traditions des formations médicales du corps expéditionnaire français en Italie, et le troisième, crée en 2001, et héritier du patrimoine des unités du SSA ayant servi en Indochine, ont pour mission d'assurer le relais entre les postes de secours régimentaires et les hôpitaux de l'arrière, grâce à leurs sections de ramassage et de triage.

Ensuite, si besoin, le blessé sera amené au rôle 3, qui est une structure hospitalière de campagne comportant plus de moyens médicaux (neurochirurgie par exemple), non déployée sur tous les théâtres. Enfin, s'il le nécessite, le patient est rapatrié en France (rôle 4).

Le médecin généraliste peut également avoir d'autres rôles en opérations extérieures : conseil et formation auprès d'armées étrangères, par exemple auprès de l'armée nationale afghane (ANA) lors des OMLT (operational mentoring and liaison team) ; ou bien de commandement des forces santé pour assurer la liaison entre les différentes équipes santé sur un théâtre d'opérations.

D) Rôle dans la médecine de prévention.

La prévention des maladies dans les armées est, elle aussi, très ancienne ; la promiscuité et les conditions d'hygiène parfois douteuses entraînant des épidémies au sein des troupes. Van Swieten, médecin de la reine de Hongrie, en 1765, dans sa Description abrégée des maladies qui règnent le plus communément dans les armées (24), indique « qu'il ne sera peut-être point hors de propos d'ajouter ici quelques observations, au moyen desquelles on pourra prévenir les maladies et conserver la santé du soldat ».(24)

Alphonse Laveran découvre l'hématozoaire du paludisme en 1880 et fait la relation entre anophèle et paludisme (25). François Maillot généralise l'emploi de la quinine contre cette maladie et initie le traitement préventif quotidien.

La guerre d'Indochine donne un essor important à la lutte antipaludéenne avec la lutte individuelle (port de vêtements longs, usage des moustiquaires et des répulsifs) ainsi que l'assainissement des campements (lutte anti-larvaire ou désinsectisation par le DDT).

E) Etapes importantes dans l'histoire du SSA.

La création des écoles.

En 1850, une école d'application est créée au Val-de-Grâce à Paris pour les futurs médecins militaires qui sont alors recrutés à la fin de leurs études en faculté. Le recrutement restant insuffisant, l'école Impériale du service de santé des armées s'ouvre à Strasbourg en 1856. Les élèves sont alors recrutés sur concours, après plusieurs années d'inscription à la Faculté, et poursuivent leurs études jusqu'à leur thèse de doctorat à la faculté de Strasbourg. Ils bénéficient parallèlement de cours de perfectionnement, à l'école de santé, orientés vers leur future carrière militaire.

Cependant, l'école doit fermer en 1870, lors de l'occupation de la ville par les Allemands.

Après la fermeture de Strasbourg, plusieurs villes sont candidates pour accueillir l'école mais c'est la ville de Lyon qui est choisie en 1888 car, d'une part la municipalité s'engage à assumer la construction des bâtiments de l'école, et d'autre part, pour la renommée de sa faculté de médecine. Les élèves suivent les cours de la faculté et bénéficient de cours complémentaires donnés par les chefs de service de l'hôpital Desgenettes.

Cette école est tout d'abord destinée aux médecins de l'armée de terre, mais elle s'ouvre dès 1925 à ceux des troupes coloniales puis à ceux de l'armée de l'air.

Pour les médecins de la marine, c'est une autre école qui est créée, en 1889, à Bordeaux.

Ces deux écoles s'ouvrent aux femmes en 1973, sous couvert de quotas.

En 2009, celle de Bordeaux ferme progressivement.

La professionnalisation.

Jusqu'en 1996, le service de santé consacre une part importante de son activité aux appelés, mais en retour, le contingent contribue pour une part importante à son fonctionnement. A cette date, la professionnalisation est décidée car la guerre du Golfe a montré que l'armée de conscription n'était plus adaptée aux nouvelles menaces. Le recrutement des médecins militaires, du fait de la perte du contingent, doit être accéléré, à la fois par l'augmentation du recrutement dans les écoles, et par le recrutement complémentaire

d'officiers sous contrat. En effet, selon un rapport présenté à l'Assemblée Nationale en 2002 par le député Christian Ménard, 27% des médecins (26) étaient des appelés.

Durant la restructuration, entre 1997 et 2002, le SSA ferme neuf centres hospitaliers des armées (CHA) pour ne conserver que neuf hôpitaux d'instruction des armées (HIA). De plus, déjà en partie ouverts à la patientèle civile, les hôpitaux militaires accueillent encore plus de civils pour concourir au service public hospitalier : c'est l'optimisation. Cette diversité des patients et des pathologies permet de maintenir la compétence des équipes hospitalières.

III. LES SPÉCIFICITÉS DU MÉDECIN MILITAIRE.

A) Le cursus universitaire et militaire.

Actuellement, le recrutement se fait majoritairement par un concours d'entrée dans les écoles du service de santé des armées, de niveau baccalauréat, comprenant des épreuves écrites et orales. Il existait jusqu'à présent deux écoles, l'une à Lyon et l'autre à Bordeaux, cette dernière étant en cours de fermeture. Les élèves suivent les cours des facultés de médecine.

Ils effectuent au cours de leur cursus universitaire cinq périodes que l'on pourrait qualifier de stages « d'immersion en milieu militaire ».

Le premier, consiste en la formation militaire initiale. Effectué avant la rentrée universitaire de première année de médecine et d'une durée de dix jours, il permet d'acquérir les premières notions de culture militaire telles que la connaissance des grades, des notions de topographie, l'initiation aux armes.

Le second stage, en fin de première année, est la formation militaire complémentaire. D'une durée de trois semaines, il permet de consolider les connaissances acquises. En fin de deuxième année, les élèves effectuent un stage en unité de trois semaines afin de découvrir de façon plus approfondie le métier des armes et la vie régimentaire.

Enfin, en septième et neuvième années, ils effectuent leurs deux derniers stages, dont nous expliciterons les spécificités ultérieurement.

Les élèves effectuent leurs stages d'étudiant hospitalier dans des services hospitaliers tant civils que militaires. Ils se présentent comme leurs homologues civils, depuis l'année 2004, aux épreuves de l'examen national classant, puis effectuent leurs stages d'interne dans les hôpitaux d'instruction des armées (HIA), excepté pour les stages dans certaines spécialités peu représentées dans l'armée comme la pédiatrie ou la gynécologie, qui sont alors effectués dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ou dans les services agréés par les facultés des régions où sont implantés les HIA. Les internes en spécialité de médecine générale appréhendent alors de plus près leur futur métier en effectuant deux périodes en unité, l'une de six mois correspondant au stage « chez le praticien » et une autre de 3 mois lors du stage autonome en soins ambulatoires supervisé (SASPAS). Ces stages en régiment ont deux objectifs : familiariser le stagiaire avec son futur environnement professionnel sur le plan

médical, mais également aux aspects opérationnels et administratifs de la médecine praticienne d'armée (27).

Les autres modes de recrutement des médecins militaires se font par concours, soit en début de deuxième cycle d'études médicales (DCEM1), soit après la thèse.

Le cursus du médecin généraliste militaire, hormis quelques périodes plus spécialement dédiées à l'acquisition de connaissances militaires, est donc en tout point semblable au cursus du médecin civil.

B) Les rôles du médecin d'unité.

Le médecin d'unité a plusieurs rôles au sein de son régiment : il a la fois un rôle classique de médecin mais également de conseiller du commandement sur les problèmes sanitaires.

Il est responsable :

- de l'**hygiène** du casernement, des cuisines, corporelle et vestimentaire, et enfin mentale,
- de la **prévention** des maladies et accidents (28),

Ceci passant entre autres par un rôle d'éducation sanitaire des militaires à travers des séances régulières d'information.

Ses autres rôles sont :

- **la médecine de soins** (qui est le rôle prépondérant),
- **la médecine d'expertise** ou médecine d'aptitude (29): c'est-à-dire l'établissement d'un profil médical qui doit concorder avec les qualités médicales requises pour exercer les différentes spécialités militaires. Elle s'exerce à la fois lors de l'incorporation d'un personnel au sein de l'armée mais également chaque année lors de la visite systématique annuelle (VSA) qui a pour buts : de vérifier l'aptitude générale au service, de vérifier l'état des vaccinations, de procéder au contrôle de la catégorisation médico-physiologique nécessaire à l'aptitude sportive, et de vérifier les aptitudes particulières à l'emploi (métier de bouche, mécanicien...)(28),
- **la médecine de prévention** : celle-ci peut être incluse lors de la visite systématique annuelle. Il s'agit de la transposition de la médecine de prévention civile dans le milieu

militaire. Elle comprend également des réunions et des visites CCHPA-CHSCT (commission consultative d'hygiène et de prévention des accidents - comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) auxquelles participe le médecin d'unité,

- **la mise en condition opérationnelle** au plan sanitaire de l'ensemble des personnels pour les départs en mission (opérations extérieures : OPEX, ou missions de courte durée dans les DOM-TOM : MCD).

C) Organisation d'un service médical d'unité.

Il semble important tout d'abord de définir ce qu'est une unité : il s'agit de tout organisme (formation, établissement, base ou bâtiment) formant corps et administré comme tel (28) .

Les personnels.

On recense entre un et quatre médecins par unité, autant d'infirmiers sous la responsabilité d'un infirmier-major, et des brancardiers secouristes ou auxiliaires sanitaires, qui ont parfois une formation d'aide-soignant.

S'y ajoutent des personnels ne dépendant pas du service de santé des armées et qui ont pour tâche la gestion du secrétariat.

Les moyens.

Les services médicaux d'unité sont très bien équipés car ils ont pour missions d'assurer les consultations de médecine générale « classique », de procéder à l'expertise des personnels pour leur aptitude notamment audiométrique et ophtalmologique, de prendre en charge les urgences au sein de l'unité mais également lors des manœuvres, et enfin de pouvoir « infirmiser » les personnels dont l'état de santé justifie non pas forcément une véritable hospitalisation mais une surveillance rapprochée.

Les infirmeries sont donc dotées de cabines d'audiométrie, d'appareils de contrôle de la vision, d'électrocardiographes, d'appareils de monitoring, de saturimètres, de bouteilles d'oxygène, de matériel d'immobilisation pour traumatologie (colliers cervicaux, matelas coquille, attelles variées...), de matériel pour perfuser, de matériel de gypsothérapie...

A cela s'ajoutent des moyens de transport qui doivent être adaptés à toutes les situations et tous les terrains, et le cabinet médical dispose en général de véhicules de gamme commerciale type utilitaires mais également d'ambulances tout-terrain et de véhicules de l'avant blindés (VAB).

L'organisation des consultations.

En règle générale, les matinées sont consacrées aux consultations tandis que les après-midi sont réservés aux visites systématiques annuelles.

Les personnels désirant consulter doivent s'inscrire tôt le matin sur un cahier prévu à cet effet, dans chacune de leurs compagnies respectives. Ces cahiers sont ensuite adressés au service médical, qui peut ainsi estimer le nombre approximatif de consultants. Ceux-ci sont ensuite appelés au cabinet médical, compagnie par compagnie. Les horaires de passage ne sont pas déterminés par avance, ce qui peut impliquer un temps d'attente assez long avant la consultation, notamment dans les régiments d'infanterie dans lesquels les consultants sont nombreux.

Concernant les VSA, celles-ci font l'objet de rendez-vous pris à l'avance. Les temps d'attente sont souvent moins longs, même si, comme dans tout cabinet de médecine générale, du retard peut être pris à cause d'urgences intercurrentes ou de consultations plus longues que prévues.

Le consultant effectue d'abord la partie biométrique, avec mesure du poids, de la taille, contrôle ophtalmologique et audiométrique, et réalisation d'une bandelette urinaire ; avant de voir le praticien pour la visite médicale proprement dite.

IV. MATERIEL ET METHODES.

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive menée durant 3 semaines, du 15 septembre au 3 octobre 2008.

Cette enquête a été menée auprès des établissements de l'armée de Terre de la zone de défense Terre Nord-Est.

L'enquête a été réalisée à partir de questionnaires (annexe 2) comprenant 36 questions, comportant des questions fermées et des questions ouvertes. La majorité d'entre elles étaient des questions fermées avec pour certaines une possibilité d'explicitier la réponse donnée.

Les variables auxquelles nous nous intéressions étaient essentiellement des variables qualitatives :

- 27 questions concernent des variables nominales, dont les valeurs sont des éléments d'une catégorie non hiérarchique (30),
- 5 questions concernent des variables ordinales, qui peuvent être classées dans un ordre logique,
- 4 questions concernent une variable quantitative, qui sont : celle sur l'âge des personnels répondant au questionnaire, celles portant sur le nombre de consultations effectuées au cours de l'année auprès du médecin militaire et civil et celle portant sur le nombre d'enfants.

Ces questionnaires se subdivisent en six parties.

La première partie comporte dix questions et porte sur les caractéristiques biographiques des personnels interrogés :

- le genre (question I1),
- l'âge (question I2),
- le grade (question I3),
- le statut contractuel (question I4),
- l'unité d'affectation ainsi que sa localisation géographique (questions I5 et I6),
- la situation familiale et le nombre d'enfants (questions I7, I8 et I9),
- la notion de participation à une ou plusieurs missions à l'étranger (question I10).

La seconde partie compte 9 questions qui ont pour but de préciser les conditions de consultation médicale, en interrogeant sur :

- la « qualité » (civile ou militaire) du médecin traitant (question II1),
- les raisons de consultation auprès du médecin d'unité (question II2),
- le nombre de consultations (questions II3 et II4),
- l'importance du genre du médecin (questions II5 et II6),
- l'importance du suivi (question II7),
- le respect du secret professionnel (question II8),
- la connaissance du milieu d'exercice professionnel par le médecin militaire (question II9).

La troisième partie, qui comporte 3 questions, porte sur le ressenti de la médecine d'aptitude :

- l'utilité de la VSA (question III1),
- la perception de l'avis d'aptitude donné par le médecin (question III2),
- l'utilité des conseils prodigués (question III3).

La quatrième partie, compte 5 questions et s'interroge sur la perception du médecin pendant la consultation de soins de médecine générale :

- les raisons de consultation ou de non consultation du médecin militaire (questions IV1 et IV2),
- les qualités et défauts du médecin d'unité et du praticien civil (questions IV3 et IV4),
- le ressenti des patients vis-à-vis du nombre de médicaments prescrits (question IV5).

La cinquième partie comporte 9 questions et permet d'évaluer le ressenti sur des sujets plus particuliers :

- la possibilité de consultation pour les familles, et la satisfaction retirée (questions V1, V2 et V3),
- la volonté de suivi gynécologique (question V4),
- la volonté de déplacement en consultation hors de l'unité (question V5),
- les obstacles dans la relation médecin-patient (question V6),
- la connaissance du cursus universitaire du médecin militaire (questions V7 et V8),
- le sentiment de sécurité médicale en OPEX (question V9).

Enfin, la dernière partie est un espace de commentaires libres.

A) L'élaboration des questionnaires.

L'élaboration des questionnaires s'est faite en s'inspirant de questionnaires déjà existants.

- la partie concernant les renseignements biographiques a été largement inspirée par une enquête du service de Santé des armées concernant les conditions de vie et de travail des pharmaciens du SSA (31).
- d'autres questionnaires, trouvés sur internet (32), dans des magazines grand public (6) ou bien inspirés de sondages existants (7) (33), ont permis l'élaboration des questions sur le nombre de visites chez le médecin, ou sur les critères de consultation. Ces questionnaires ont ensuite été modifiés afin de s'adapter au mode de fonctionnement des régiments de l'armée de terre.

Pour réaliser le questionnaire, nous avons également consulté le Médecin en Chef Leiffen, spécialiste de recherches du SSA, au département des facteurs humains du CRSSA (Centre de recherches du service de santé des armées) ; qui a conduit plusieurs enquêtes « sociologiques » dans le milieu militaire.

B) L'échantillon interrogé.

42 établissements ont été sollicités et 37 d'entre eux ont répondu favorablement à la demande (annexe 3).

Les **critères d'inclusion** dans l'étude étaient :

- tous les personnels de la formation se présentant pour leur VSA.

Les **critères d'exclusion** étaient :

- les personnels se présentant pour une autre raison que la VSA (consultation médicale, urgence, certificat, visite de fin de service, manœuvre...).

Un autre critère d'exclusion, apparu lors de l'exploitation des données, a été les personnels réservistes. En effet, ces personnels, qui ont une activité salariée « classique » choisissent de consacrer quelques jours par an à l'armée. Leur temps de présence au sein du régiment est

donc court et ils consultent donc rarement le médecin d'unité hormis pour les VSA qui sont également obligatoires pour les personnels de réserve. Douze questionnaires concernaient des réservistes et n'ont donc pas été pris en compte pour l'analyse des résultats.

C) Le recueil et l'exploitation des informations.

Afin de conférer à l'enquête un caractère formel et augmenter ainsi le taux de réponses, le modèle du questionnaire avait été diffusé dans chaque service médical d'unité par le biais du bureau médecine d'armée de la direction régionale du service de santé des armées (DRSSA). La reproduction du modèle initial était ensuite à la charge de l'unité.

Afin d'éviter un biais de sélection, les questionnaires étaient remis de façon systématique à tous les personnels convoqués au service médical d'unité à l'occasion de leur visite systématique annuelle. Cette façon de procéder permettait d'interroger un panel complet de militaires, qui venaient consulter « par obligation », et non seulement ceux qui consultent par choix. Nous visions à obtenir l'exhaustivité des réponses des personnels consultant pour leur VSA, sans quotas prédéfinis pour l'âge, le genre ou le grade. Les patients remplissaient le questionnaire en salle d'attente, avant de commencer la consultation, puis le rendaient complété au secrétariat du service médical. Les questionnaires étaient remplis de manière anonyme par les personnels.

Une fois l'ensemble des questionnaires colligé par le secrétariat du service médical d'unité (SMU) durant la période, ceux-ci étaient renvoyés à la DRSSA au bureau médecine d'armée, qui se chargeait ensuite de me les faire parvenir en les envoyant à l'HIA Legouest.

D) Le traitement des données.

Les réponses aux questionnaires ont été transcrites sous format informatique en réalisant un tableau Excel. Les tests statistiques ont ensuite été réalisés avec le concours du Service d'Information Médicale de l'hôpital d'instruction des armées Legouest.

Les données recueillies ont été étudiées en utilisant le test de χ^2 corrigé de Yates ou le test exact de Fischer pour les effectifs théoriques inférieurs à 3 (34), grâce au logiciel de santé publique EpiInfo v6.04 dfr.

V.RESULTATS.

1109 questionnaires ont ainsi été recueillis sur la période.

Sur l'ensemble de ces questionnaires, 4 comportaient des réponses complètement inadaptées, et 6 étaient rendus vierges. Au total, 22 questionnaires n'ont pas été exploités.

Il restait donc **1087 questionnaires à exploiter**.

A) La participation.

37 unités sur 42 sollicitées ont participé à l'enquête soit **88,1%**.

Nous avons interrogé par téléphone les différents centres médicaux ayant bien voulu participer pour connaître le nombre total de visites systématiques annuelles qui avaient été effectuées durant la période de notre enquête. Le total s'élevait à 1950 VSA alors que nous avons reçu 1109 questionnaires ce qui montre un **taux de participation à hauteur de 56,9%** pour les établissements répondants.

B) Renseignements biographiques.

Question II.

Vous êtes ? - un homme - une femme
--

Il y a dans l'échantillon interrogé une **prédominance d'hommes** puisqu'il comporte 179 femmes (soit 16,47% de la population interrogée) pour 907 hommes (83,44%). A noter qu'un individu n'a pas renseigné son sexe (0,09%).

Question 12.

Votre âge :

- < 25 ans
- entre 25 et 40 ans
- entre 40 et 50 ans
- > 50 ans

Les âges se répartissent de la manière suivante :

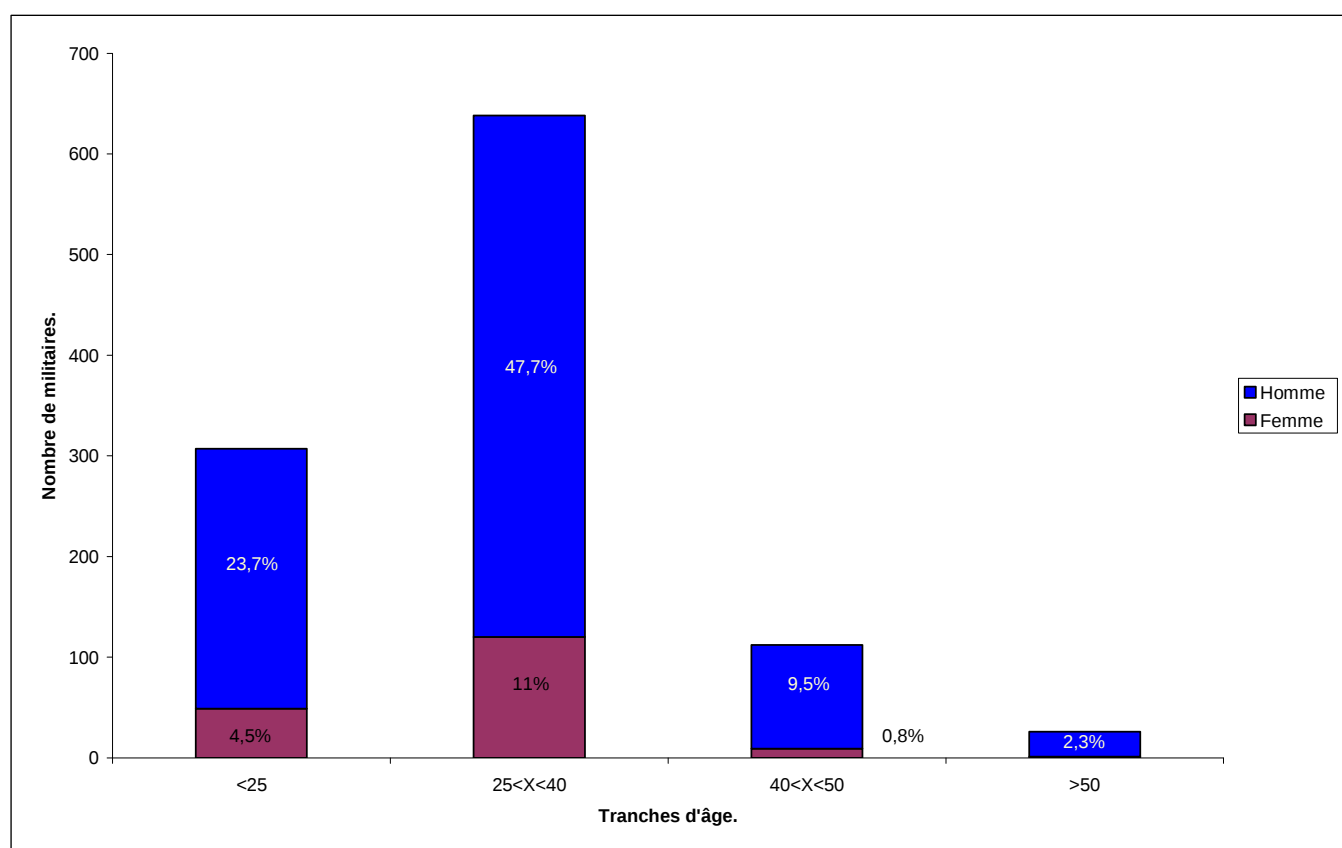


Figure 1: Répartition des sexes en fonction de l'âge.
(les pourcentages sont exprimés par rapport au total des personnels interrogés)

La population étudiée comporte 307 personnels de moins de 25 ans (258 hommes et 49 femmes), 638 ayant entre 25 et 40 ans (518 hommes et 120 femmes), 113 entre 40 et 50 ans (103 hommes, 9 femmes et un individu n'ayant pas renseigné son sexe), 26 personnels de plus de 50 ans (25 hommes et 1 femme). Enfin trois individus, tous de sexe masculin, n'ont pas renseigné leur âge.

Il s'agit en majorité d'une population jeune, puisque 86,9% des effectifs ont moins de 40 ans.

Les hommes prédominent dans toutes les classes d'âge.

Question I3.

Quel est votre grade ?

- soldat
- caporal/caporal-chef
- sergent/sergent-chef
- adjudant/adjudant-chef/major
- officier

Le corps des militaires du rang comporte les soldats (1^è et 2^è classe), les caporaux ainsi que les caporaux-chefs.

Les sous-officiers sont représentés par les sergents, sergents-chefs, adjudants, adjudants-chefs et majors.

Enfin, les officiers vont du grade de lieutenant à celui de colonel.

On dénombre dans cette étude :

Grade	Effectif	Pourcentage
Soldat	201	18,50%
Cl/CC	366	33,70%
Sgt/SC	236	21,70%
Adj/AC/Maj	175	16,10%
Officier	99	9,10%
Sans réponse	10	0,90%
Total	1087	100%

Figure 2 : Effectifs en fonction du grade.

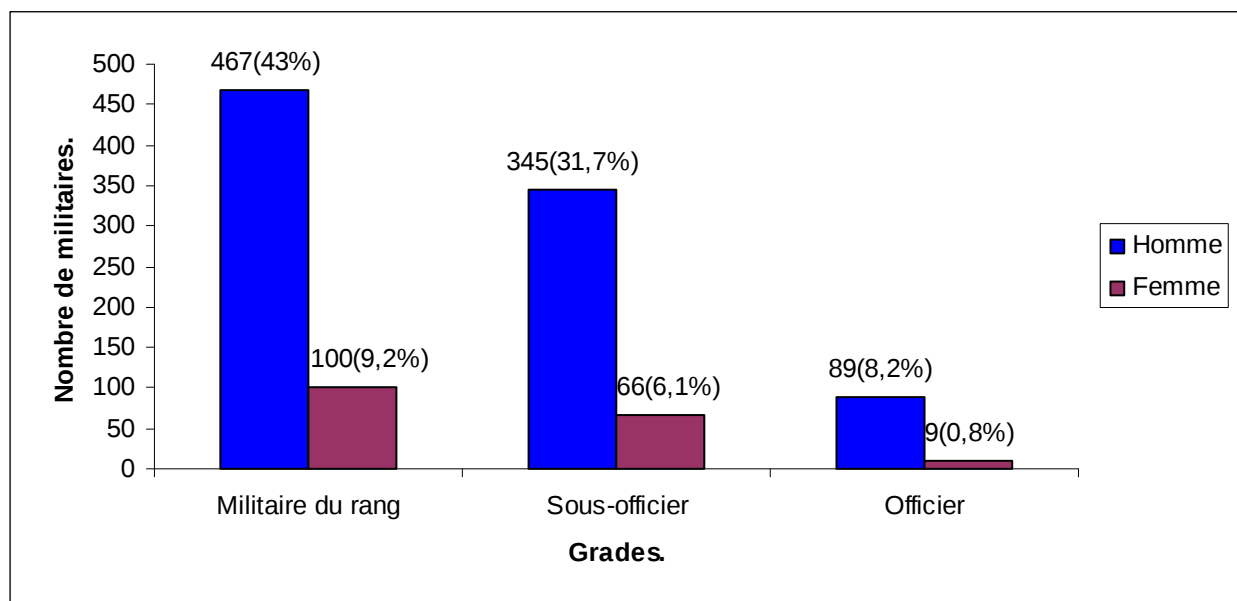


Figure 3: Répartition des grades en fonction du sexe.

La catégorie la plus représentée est celle des militaires du rang, qui, avec 567 personnels, représente 52,2% des effectifs.

Les sous-officiers, au nombre de 411, représentent 37,8% des effectifs ; quant aux officiers, qui sont au nombre de 99, ils représentent 9,1% de la population interrogée.

Dix personnels n'ont pas renseigné leur grade (4 femmes et 6 hommes) soit 0,9%.

Les hommes prédominent toujours, quelle que soit la catégorie considérée.

Question 14.

Quel est votre statut ?

- engagé volontaire
- sous contrat
- de carrière

Il existe différents statuts dans l'armée :

- **engagé volontaire** : correspond à un contrat de 3 ou 5 ans et s'applique exclusivement aux militaires du rang,

- **sous contrat** : peut s'appliquer à un sous-officier ou à un officier qui s'engage, par contrat, à servir pour un temps déterminé,

- **carrière** : correspond pour un officier à un contrat lui permettant de servir jusqu'à la limite d'âge du grade, et, pour un sous-officier, est conditionné par la réussite à un examen : le brevet supérieur de technicien de l'armée de terre (BSTAT).

La population étudiée comporte 572 engagés volontaires, 221 personnels sous contrat et 290 personnels de carrière. Quatre individus n'ont pas renseigné leur position statutaire.

Il existe donc une **prédominance de personnels engagés volontaires**.

Question I5.

Quelle est votre unité d'affectation ?

Cette question a permis de déterminer quelles unités n'avaient pas participé à l'enquête. Cinq unités n'ont pas participé qui sont le 3^e RHC, le 13^e RDP, le 35^e RI, le CEC et le 402^e RA.

Nous avons interrogé par téléphone les différents centres médicaux ayant bien voulu participer pour connaître le nombre total de visites systématiques annuelles qui avaient été effectuées durant la période de notre enquête. Le total s'élevait à 1950 VSA alors que nous avons reçu 1109 questionnaires ce qui montre un **taux de participation à hauteur de 56,9%**. Certaines unités ont eu un taux de participation de 100%, alors que l'unité ayant le moins bien répondu a un taux de réponse de 5,3%.

Question I6.

Quelle est la localisation de votre affectation ?

- ville
- camp

La majorité des personnels interrogés est affectée en ville puisque 264 personnels sont affectés dans des camps et 823 dans des villes (respectivement 24,3% et 75,7%).

Question 17.

Quelle est votre situation familiale ?

- célibataire
- marié(e) ou vivant maritalement
- veuf(ve), séparé(e), divorcé(e)

Les personnels interrogés sont en majorité mariés ou vivent maritalement (52,9% des personnels). A noter qu'un nombre important des militaires ayant répondu est célibataire (44,1%). Peu sont divorcés, séparés ou veufs (2,8%).

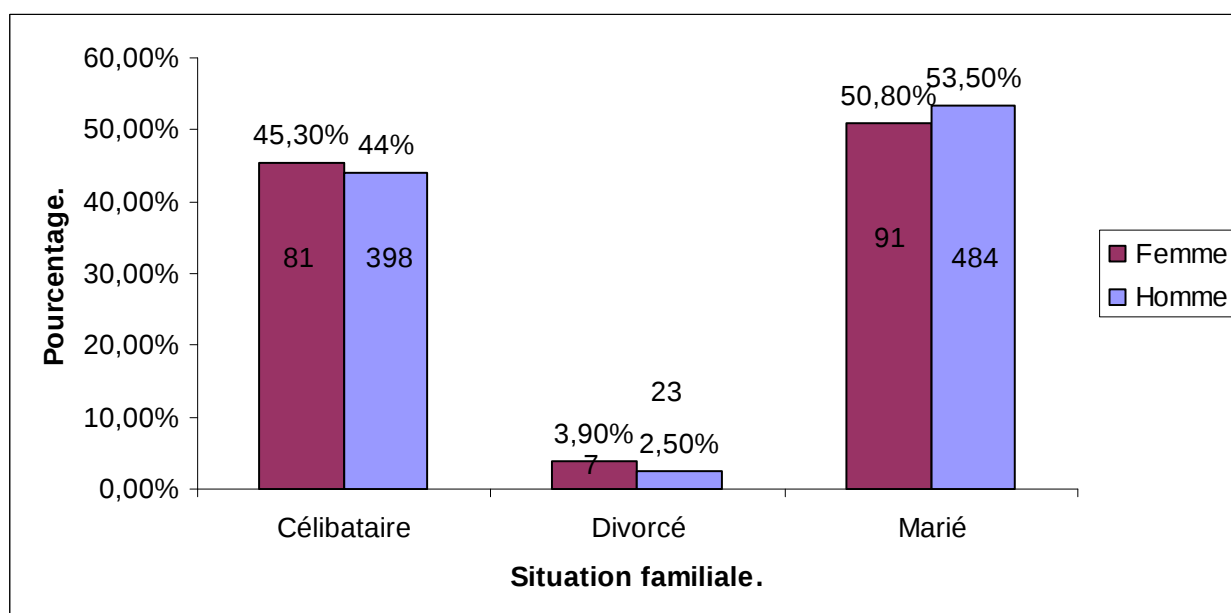


Figure 4: Nombre de militaires en fonction de leur situation familiale.

44% des hommes et 45,3% des femmes sont célibataires.

53,5% des hommes et 50,8% des femmes sont mariées ou vivent maritalement.

2,5% des hommes et 3,9% des femmes sont veufs, séparés ou divorcés.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne la situation familiale entre les deux sexes.

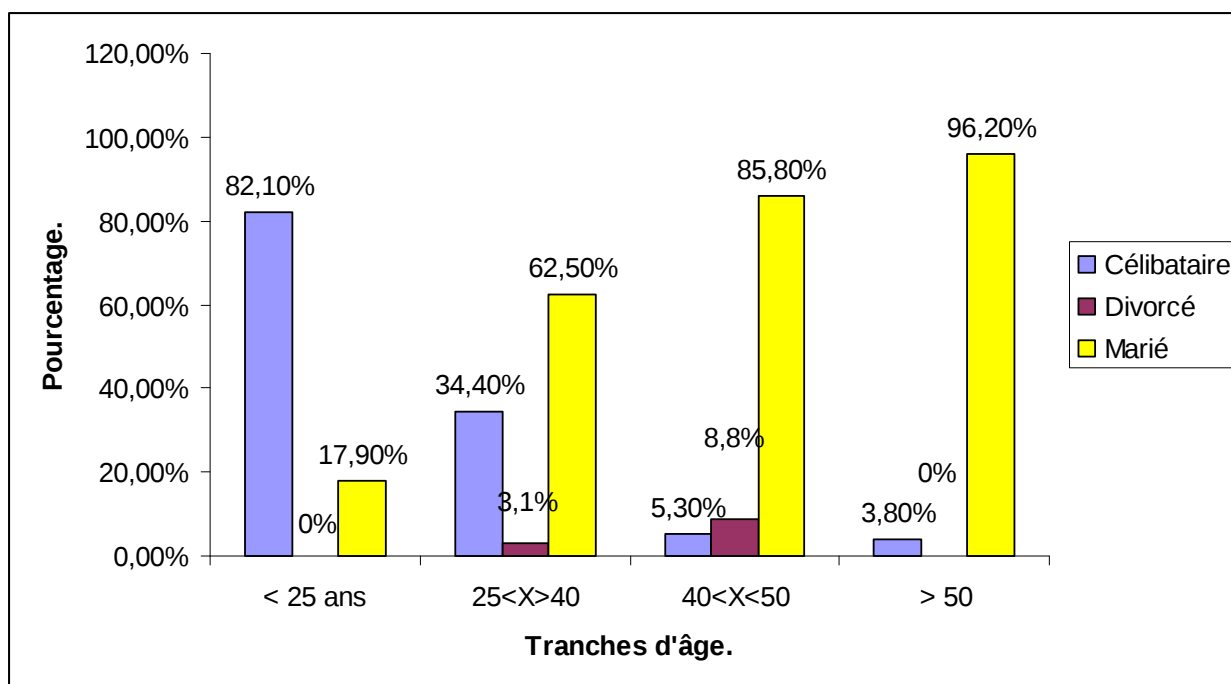


Figure 5 : Situation familiale en fonction de l'âge.

- les moins de 25 ans sont essentiellement célibataires (82,1% de célibataires et 17,9% de personnels mariés),
- entre 25 et 40 ans : les personnels sont essentiellement mariés (62,5 % de mariés, 34,4% de célibataires, 3,1% de divorcés),
- entre 40 et 50 ans : les personnes interrogées sont également mariées pour la majorité d'entre elles (85,8% de mariés, 8,8% de divorcés et 5,3% de célibataires),
- les plus de 50 ans sont mariés pour 96,2% d'entre eux. Il n'y a qu'un seul célibataire parmi eux et aucun veuf, séparé ou divorcé.

Les personnels célibataires sont majoritaires chez les moins de 25 ans ; au-delà de cet âge, ce sont les personnels mariés ou vivant maritalement qui sont les plus nombreux.

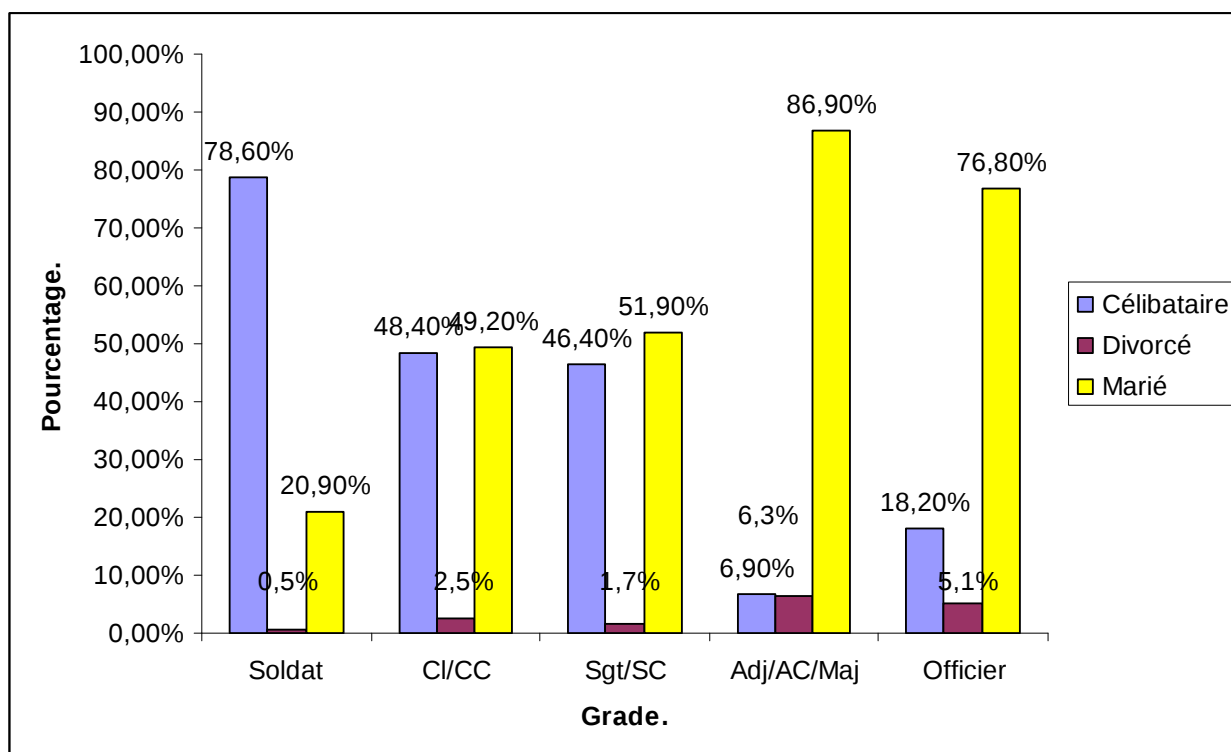


Figure 6: Situation familiale en fonction du grade.

Les soldats sont célibataires en grande majorité (78,6%), 20,9% d'entre eux sont mariés ou vivent maritalement et 0,5% sont divorcés, séparés ou veufs.

Les caporaux et caporaux-chefs sont à peu près autant à être célibataires (48,4%) que mariés ou vivant maritalement (49,2%). 2,5% d'entre eux sont divorcés, séparés ou veufs.

Les sergents et sergents-chefs également sont dans des proportions quasiment équivalentes célibataires (46,4%) ou mariés (51,9%). 1,7% sont divorcés, séparés ou veufs.

Les adjudants, adjudants-chefs et majors sont pour la grande majorité mariés (86,9%), 6,9% d'entre eux sont célibataires ainsi que 6,3% veufs, divorcés ou séparés.

Les officiers sont également mariés pour la plupart (76,8%), 18,2% d'entre eux sont célibataires et 5,1% divorcés, séparés ou veufs.

Si l'on observe la situation familiale en fonction du grade, on constate que, plus le grade augmente, plus la situation familiale tend vers le mariage. Cependant, ceci est à pondérer en tenant compte du fait que, comme nous l'avons vu précédemment, plus l'âge augmente et plus la situation familiale tend vers le mariage. Age et montée en grade sont bien évidemment corrélés.

Question I-8.

Nombre d'enfants à charge ?

- 0

- 1

- 2

- 3 et +

La majorité des personnels interrogés n'a pas d'enfant (622 personnels soit 57,8%).

183 personnels ont 1 enfant soit 17%,

173 personnels ont 2 enfants soit 16%,

96 personnels ont 3 enfants ou plus soit 8,9%,

4 personnels n'ont pas rempli ce champ.

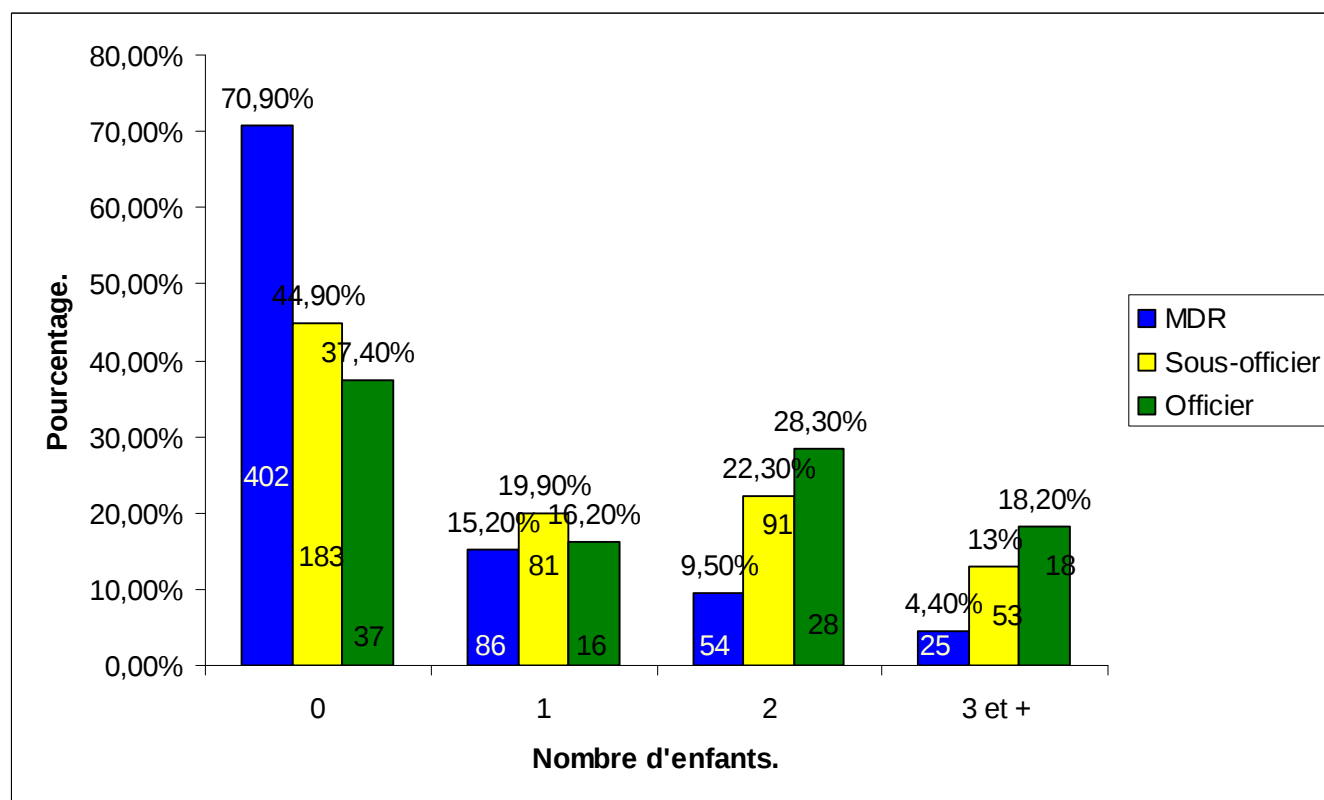


Figure 7 : Nombre d'enfants en fonction du grade.

Les militaires du rang sont plus nombreux à ne pas avoir d'enfants que les sous-officiers et officiers (pour augmenter la puissance statistique, les sous-officiers et les officiers ont été regroupés pour cette question) ($p=0,000000$). Cependant, cette affirmation est à pondérer par

le fait que l'âge peut constituer un biais, puisqu'en règle générale, le grade augmente avec l'âge.

Question I-9.

Etes-vous actuellement célibataire géographique (marié(e) ou vivant maritalement uniquement) ?

- oui
- non

Cette question n'intéresse que les personnels mariés ou vivant maritalement soit 574 personnels au total.

102 personnels sont célibataires géographiques soit **17,7% des personnels mariés**.

Sur 91 femmes mariées, 16 sont en célibat géographique soit 17,6% ; tandis que 86 hommes sur 483 mariés sont également en célibat géographique soit 17,8% d'entre eux.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes en ce qui concerne la position de célibat géographique.

Grades	Effectif de célibataires géographiques	Effectif de personnels mariés	Pourcentage de célibataires géographiques
MDR	52	222	23,4%
Sous-officier	36	273	13,2%
Officier	13	76	17,1%

Figure 8: Effectifs des personnels en célibat géographique en fonction du grade.

Les militaires du rang sont plus en position de célibat géographique que les autres grades. ($p < 0,05$)

Question I-10.

Etes-vous déjà parti(e) en OPEX ou MCD-OM (mission de courte durée) ?

- oui

- non

Si oui, nombre de missions

268 personnels ne sont jamais partis en OPEX soit 24,7%, c'est-à-dire qu'**environ un quart des effectifs interrogés n'est jamais parti en opérations extérieures.**

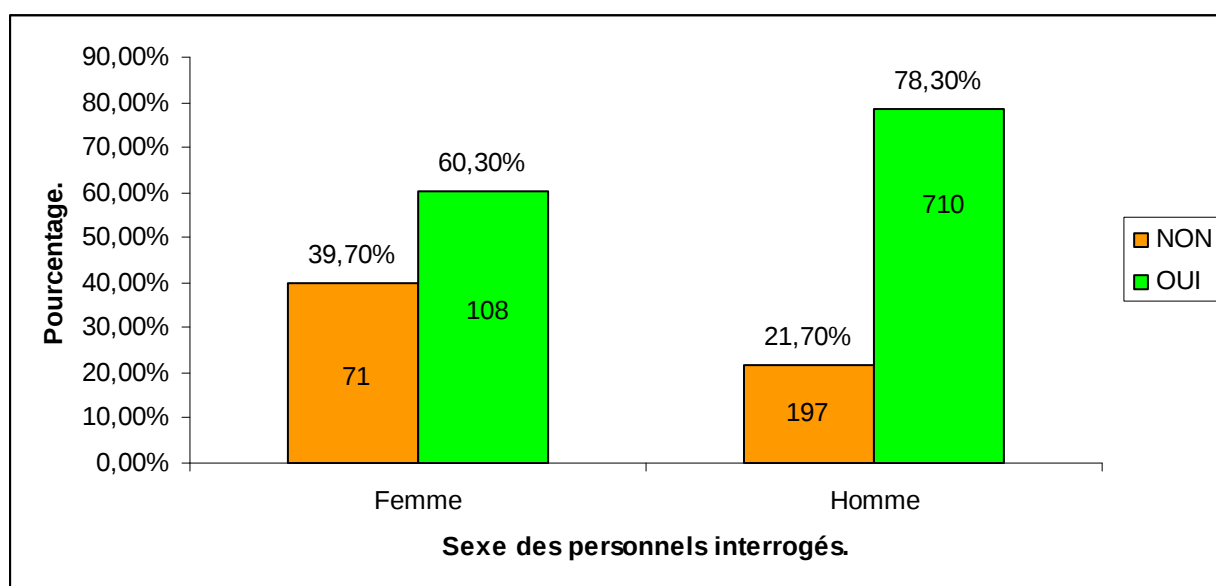


Figure 9 : Participation aux OPEX selon le sexe.

39,7 % des femmes interrogées ne sont jamais parties en OPEX alors que 21,7% des hommes interrogés n'ont jamais participé à une OPEX.

Les femmes dans notre échantillon partent donc moins en OPEX que les hommes ($p = 0,00000059$).

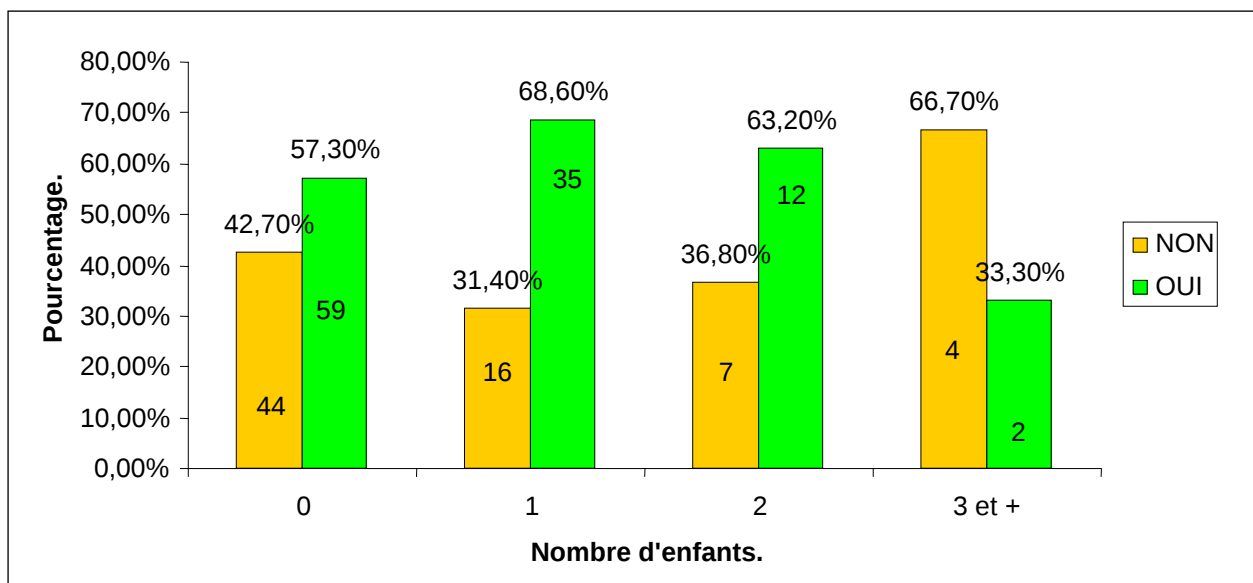


Figure 10: Participation aux OPEX selon le nombre d'enfants par femme.

On constate que le taux de femmes ayant participé à au moins une OPEX croît jusqu'à un enfant, puis décroît à mesure que la famille s'agrandit.

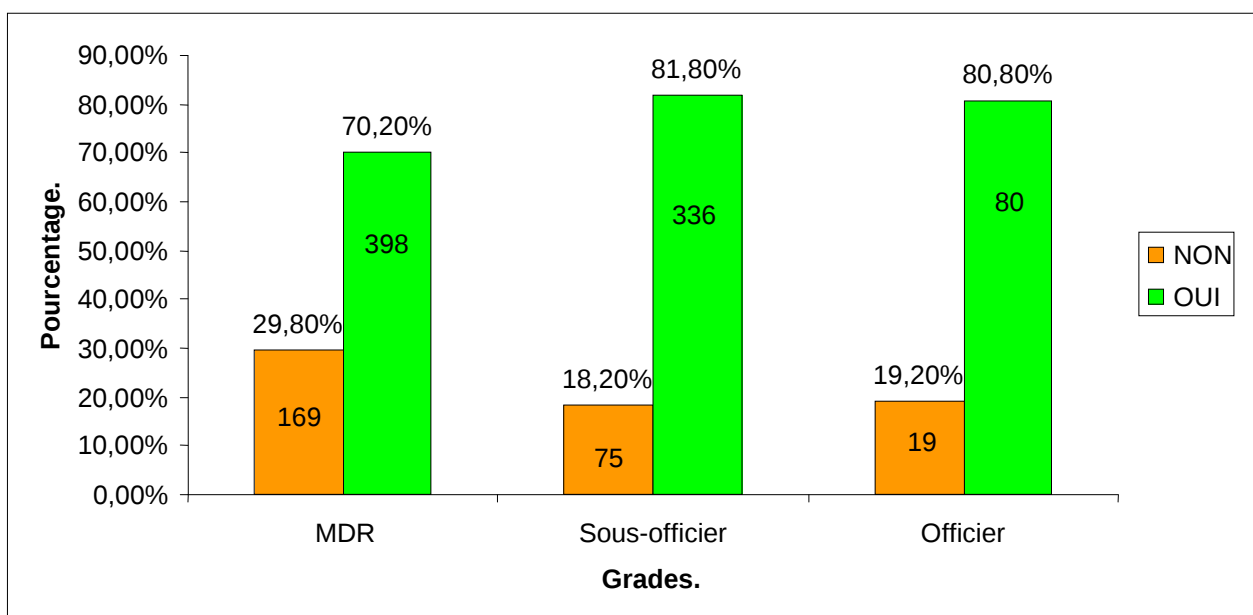


Figure 11 : Participation aux OPEX selon le grade.

29,8% des militaires du rang ne sont jamais partis en OPEX, contre respectivement 18,2% des sous-officiers et 19,2% des officiers.

Les militaires du rang partent donc moins en opérations extérieures que les autres catégories, dans la population interrogée. ($p=0,00008$).

En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sous-officiers et les officiers.

La moyenne du nombre de missions est de 2,6 OPEX, avec un maximum de 26 pour un personnel du CIRFA (centre d'information et de recrutement des forces armées), qui effectue des missions courtes à type de reportages.

Si l'on considère les deux sexes, la moyenne du nombre d'OPEX pour les femmes est de 1,3, et de 2,9 pour les hommes. **Les hommes réalisent donc plus d'opérations extérieures que les femmes au cours de la carrière** ($p=0,000000$).

Si l'on considère la moyenne des OPEX en termes de grades, les militaires du rang partent en moyenne 2,3 fois, contre 3,1 fois pour les sous-officiers et 2,7 fois pour les officiers. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sous-officiers et les officiers, en revanche **les militaires du rang partent moins souvent en OPEX que les autres catégories** ($p=0,000001$).

C) Conditions de consultation médicale.

Question II-1.

Qui est votre médecin traitant ?

- un médecin militaire
- un médecin généraliste civil
- autre

Le médecin traitant est pour plus des deux tiers des militaires interrogés un généraliste civil (69,2%), pour 27,4% un militaire, et pour 1,9% un autre médecin.

16 personnes n'ont pas répondu à cette question (1,5%).

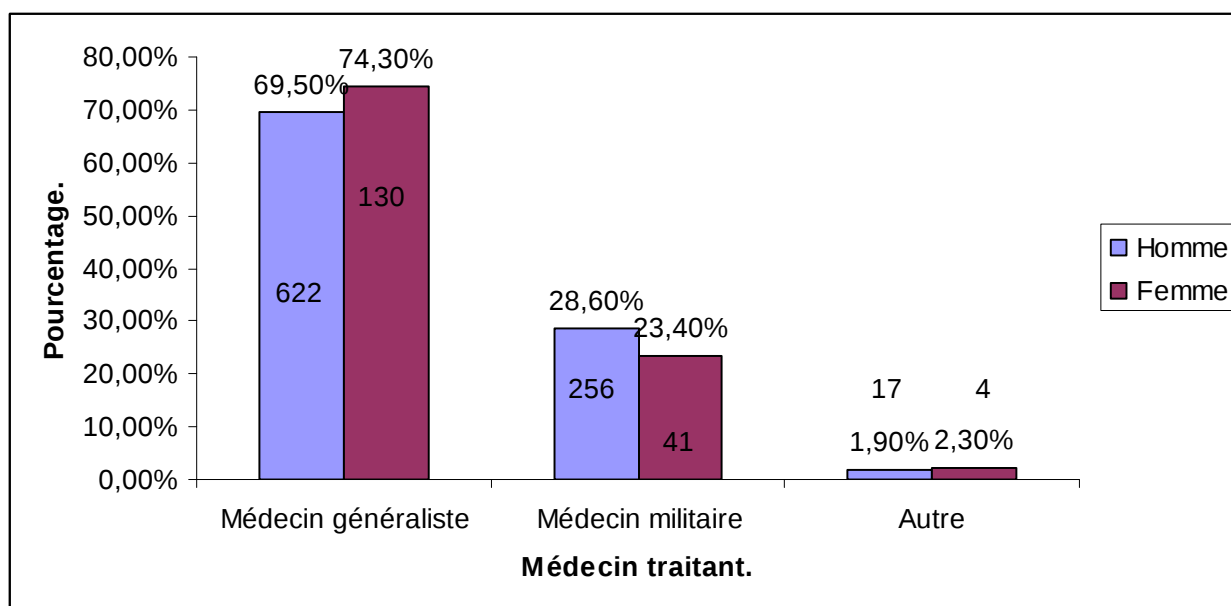


Figure 12 : Médecin traitant selon le sexe des personnels interrogés.

Le médecin traitant des militaires interrogés est un médecin généraliste pour 74,3% des femmes et 69,5% des hommes ; un médecin militaire pour 23,4% des femmes et 28,6% des hommes ; et un médecin autre pour 2,3% des femmes et 1,9% des hommes.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes concernant le choix du médecin traitant, qui est pour la majorité un médecin généraliste civil.

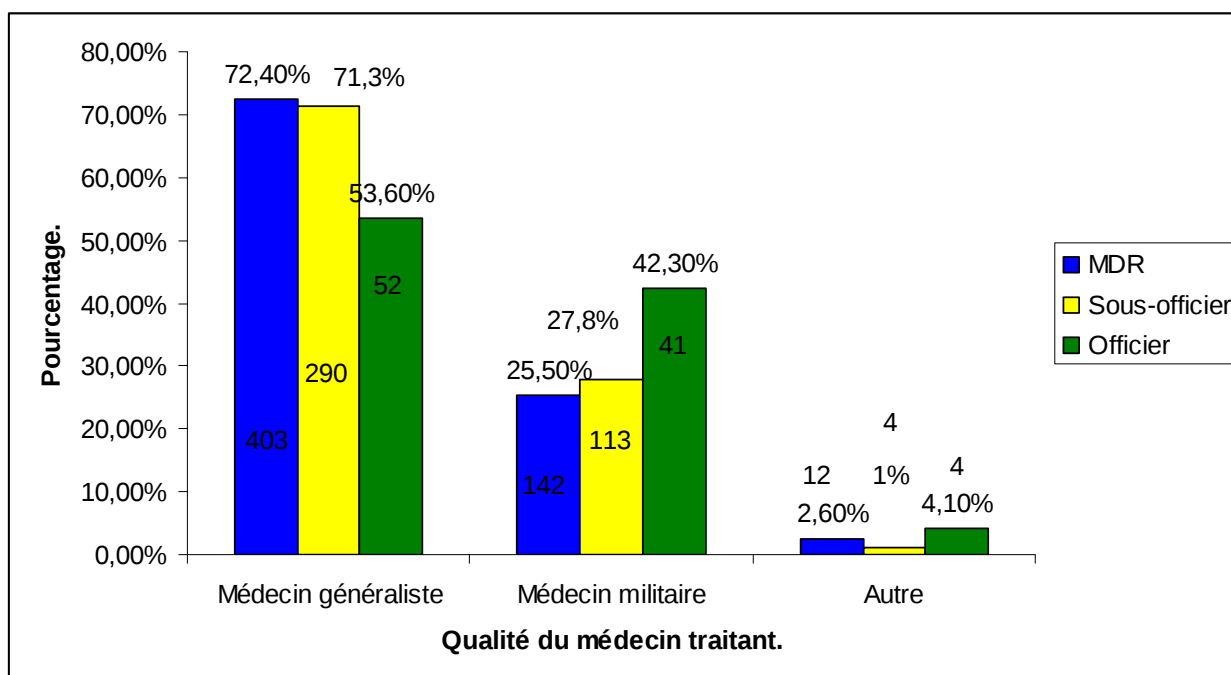


Figure 13: Médecin traitant en fonction du grade.

Les militaires du rang ont pour médecin traitant un généraliste civil dans 72,4% des cas, un médecin militaire dans 25,5% des cas, et 2,6% des personnels citent un « autre médecin » comme médecin traitant.

Les sous-officiers, quant à eux, ont un médecin généraliste comme médecin traitant dans 71,3% des cas, un médecin militaire dans 27,8% des cas et un autre médecin pour 1%.

Enfin, les officiers sont 53,6% à citer comme médecin traitant un médecin généraliste civil contre 42,3% qui sont suivis par un médecin militaire. 4,1% ont un autre médecin comme médecin traitant.

On constate donc que, plus le grade augmente, plus les personnels interrogés ont recours à un médecin militaire comme médecin traitant, ($p=0,001$), même si dans tous les cas, la majorité a recours à un médecin civil comme médecin traitant.

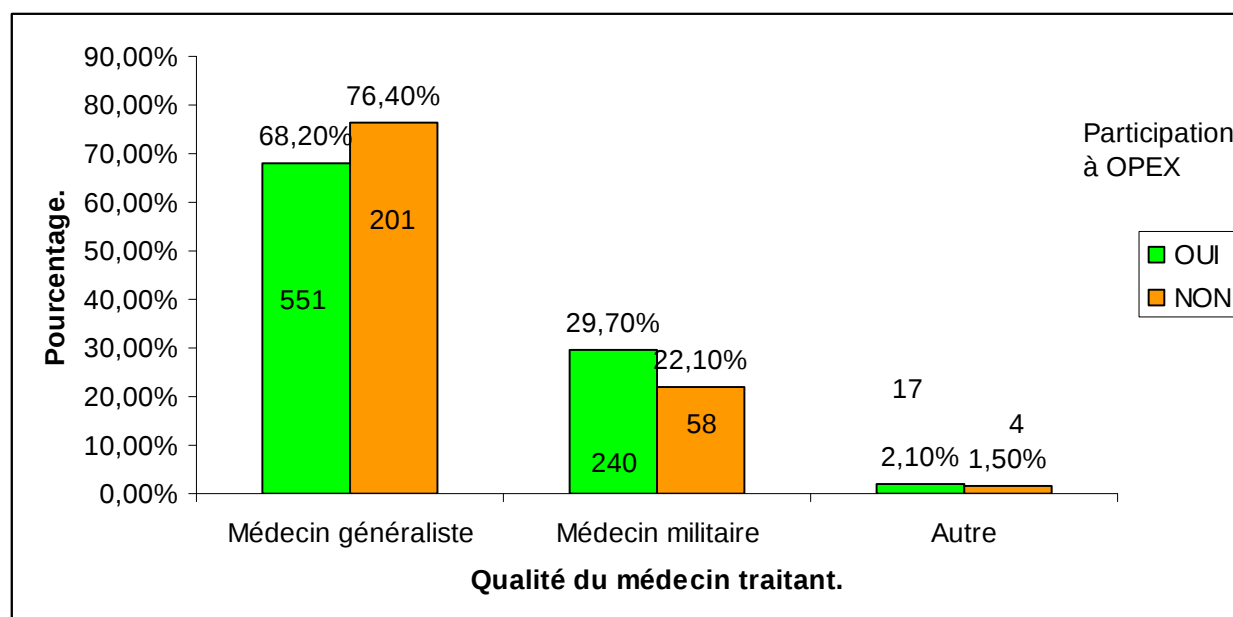


Figure 14 : Médecin traitant en fonction de la participation aux OPEX.

Parmi les personnels ayant déjà participé à une OPEX, 68,2% ont pour médecin traitant un médecin généraliste civil, 29,7% un médecin militaire et 2,1% un autre médecin.

Pour ceux n'ayant jamais servi en OPEX, 76,4% ont un médecin généraliste comme médecin traitant, 22,1% un médecin militaire et 1,5% un autre médecin.

On constate donc une différence statistiquement significative, les militaires qui ont déjà participé à une OPEX ont plus tendance à avoir un médecin militaire comme médecin

traitant, que les personnels n'ayant jamais servi en opération extérieure, ($p=0,01$), même si la majorité a tendance dans les deux cas, à avoir un médecin civil comme médecin traitant. Cependant, il faut tenir compte dans cette affirmation du biais possible induit par le grade des personnels qui partent en OPEX. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les sous-officiers et officiers partent plus en OPEX que les militaires du rang, et nous savons également que, plus le grade augmente, plus les personnels interrogés ont recours au médecin militaire comme médecin traitant.

Question II-2.

Quand consultez-vous votre médecin d'unité ?

- VSA
- consultation programmée (certificat, bilan...)
- consultation pour maladie
- urgence (traumatisme, plaie...)

Les militaires consultent tous le médecin militaire pour leur VSA soit 100% des effectifs car elle est obligatoire, 229 consultent pour une consultation programmée soit 21%, 385 consultent pour maladie soit 35,4% et 258 consultent pour des urgences soit 23,7%.

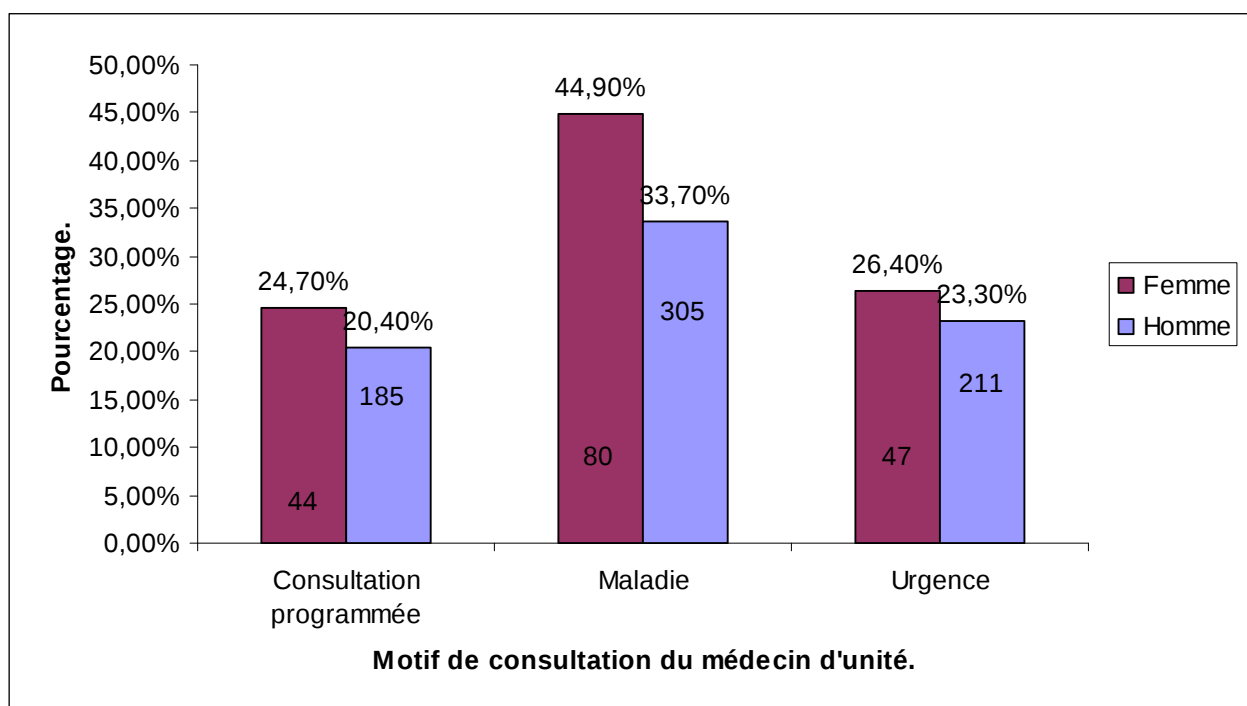


Figure 15: Motif de consultation du médecin d'unité en fonction du sexe.
(pourcentages exprimés en fonction du sexe considéré)

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le recours au médecin militaire pour des consultations programmées ou des urgences, en revanche **les femmes consultent plus que les hommes le médecin militaire pour des raisons de maladie.** ($p=0,005$)

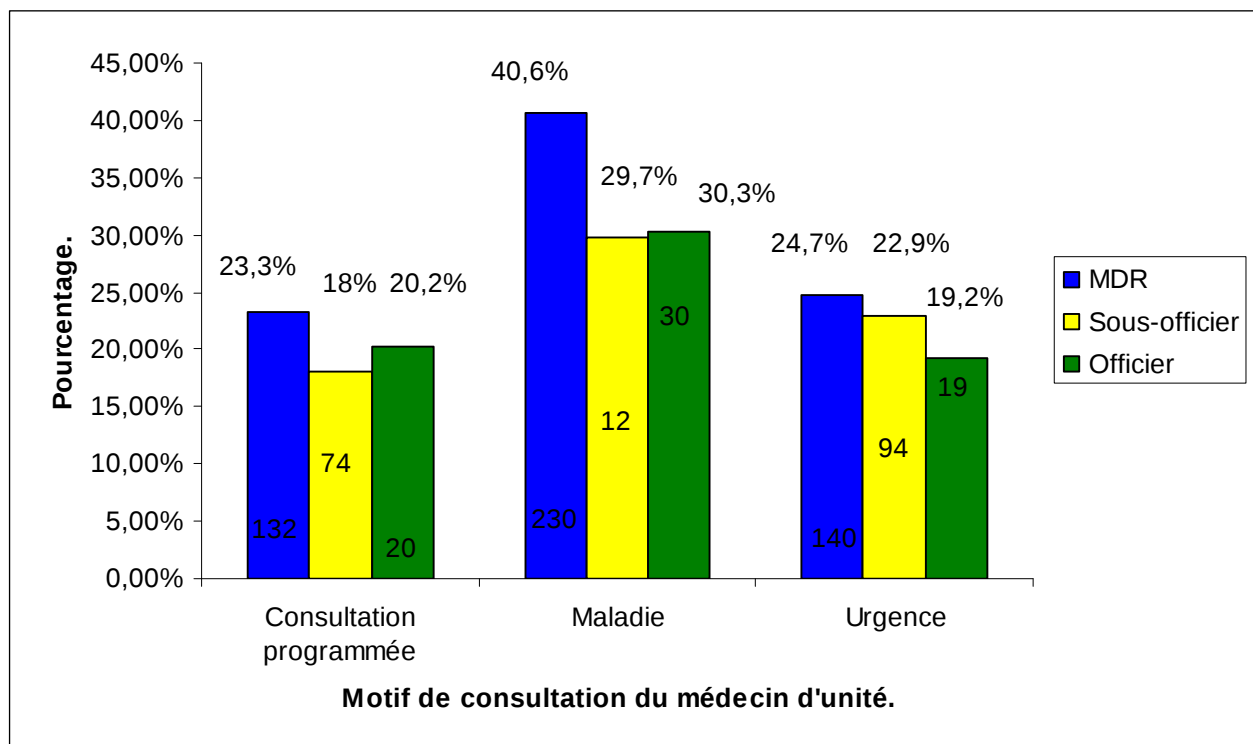


Figure 16: Motif de consultation du médecin d'unité en fonction du grade.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différentes catégories en ce qui concerne le recours au médecin militaire en cas d'urgence ou pour une consultation programmée, en revanche **les militaires du rang consultent plus que les autres catégories en cas de maladie** ($p=0,001$).

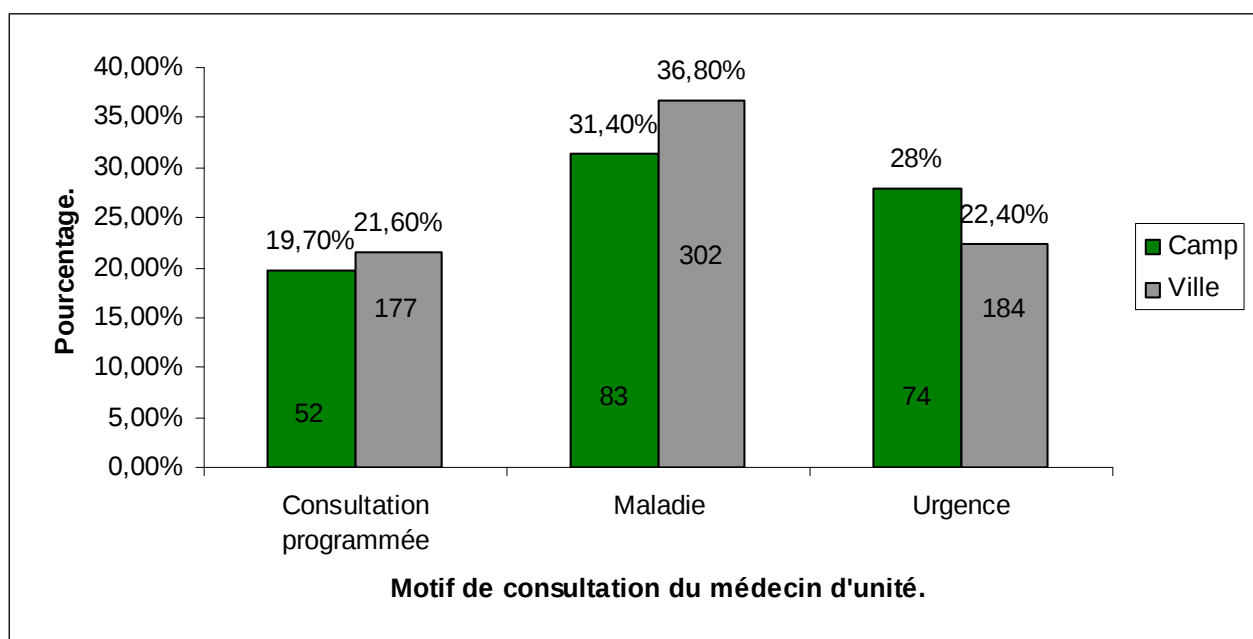


Figure 17: Motif de consultation en fonction de la localisation de l'affectation.

On ne constate pas de différence significative entre les militaires affectés en ville et ceux affectés dans des camps en ce qui concerne les motifs de recours au médecin militaire.

Question II-3.

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin d'unité (hors VSA et visites imposées) ?

La moyenne de consultation est de 1,36 consultation chez le médecin militaire avec une moyenne de 1,72 pour les femmes et 1,29 pour les hommes.

12 personnels ont consulté 10 fois ou plus (1,1%), 64 entre 5 et 9 fois (5,9%), 101 entre 3 et 4 fois (9,3%), 426 entre 1 et 2 fois (39,2%), 465 jamais (42,8%). Enfin 19 personnels n'ont pas répondu (1,7%).

Le nombre de consultations le plus élevé était de 24.

Question II-4.

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste civil ?

La moyenne de consultation chez le médecin généraliste civil est de 1,48 consultation : 14 individus ont consulté 10 fois ou plus (1,29%) ; 75 entre 5 et 9 fois (6,90%) ; 113 entre 3 et 4 fois (10,40%) 441 entre 1 et 2 fois (40,58%) ; 426 0 fois (39,20%) et 18 individus n'ont pas répondu (1,67%).

Le nombre de consultation le plus élevé était de 20 consultations.

Question II-5.

Habituellement, dans le civil, préférez-vous voir un médecin ?

- homme
- femme
- indifférent

Quand la consultation a lieu auprès d'un médecin généraliste civil, **les personnels interrogés sont en grande majorité indifférents au sexe de leur médecin** (82,4% soit 896 personnels), 111 militaires préfèrent consulter un homme (10,2%), et 76 une femme (7%).
4 personnels n'ont pas répondu à cette question.

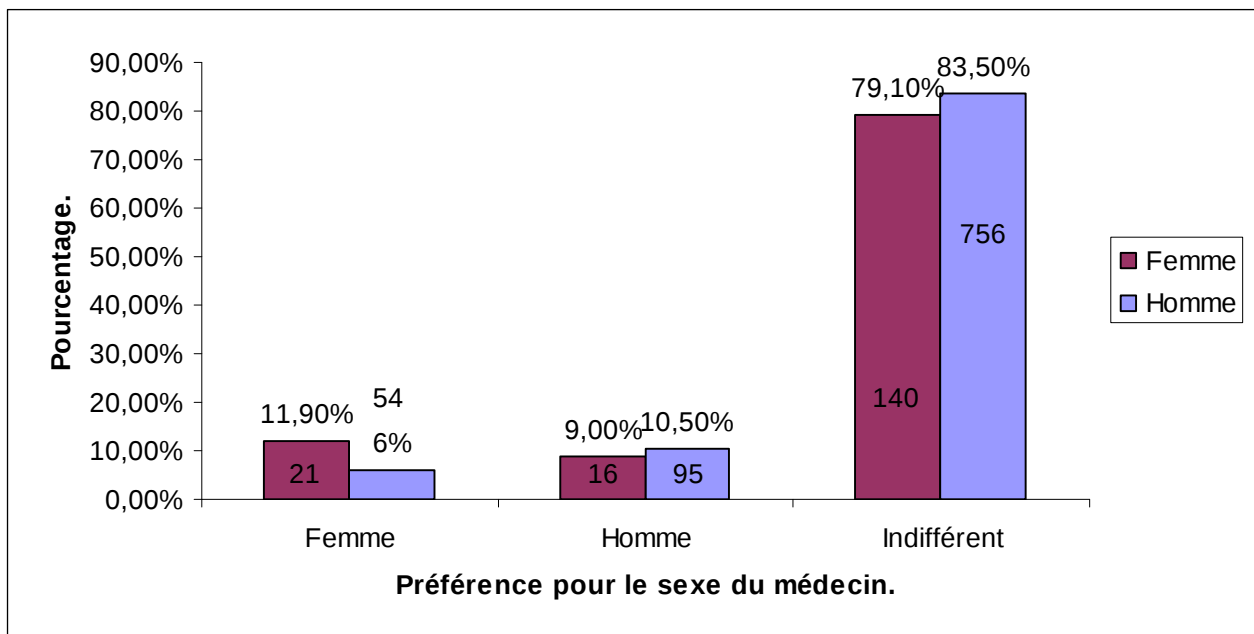


Figure 18: Préférence pour le sexe du médecin civil en fonction du sexe des personnels interrogés.

On constate que **la grande majorité des personnels interrogés, quelle que soit son sexe, est indifférente au sexe de son médecin civil.**

Cependant, quand ils ne sont pas indifférents au sexe, les hommes préfèrent consulter un homme ($p=0,01$) (Afin de comparer, les réponses « indifférent » ont été retirées.)

Les effectifs des femmes, quant à elles, qui ne sont pas indifférentes, sont trop faibles pour que l'on puisse conclure à une différence statistique, cependant on constate que les femmes ont tendance également à préférer consulter un praticien du même sexe qu'elles.

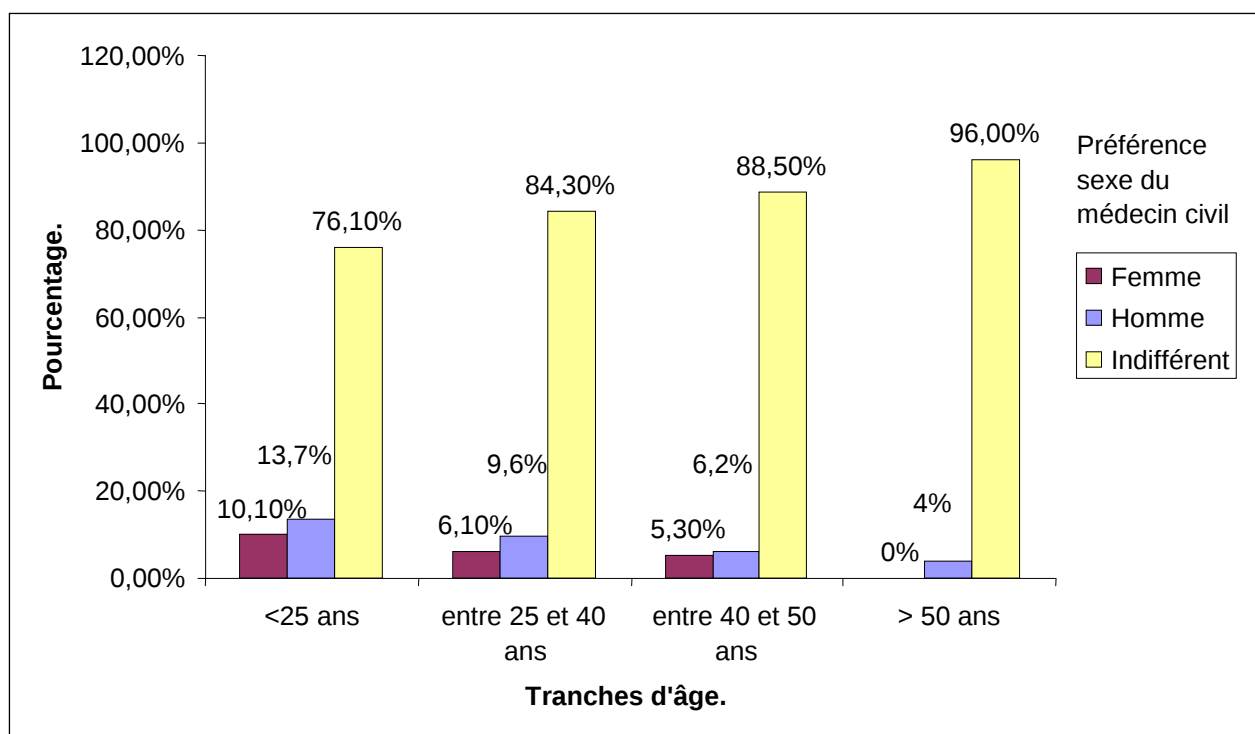


Figure 19: Préférence pour le sexe du médecin civil en fonction de l'âge des personnels interrogés.

Plus l'âge augmente et plus l'indifférence par rapport au sexe du médecin généraliste civil augmente ($p=0,01$).

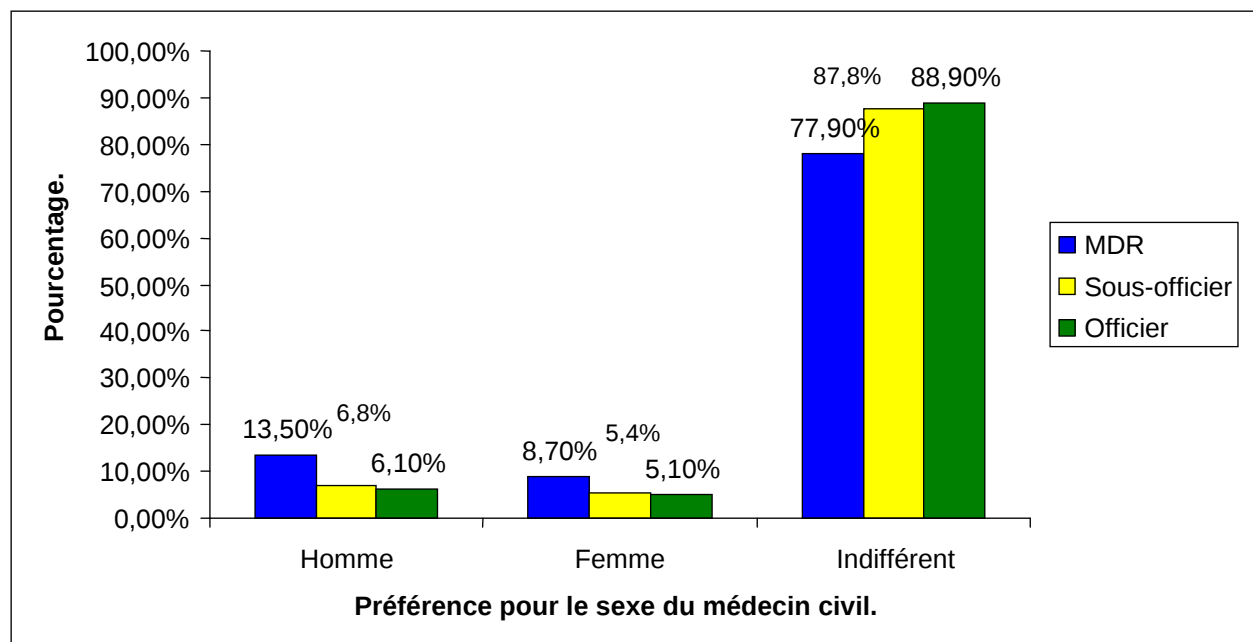


Figure 20: Préférence pour le sexe du médecin généraliste civil, en fonction du grade des personnels interrogés.

La majorité des personnels est indifférente au sexe de son médecin généraliste civil, quel que soit son grade.

Si l'on ne tient pas compte des indifférents, il n'existe **pas de différence statistiquement significative entre les grades** concernant la préférence pour le sexe du médecin généraliste dans le milieu civil. Cependant, on constate une tendance chez les militaires du rang à être un peu moins indifférents au sexe du médecin.

Question II6.

Dans votre unité, si vous avez le choix, préférez-vous voir un médecin ?

- homme
- femme
- indifférent

Pourquoi ?

Les personnels interrogés sont en majorité, à 84,9%, indifférents au sexe de leur médecin d'unité. En effet, ils estiment pour la plupart que la compétence n'est pas fonction du sexe.

7,8% d'entre eux préfèrent consulter une femme (85 personnels) et 6,8% un homme (74 personnels).

5 militaires interrogés n'ont pas répondu à cette question soit 0,5%.

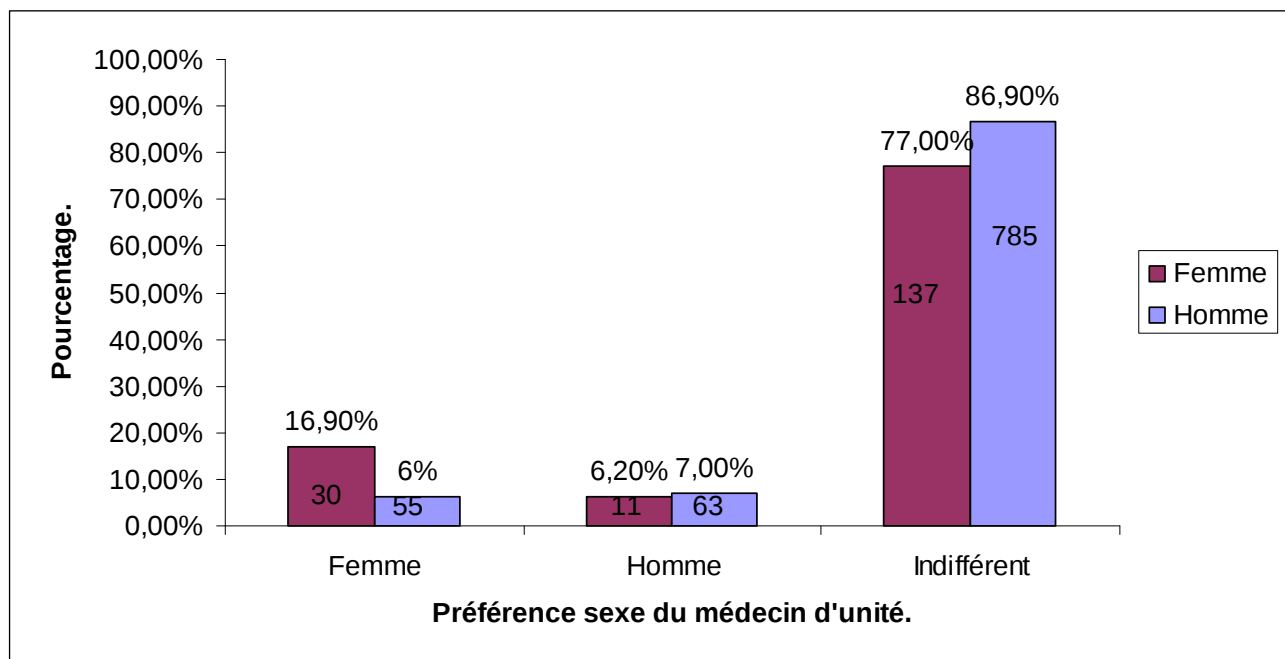


Figure 21: Préférence pour le sexe du médecin d'unité en fonction du sexe des personnels interrogés.
(les pourcentages sont exprimés par rapport au sexe considéré)

Les femmes militaires interrogées sont moins indifférentes que les hommes au sexe de leur médecin d'unité ($p=0,000006$). Cependant, on ne peut pas conclure que, quand elles ne sont pas indifférentes, elles préfèrent voir une femme, car les effectifs de femmes non indifférentes au sexe de leur médecin d'unité sont trop faibles. On peut simplement observer que le nombre de femmes préférant consulter une femme médecin d'unité est plus important que le nombre de femmes préférant consulter un homme.

Les personnels qui préfèrent consulter une femme évoquent la facilité du dialogue (cité 11 fois), la douceur, la compréhension, l'humanité.

Les personnels qui préfèrent consulter un médecin du même sexe qu'eux évoquent des raisons de « pudeur » et de facilité à aborder des problèmes typiquement masculins ou féminins avec un praticien du même sexe qu'eux.

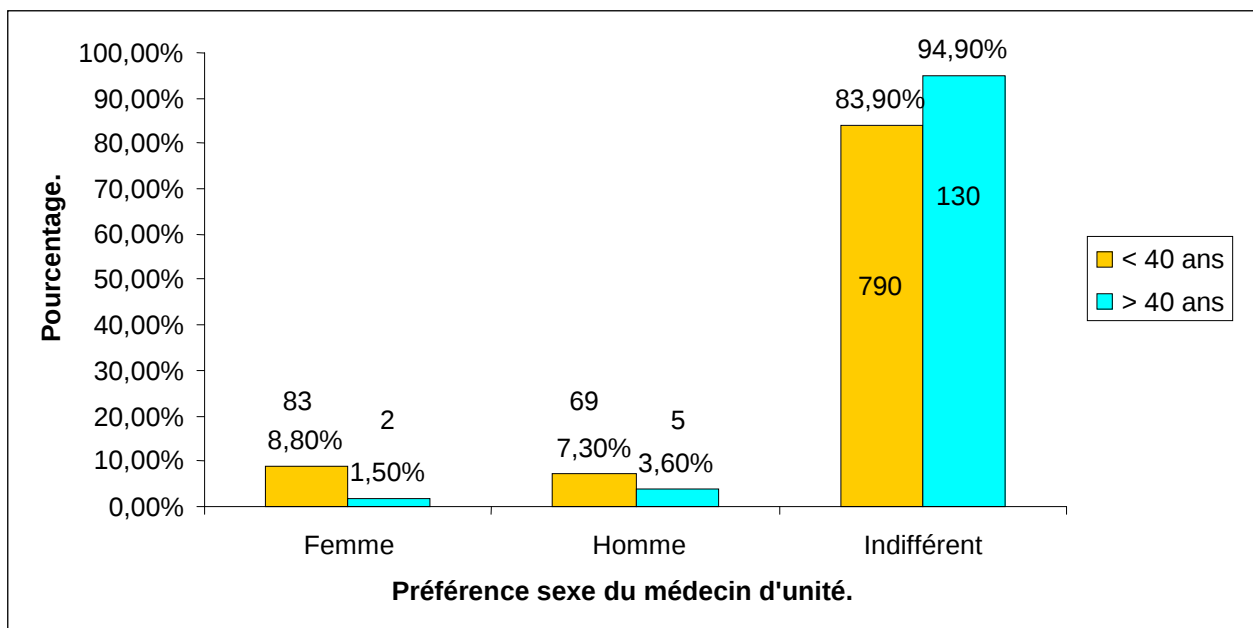


Figure 22: Préférence pour le sexe du médecin d'unité, en fonction de l'âge des personnels interrogés.

Il n'existe pas de différence significative concernant le sexe du médecin d'unité, selon l'âge des personnels interrogés.

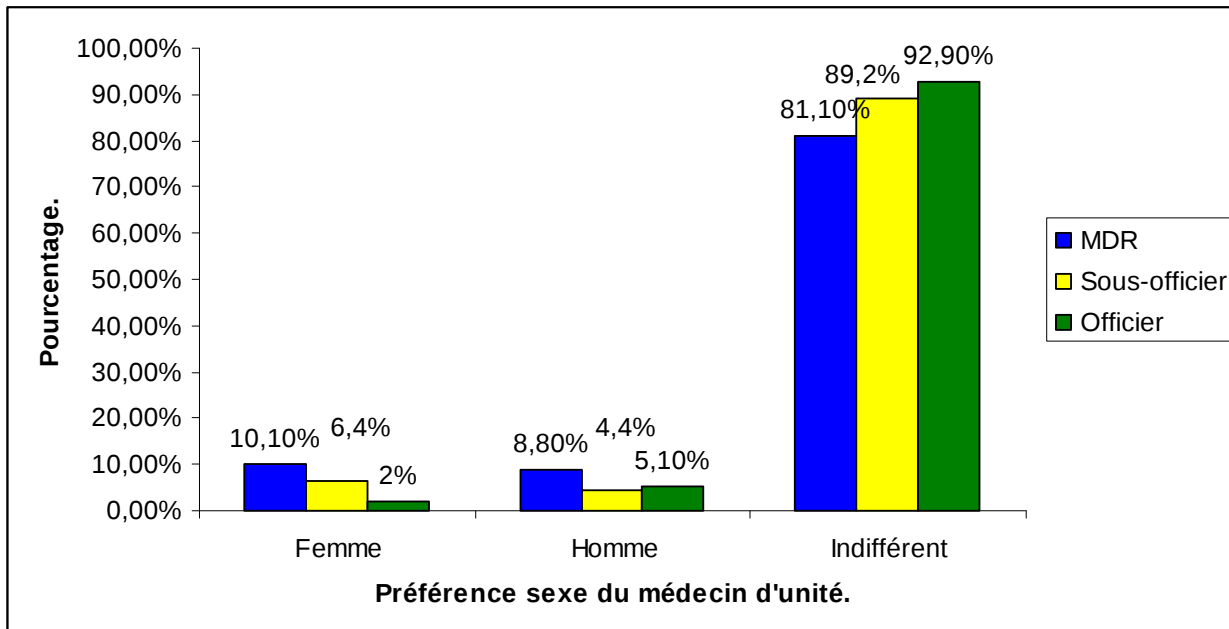


Figure 23: Préférence pour le sexe du médecin d'unité, en fonction du grade des personnels interrogés.

Si l'on ne considère pas les réponses « indifférent », il n'existe **pas de différence statistiquement significative** selon les grades pour cette question.

En revanche, on constate que, **plus le grade est élevé, plus l'indifférence au sexe du médecin d'unité augmente.**

Question II-7.

Préférez-vous voir toujours le même médecin d'unité ?

- oui
- non
- indifférent

La majorité est indifférente au fait de voir toujours le même médecin d'unité (554 personnels soit 51%), 45,2% (492 personnels) préfèrent toujours voir le même praticien et 3,3% ne préfèrent pas voir le même (36 personnels). Enfin, 5 personnels n'ont pas répondu à cette question.

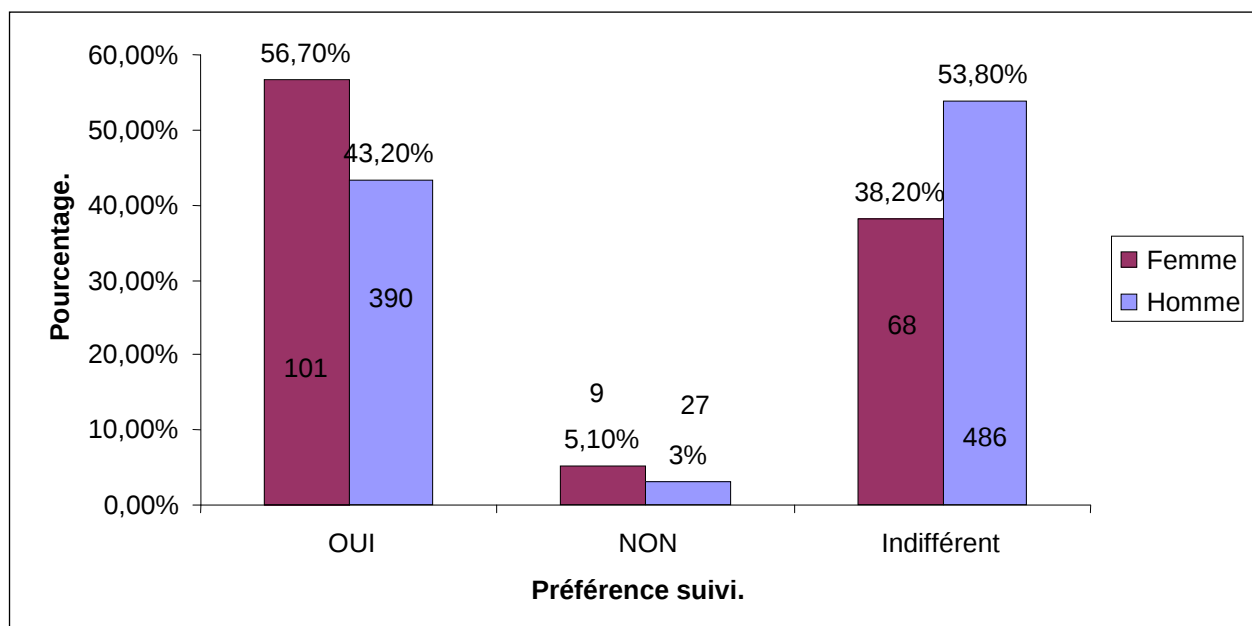


Figure 24: Préférence de suivi par le même médecin d'unité selon le sexe.

Les femmes ont tendance à préférer être toujours suivies par le même médecin d'unité alors que les hommes sont plutôt indifférents.

Si l'on ne tient pas compte des personnels indifférents, il n'y a pas de différence statistique entre les hommes et les femmes.

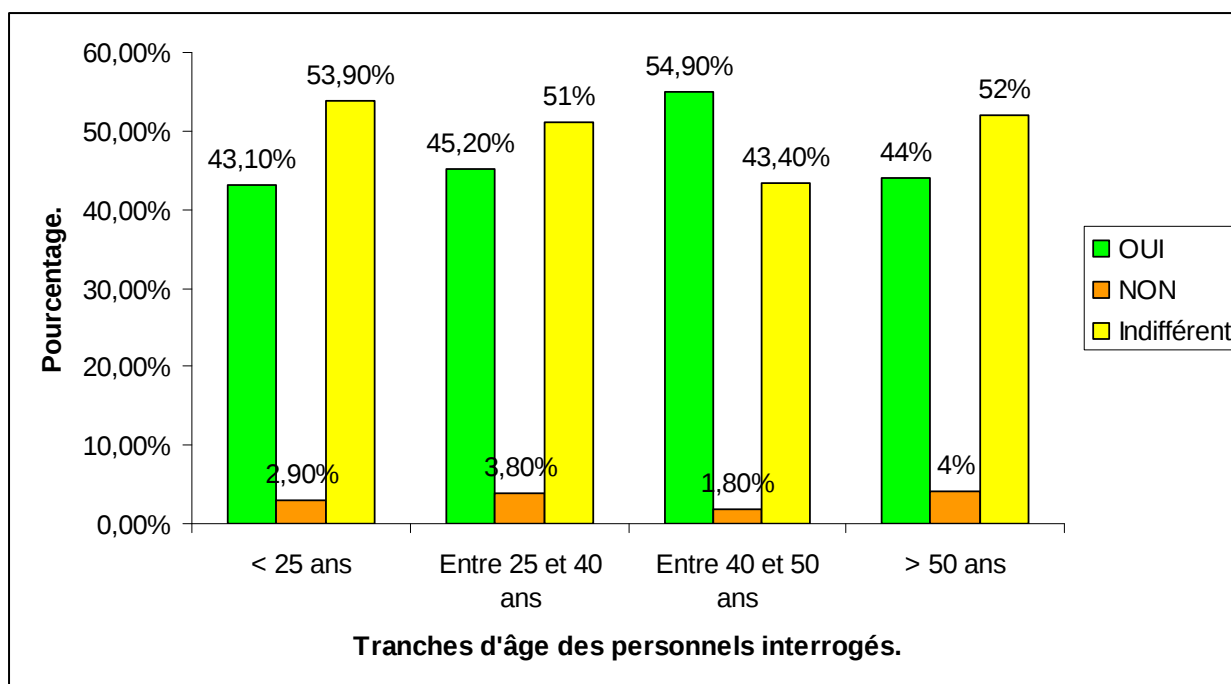


Figure 25: Préférence de suivi par le même médecin d'unité en fonction de l'âge.

On ne peut pas conclure de façon statistique à une différence selon l'âge considéré ; cependant, on constate qu'entre 40 et 50 ans, la tendance s'inverse, et que les personnels interrogés sont moins indifférents et préfèrent être toujours suivis par le même médecin d'unité.

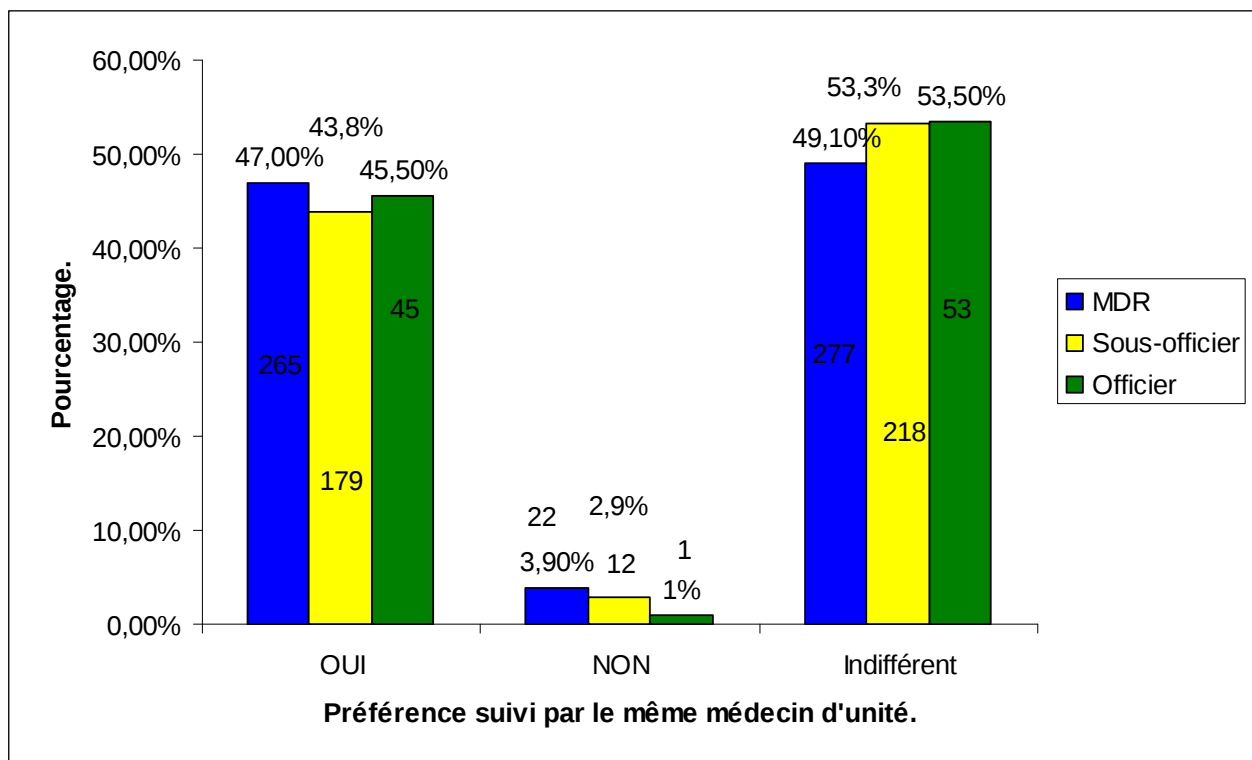


Figure 26: Préférence d'un suivi par le même médecin d'unité selon le grade des personnels interrogés.

Les militaires interrogés sont en majorité indifférents à un suivi par le médecin d'unité, quel que soit leur grade.

Question II-8.

Hésitez-vous à dire des choses à votre médecin d'unité de peur que la confidentialité (vis-à-vis du commandement) ne soit pas respectée ?

- oui
- non
- ne sait pas

Plus des deux tiers (70,2% des personnels soit 763 militaires) n'hésitent pas à se confier à leur médecin d'unité.

19,2% soit 209 militaires hésitent à dire des choses à leur praticien militaire de peur que la confidentialité ne soit pas respectée.

110 personnels ne savent pas répondre à cette question (10,1%) et 5 personnels n'ont pas répondu.

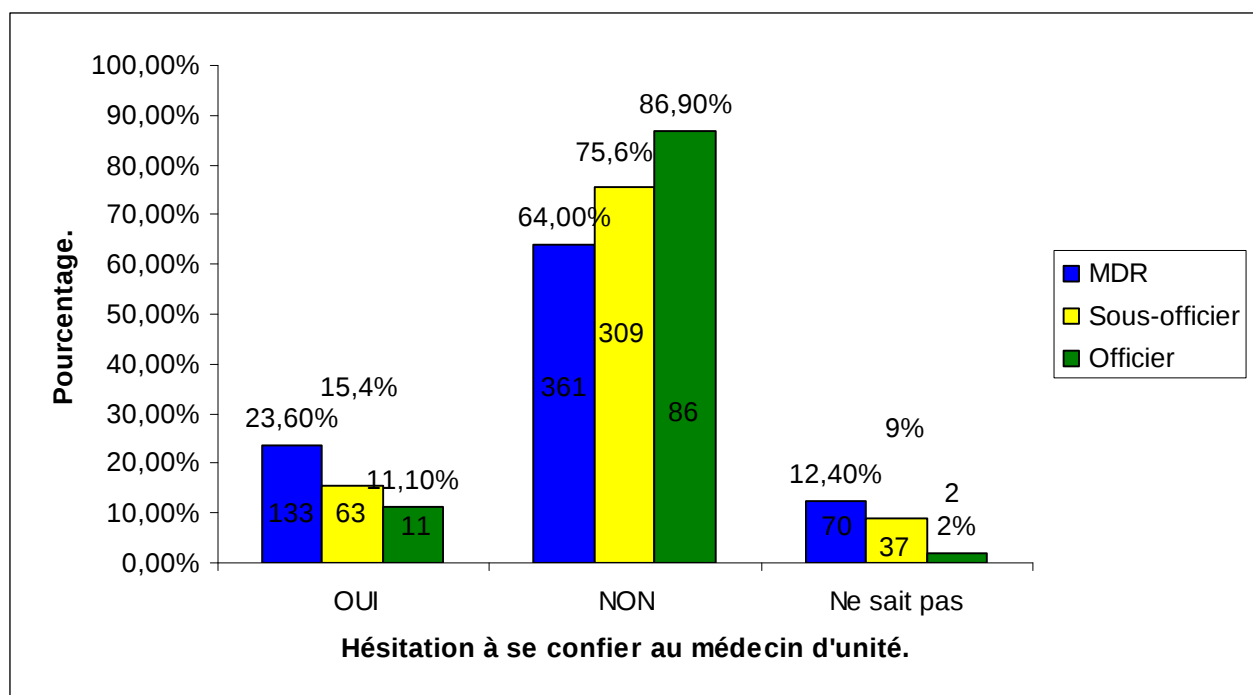


Figure 27: Hésitation à se confier au médecin militaire en fonction du grade des personnels interrogés.

On constate que, **plus le grade augmente, et moins les personnels interrogés hésitent à se confier à leur médecin d'unité**, pensant que la confidentialité vis-à-vis du commandement sera respectée ($p=0,000004$).

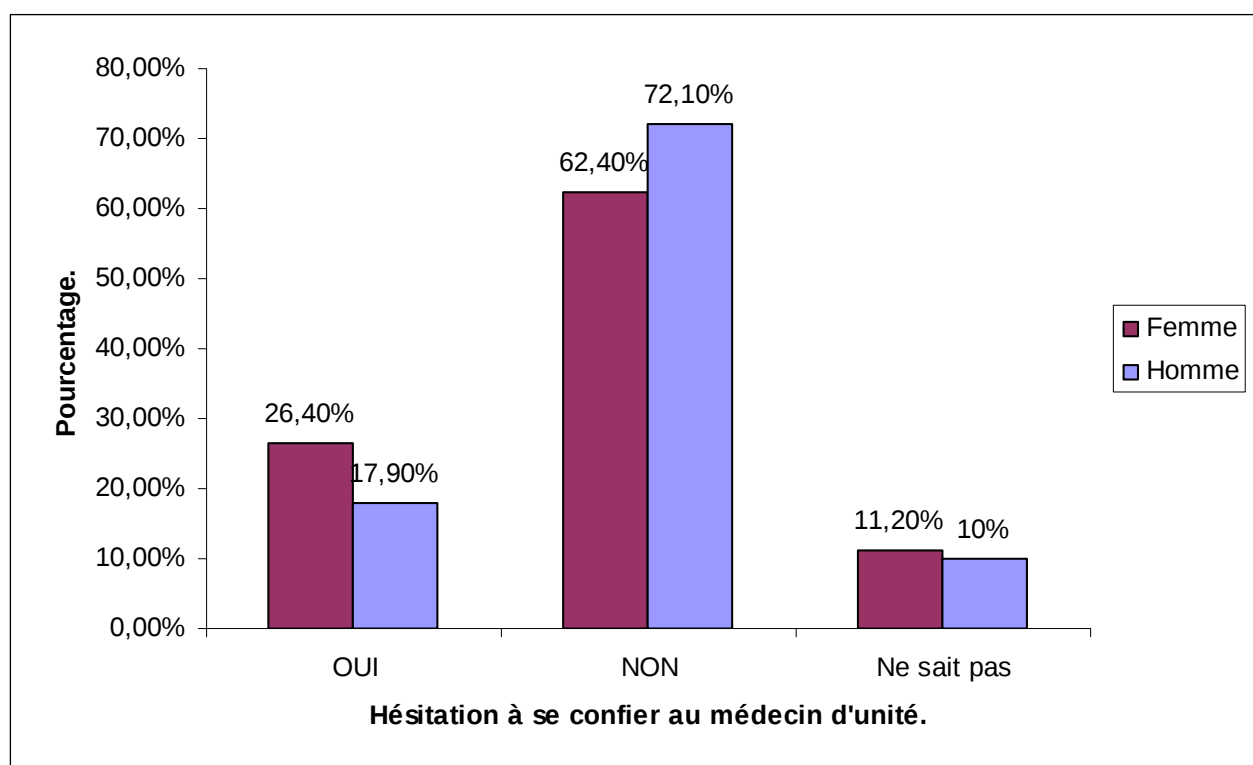


Figure 28: Hésitation à se confier au médecin militaire en fonction du sexe des personnels interrogés.

Les hommes hésitent moins que les femmes à se confier à leur médecin militaire.
($p=0,008$)

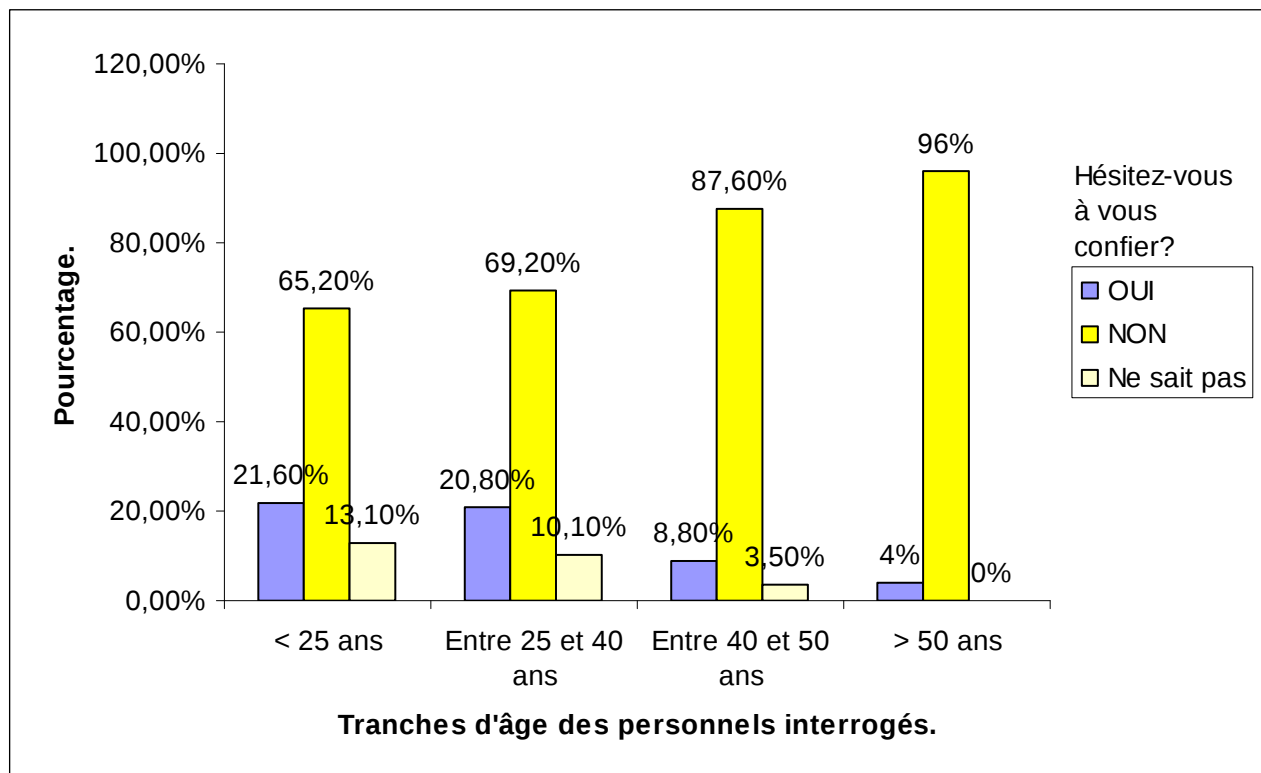


Figure 29: Hésitation à se confier au médecin militaire en fonction de l'âge des personnels interrogés

Les militaires interrogés de plus de 40 ans hésitent moins à se confier au médecin militaire que les plus jeunes. ($p=0,00008$)

Question II-9.

Concernant votre milieu d'exercice professionnel (l'armée), avez-vous l'impression que votre médecin d'unité le connaît ?

- très bien
- assez bien
- plutôt mal
- mal
- ne sait pas

La majorité des militaires interrogés (61,1%) a une opinion plutôt positive de la connaissance qu'a le médecin militaire de son environnement professionnel : 15,4% (167 personnels) considèrent que leur médecin d'unité connaît « très bien » leur milieu d'exercice professionnel et 45,7% (497 militaires) considèrent qu'il le connaît « assez bien ».

16,4% des personnels interrogés ont une opinion négative au sujet de la connaissance qu'a le praticien d'unité de leur environnement d'emploi : 13,9% (151 personnels) considèrent qu'il le connaît « plutôt mal » et 2,5% (27 personnels) « mal ».

228 militaires interrogés ne savent pas répondre à cette question (21%) et 17 personnels n'y ont pas répondu (1,7%).

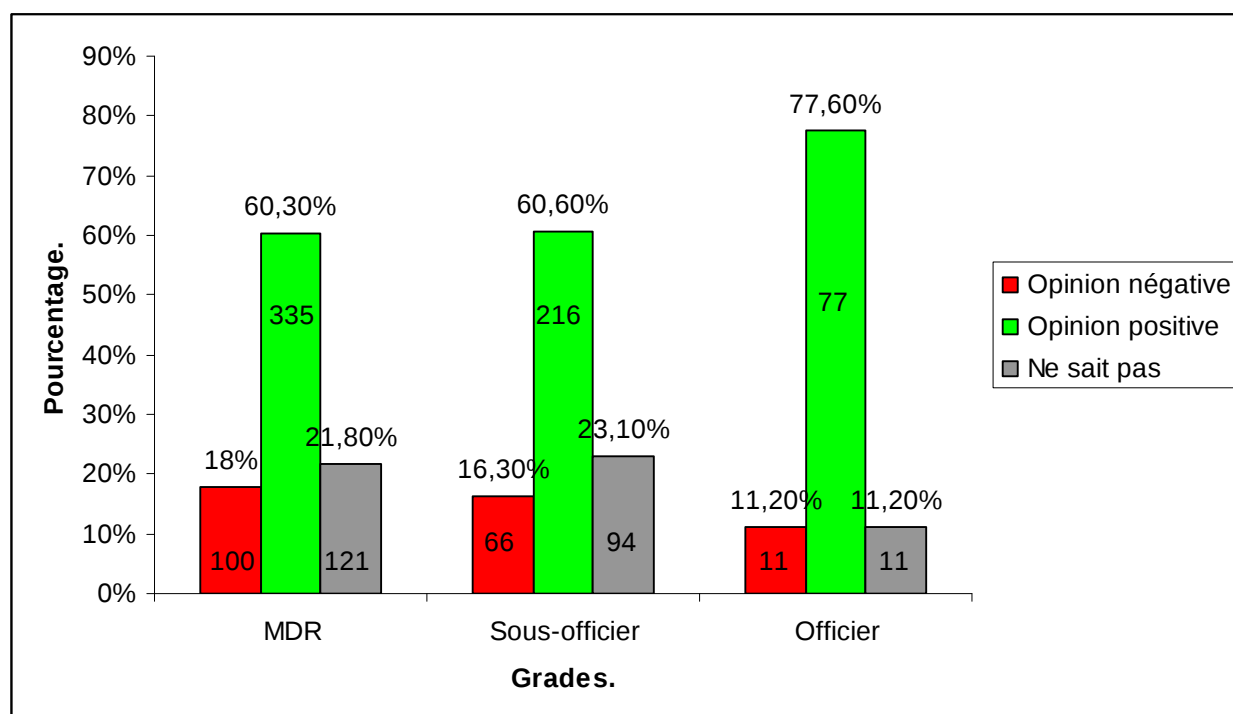


Figure 30: Opinion sur la connaissance qu'a le médecin militaire de l'armée, en fonction du grade des personnels interrogés.

Quel que soit le grade, les militaires interrogés ont plutôt une bonne opinion de la connaissance qu'a leur médecin d'unité de leur environnement professionnel.

Cependant, si l'on ne considère que les opinions négatives, les militaires du rang ont plus le sentiment que le médecin militaire connaît mal leur environnement professionnel, que les officiers ($p=0,04$). En revanche, il n'y a pas de différence significative d'opinion entre les militaires du rang et les sous-officiers, ni entre les officiers et les sous-officiers.

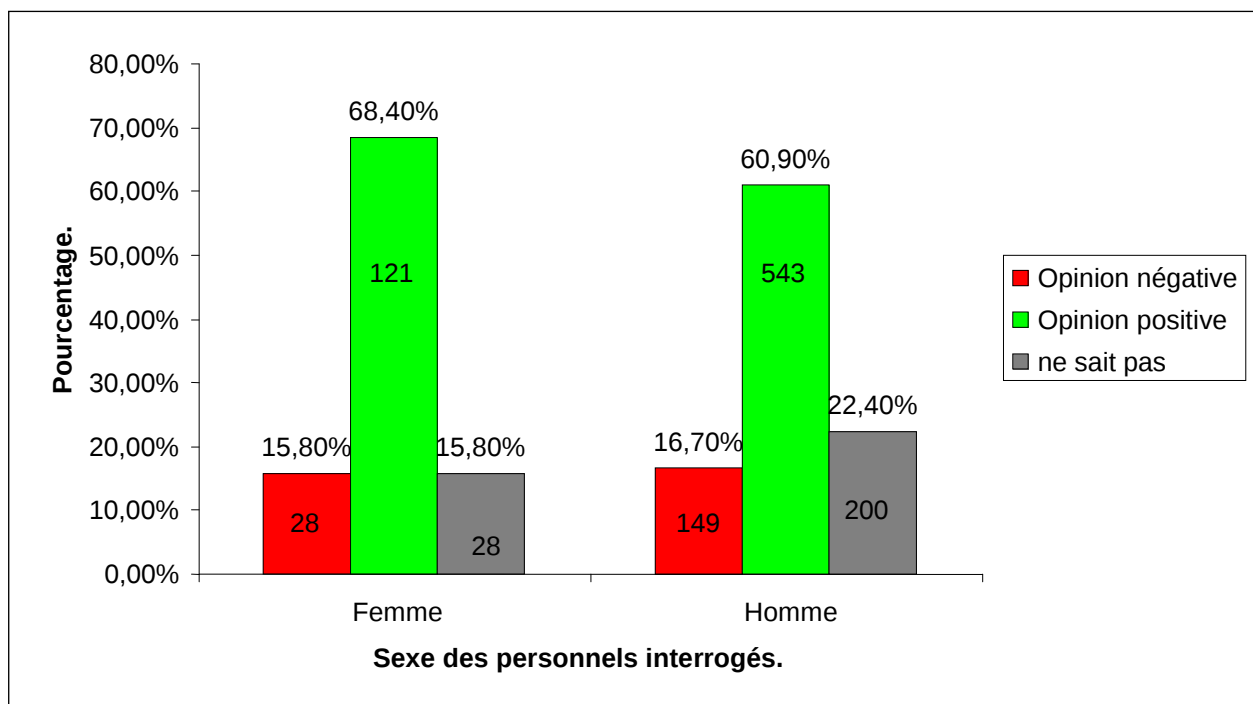


Figure 31: Opinion sur la connaissance qu'a le médecin d'unité de l'armée en fonction du sexe des personnes interrogées.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes concernant cette question (en ne tenant pas compte des réponses « ne sait pas »).

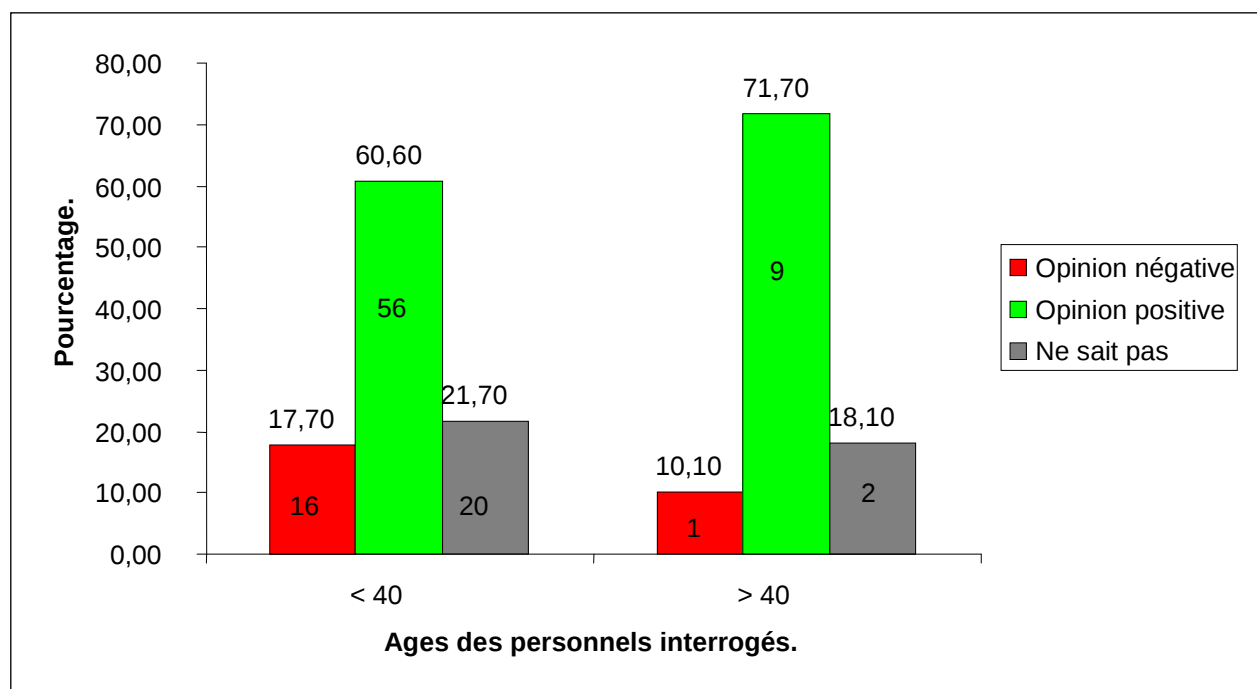


Figure 32: Opinion sur la connaissance qu'a le médecin militaire de l'armée en fonction de l'âge des personnes interrogées.

Les militaires âgés de plus de 40 ans ont plus tendance à penser que le médecin d'unité connaît bien leur environnement professionnel, comparativement à ceux âgés de moins de 40 ans (en ne tenant pas compte des opinions « ne sait pas ») ($p=0,01$).

D) Médecine d'aptitude.

Question III-1.

Concernant la VSA, pensez-vous qu'elle est utile ?

- oui
- non
- ne sait pas

Pourquoi ?

La VSA apparaît utile pour la majorité des personnels interrogés : 950 personnels soit 87,4%.

Pour seulement 66 personnels elle est inutile soit 6% des interrogés.

63 personnels ne savaient pas répondre à la question (5,8%) et 8 militaires n'y ont pas répondu.

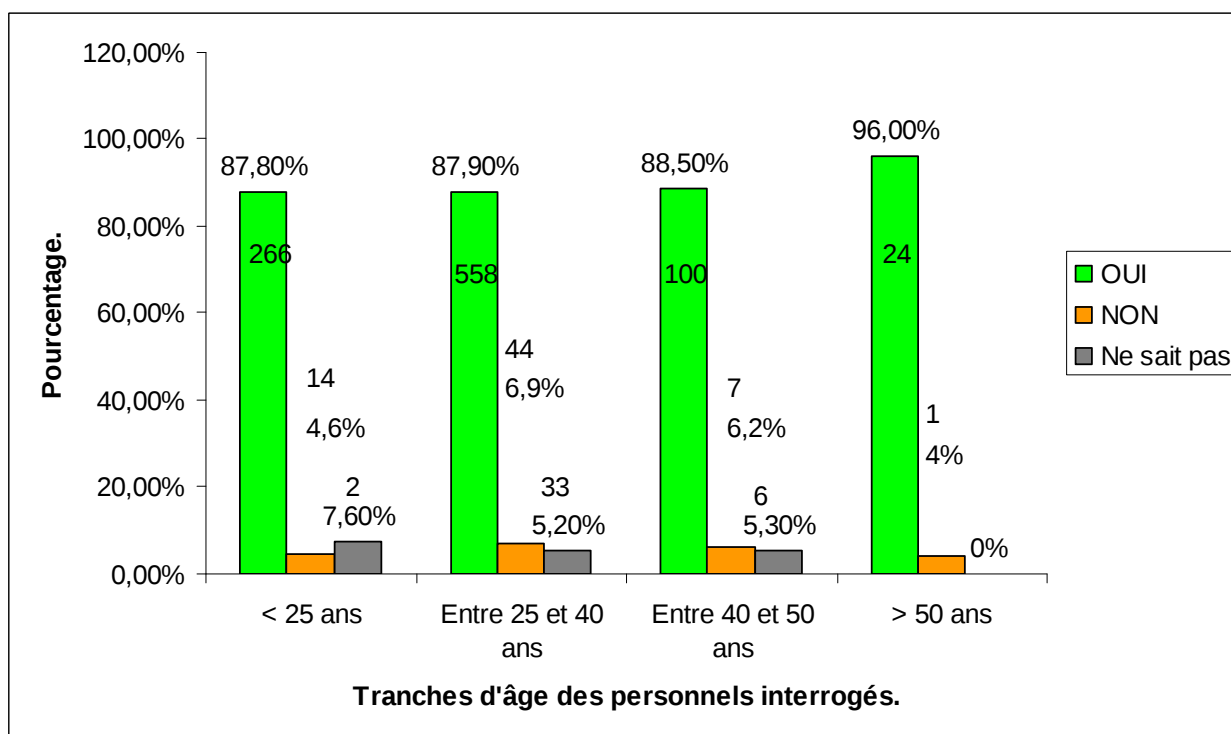


Figure 1: Utilité de la VSA en fonction de l'âge des personnes interrogées.

Il n'y a pas de différence significative entre les différentes tranches d'âge en ce qui concerne l'utilité de la visite systématique annuelle (en ne tenant pas compte des réponses « ne sait pas »).

La quasi-totalité des personnels interrogés pense qu'elle est utile.

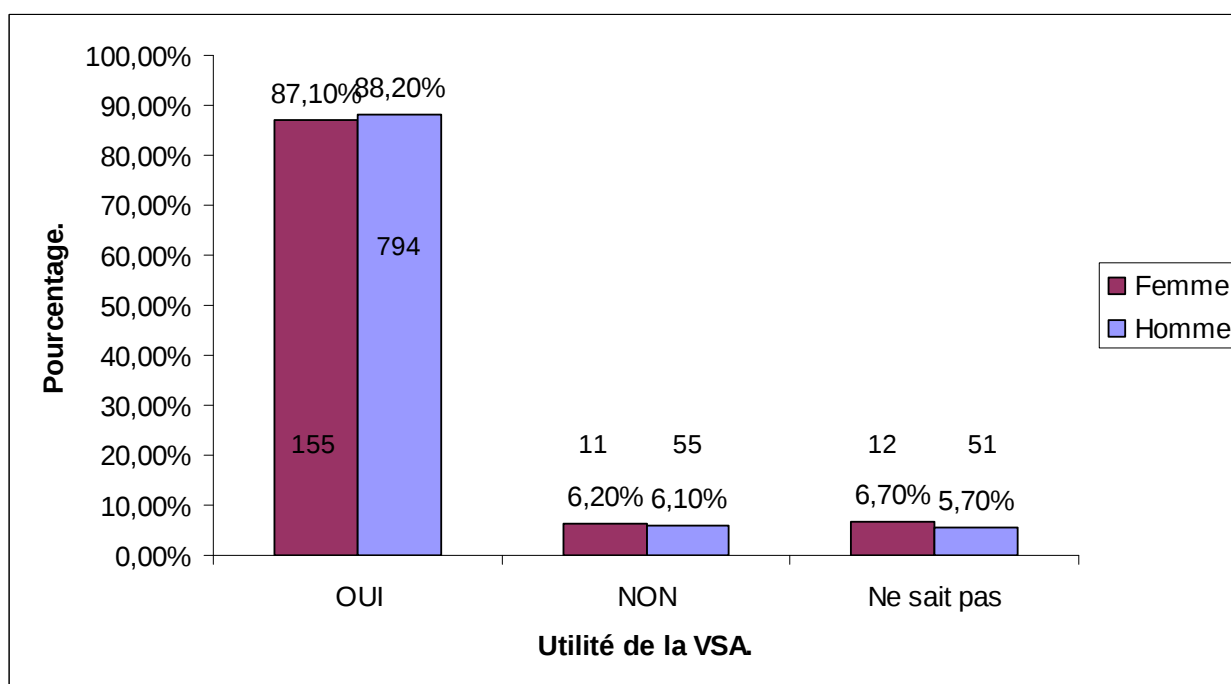


Figure 34: Opinion sur l'utilité de la VSA en fonction du sexe des personnels interrogés.

La VSA apparaît comme une consultation utile pour la majorité des personnels interrogés. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les sexes.**

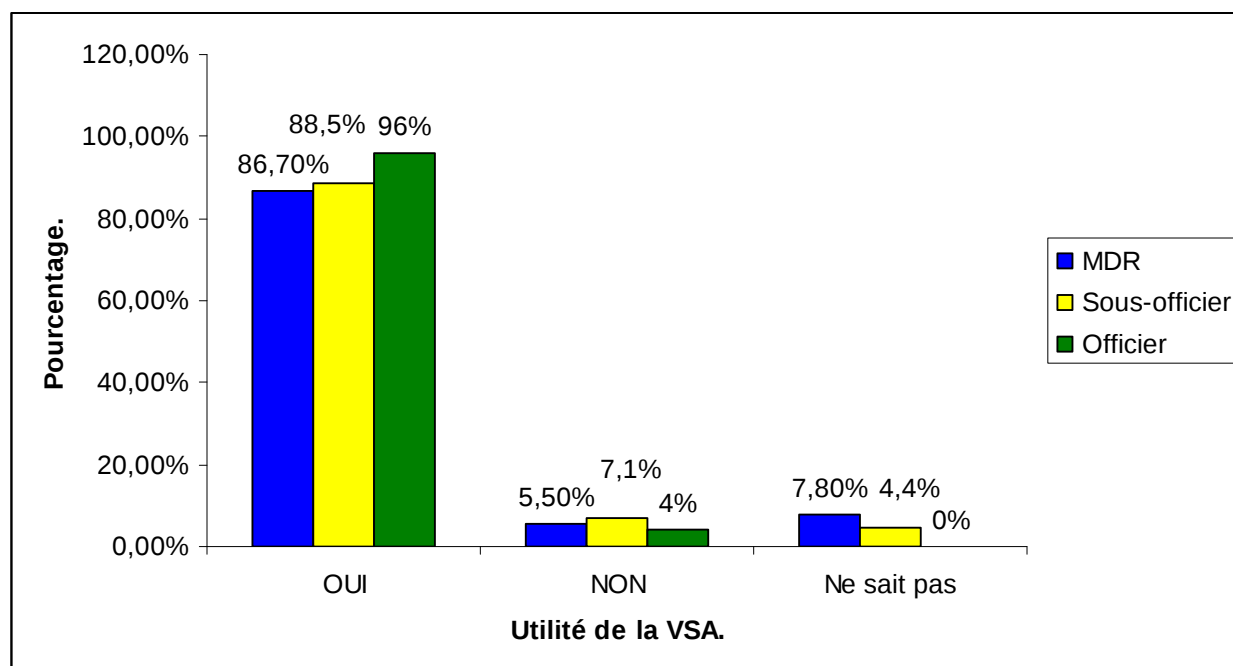


Figure 35: Opinion sur l'utilité de la VSA en fonction du grade des personnels interrogés.

La majorité des personnels interrogés estime que la VSA est utile.

Il n'existe pas de différence significative entre les grades, cependant si l'on compare les pourcentages, on a l'impression que plus le grade augmente, plus la VSA apparaît utile.

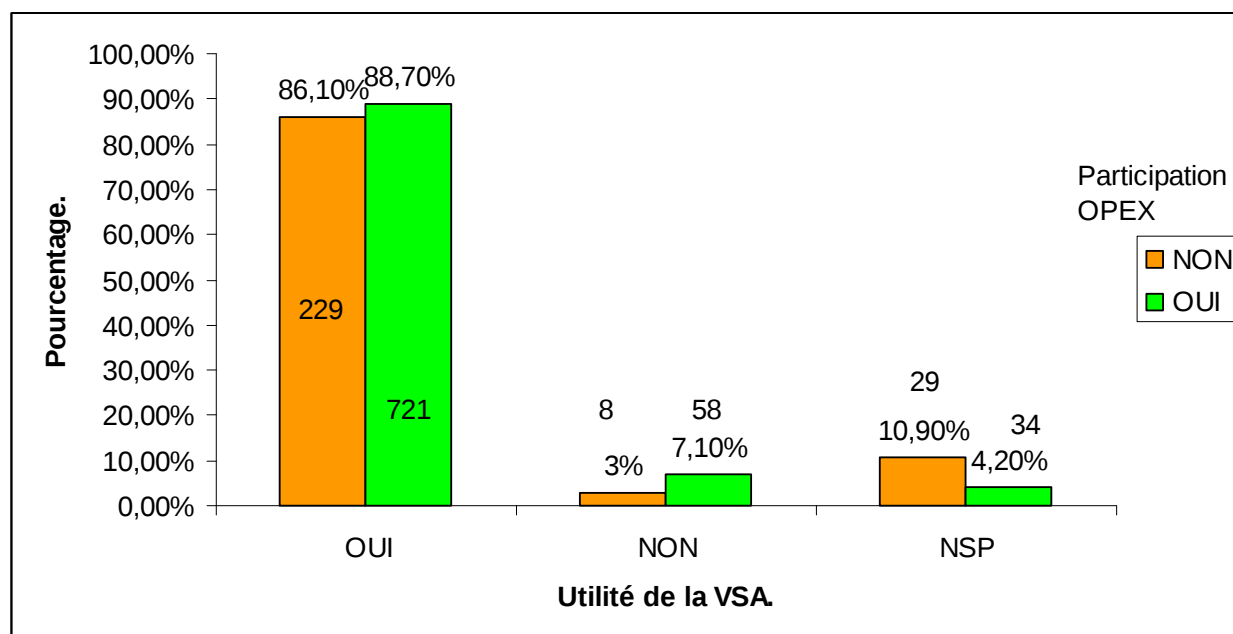


Figure 36: Opinion sur l'utilité de la VSA en fonction de la participation à une OPEX.

La VSA apparaît comme une consultation utile pour la majorité des personnes interrogées, cependant on constate qu'elle apparaît comme plus utile pour les personnels ayant déjà participé à une OPEX au cours de leur carrière (p=0,03) (pour l'exploitation de cette question, il n'a pas été tenu compte des réponses « ne sait pas »).

Les raisons invoquées concernant l'utilité de la VSA sont le fait qu'il s'agisse d'un « **bilan** » annuel ou régulier (cité 124 fois), ou d'un « **suivi** » de l'état de santé (cité 93 fois). Elle présente un intérêt pour connaître « l'aptitude » des personnels (cité 63 fois) à la fois pour l'emploi et pour les épreuves sportives annuelles.

Elle permet également la « mise à jour des vaccins », cité par 19 personnels.

Elle a un rôle de « prévention » pour 6 personnels et permet la « détection d'éventuelles maladies » (cité 56 fois).

Elle permet de suivre « l'évolution du corps » (6 fois) et de « connaître sa condition physique » (3 fois).

Pour certains elle a son utilité « surtout quand on ne consulte pas » (9 fois), et permet de contrôler « ce qu'on ne jugerait pas utile d'aller contrôler chez un spécialiste, c'est-à-dire les yeux et les oreilles » (4 fois). Elle permet également de « créer un lien avec les patients » et d'avoir « un contact avec les compagnies ».

Les reproches faits à la VSA sont le fait qu'elle soit « trop générale » (6 fois) voire « bâclée » (2 fois), ainsi que le manque d'examens complémentaires (épreuve d'effort, bilan sanguin...).

Certains préconisent de ne la réaliser que tous les deux ans, voire de la faire réaliser par un médecin civil.

Question III-2.

L'avis technique donné par le médecin concernant votre aptitude vous paraît-il juste ?

- oui

- non

- ne sait pas

Pourquoi ?

Environ les $\frac{3}{4}$ des militaires interrogés estiment que l'avis technique donné par le médecin militaire concernant leur aptitude est juste (74,5% soit 810 personnels).

82 personnels estiment que l'avis donné est injuste soit 7,5%.

177 militaires ne savent pas répondre à cette question (16,3%) et 18 personnels n'y ont pas répondu (1,7%).

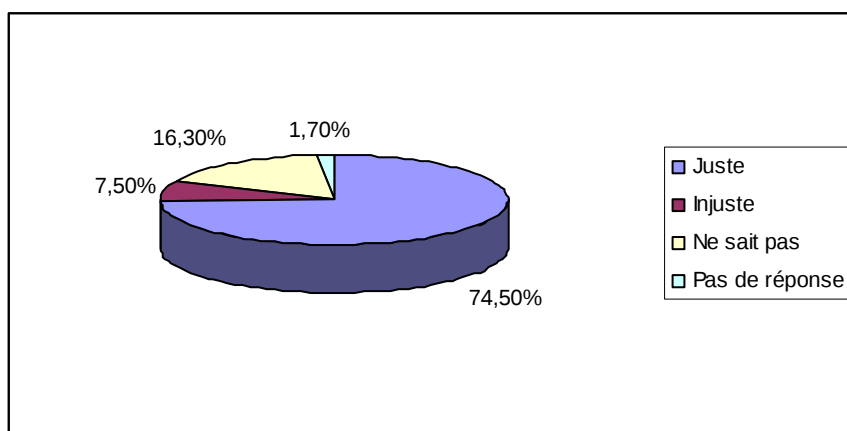


Figure 37: Opinion concernant la justesse de l'avis technique donné par le médecin sur l'aptitude.

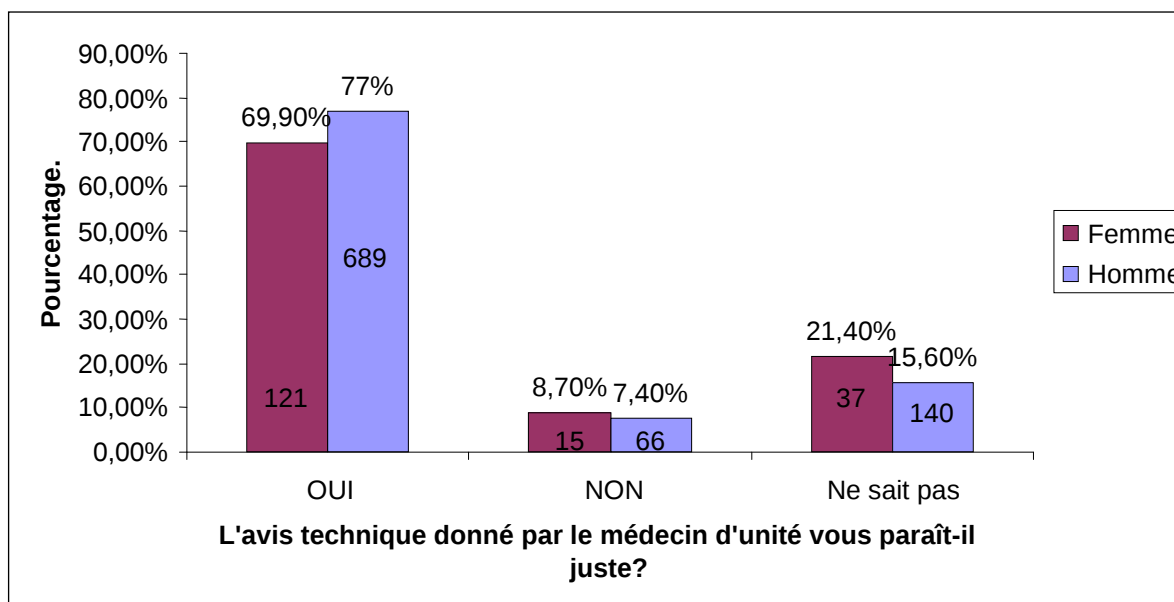


Figure 38: Opinion sur la justesse de l'avis technique donné par le médecin militaire concernant l'aptitude, en fonction du sexe des personnels interrogés.

La majorité des personnels, quel que soit son sexe, estime que l'avis technique délivré par le médecin d'unité est juste.

Si l'on exclut les réponses « ne sait pas », **il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes** ; cependant on constate une tendance des femmes à considérer, plus que les hommes, que l'avis donné n'est pas juste.

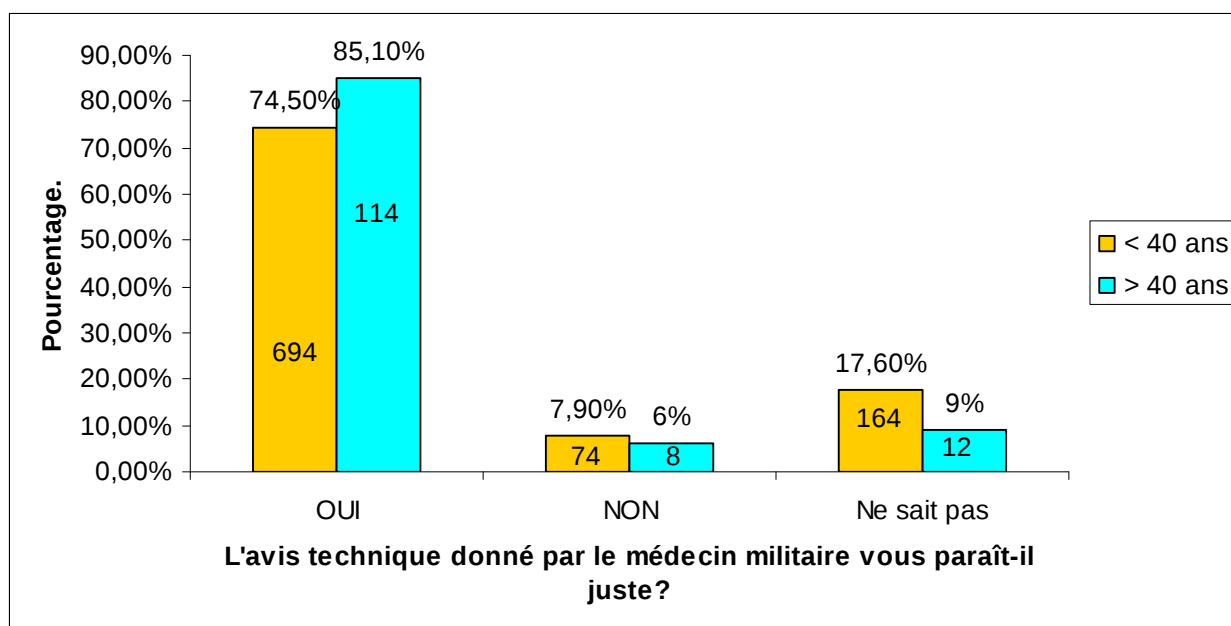


Figure 39: Opinion sur la justesse de l'avis technique donné par le médecin militaire au sujet de l'aptitude, en fonction de l'âge des personnels interrogés.

La majorité des personnels interrogés, quel que soit son âge, estime que l'avis technique donné par le médecin d'unité concernant l'aptitude est juste.

On constate que les moins de 40 ans, ont plus tendance à ne pas savoir se prononcer sur cette question, au contraire des plus de 40 ans.

Si l'on exclut les personnels ne sachant pas répondre à la question, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les moins de 40 ans et les plus âgés.

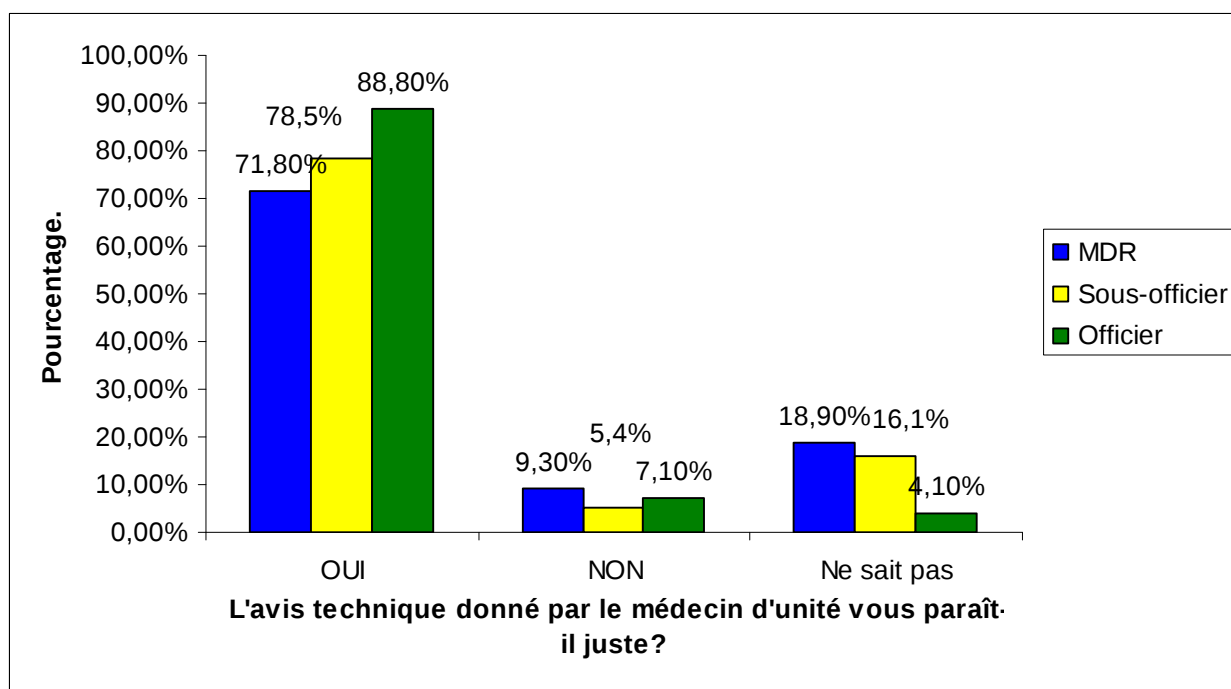


Figure 40: Opinion sur la justesse de l'avis technique donné par le médecin d'unité concernant l'aptitude, en fonction du grade des personnels interrogés.

Les sous-officiers ont plus tendance à penser que l'avis technique délivré par le médecin militaire est juste, comparativement aux militaires du rang ($p=0,02$) (en excluant les réponses « ne sait pas »).

En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sous-officiers et les officiers, ni entre les militaires du rang et les officiers, du fait de la faiblesse des effectifs d'officiers. Cependant, on note une tendance à trouver que l'avis technique est juste, quand le grade augmente.

L'avis technique donné par le médecin militaire est le plus souvent considéré comme juste car le médecin apparaît comme un « spécialiste » (cité 55 fois), qui connaît l'environnement professionnel et les contraintes (cité 8 fois).

Certains émettent des réticences car l'avis leur paraît de « parti-pris » ou trop « pointilleux » voire « alarmiste ».

2 personnels mettent en avant le fait que l'aptitude dépende des dires de la personne qui consulte.

Question III-3.

Les conseils donnés lors de votre dernière VSA vous ont-ils paru utiles (alimentation, conseils d'étirement, de sport, prévention des maladies...) ?

- tout à fait utiles
- plutôt utiles
- plutôt inutiles
- tout à fait inutiles
- ne sait pas ou non concerné(e)

En quoi ces conseils vous sont-ils utiles ?

Autres conseils que vous trouvez utiles :

Concernant les conseils donnés par le médecin militaire :

144 personnels estiment qu'ils sont « très utiles » (13,2%) et 440 estiment qu'ils sont « plutôt utiles » (40,5%), **il y a donc 54,7% d'opinions favorables.**

68 personnels estiment que ces conseils sont « plutôt inutiles » (6,3%) et 41 « tout à fait inutiles » (3,8%), ce qui porte à **10,1% d'opinions défavorables.**

Plus d'un tiers des personnels interrogés (31,6%) ne savait pas répondre à cette question ou ne se sentait pas concerné par celle-ci ; enfin 21 militaires n'ont pas répondu à la question soit 1,9% des effectifs.

On ne constate pas de différence statistiquement significative si l'on compare les opinions sur les conseils prodigués par le médecin d'unité en fonction du sexe, de l'âge ou du grade.

Une dizaine de militaires interrogés explique ne pas recevoir de conseils au cours de la VSA. Pour le reste, les conseils utiles sont ceux concernant le **maintien et l'amélioration de la condition physique** (cité 41 fois), **l'hygiène de vie** (cité 27 fois), **l'alimentation et la lutte contre l'obésité** (cité 27 fois), **l'adaptation de la pratique sportive** aux différents problèmes physiques (cité 16 fois), l'aide au **sevrage** tabagique (11 fois) ou éthylique (3 fois), la prévention de certaines pathologies notamment tropicales, les lombalgies, les maladies sexuellement transmissibles...

E) Médecine générale.

Question IV-1.

Quelles sont les raisons qui vous amènent (ou amèneraient) à consulter un médecin militaire (plusieurs réponses possibles) ?

- gratuité
- facilité d'accès (RDV rapide)
- présence sur le lieu de travail
- confiance dans le médecin militaire
- clarté de décision envers le commandement
- autres (précisez)

La raison principale évoquée par les personnels interrogés qui les amène à consulter le médecin militaire est la présence sur le lieu de travail.

La gratuité et la facilité d'accès, c'est-à-dire le fait d'obtenir rapidement un rendez-vous, sont également des facteurs importants pour plus d'un tiers des militaires de l'étude.

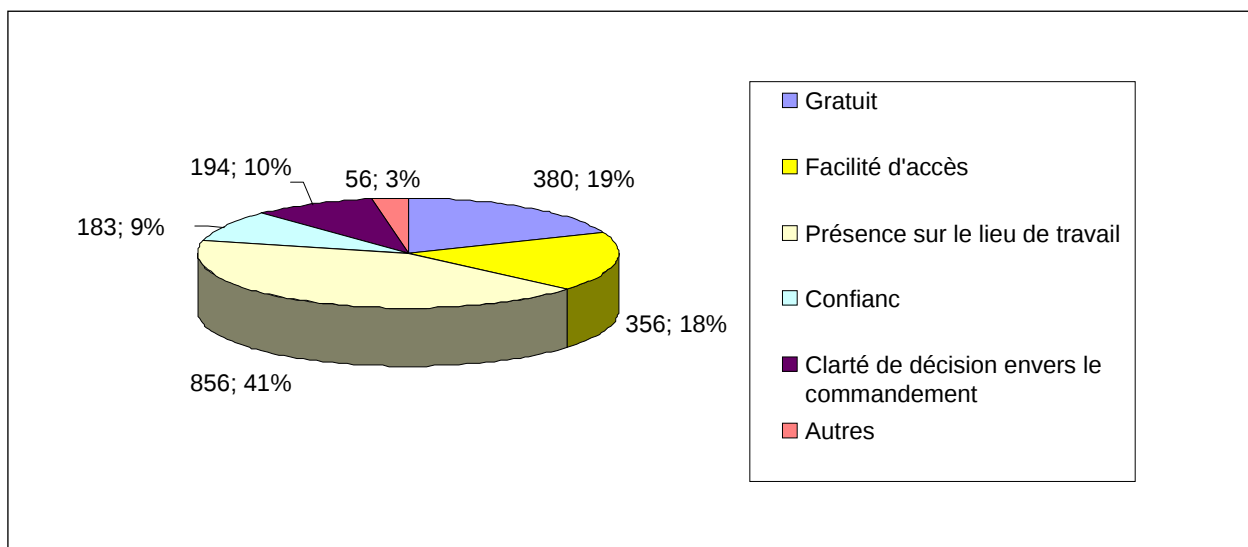


Figure 41: Raisons invoquées justifiant la consultation auprès du médecin militaire.

Les autres raisons invoquées par les militaires interrogés sont : **l'obligation de consulter auprès du médecin militaire** (cité 28 fois), la connaissance des contraintes du militaire (cité 5 fois), l'urgence (cité 5 fois), l'accident du travail (cité également 5 fois). D'autres raisons sont plus anecdotiques, telles que l'éloignement géographique du médecin traitant, la

compétence du médecin militaire, le bon suivi par le médecin d'unité, le manque de temps pour consulter dans le civil.

Question IV-2.

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne consultez pas (ou ne consulteriez pas) un médecin d'unité (plusieurs réponses possibles) ?

- crainte d'un changement d'aptitude ou d'une déclaration d'inaptitude
- crainte d'être mal vu par le commandement
- manque de temps de consultation, manque de disponibilité du médecin
- je préfère consulter en dehors du service
- je n'ai pas confiance dans le médecin
- autres (précisez)

Concernant les raisons qui amènent les militaires à ne pas consulter leur médecin d'unité, elles sont les suivantes :

264 citent la **crainte d'un changement d'aptitude** soit 24,3%,

251 préfèrent consulter en dehors du service soit 23%,

244 citent le manque de temps et de disponibilité du médecin soit 22,4%,

229 citent la crainte d'être mal vu soit 21%,

87 citent le manque de confiance que leur inspire le médecin soit 8%,

59 invoquent d'autres raisons.

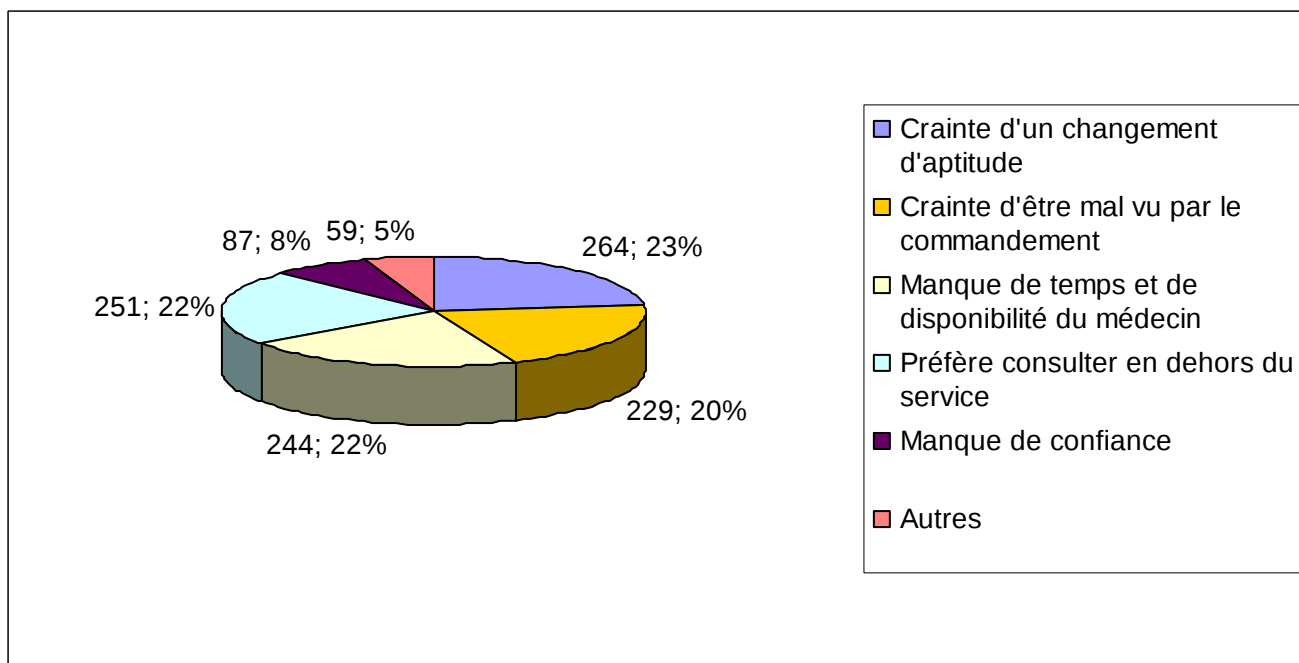


Figure 42: Raisons invoquées pour ne pas consulter le médecin d'unité.

Les autres raisons invoquées par les personnels interrogés pour ne pas consulter le médecin militaire sont : le fait d'avoir un **médecin de famille** (cité 6 fois), le **temps d'attente** trop long (cité 6 fois), le manque de compétence du médecin (cité 3 fois), la distance du domicile familial (cité 5 fois), la prescription de médicaments toujours identiques (cité 2 fois), le fait de voir un spécialiste (cité 3 fois). Les autres raisons sont le manque de secret médical, le manque de spécialisation, le fait de ne pas toujours voir le même médecin, la rapidité de la consultation, le manque d'écoute de la part du praticien, le manque de disponibilité en termes d'horaires du médecin militaire (fermeture du service médical d'unité relativement tôt le soir, fermeture le week-end).

Question IV-3.

Pour chacun des items suivants, quelle proposition correspond le mieux à votre avis concernant votre (vos) médecin(s) d'unité ?

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellente	Ne sait pas ou NC
Disponibilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Proximité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité d'écoute	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Compétence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sûreté du diagnostic	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité à vous guérir rapidement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Connaissance de votre environnement professionnel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spécificité des connaissances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conseils adaptés concernant l'hygiène de vie ou du travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐

autres (précisez) :

Indiquez quel est le critère (parmi ceux-ci-dessus) qui vous inciterait à consulter votre médecin d'unité plutôt que votre généraliste civil :

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellente	Ne sait pas	Sans réponse
Disponibilité	75	283	435	131	63	70	30
Proximité	20	74	378	282	266	35	32
Capacité d'écoute	23	123	441	257	130	77	36
Compétence	18	107	379	267	137	143	36
Sûreté du diagnostic	27	204	371	213	89	143	40
Guérison rapide	34	221	423	143	69	149	48
Connaissance environnement	38	177	399	202	116	86	69
Spécificité des connaissances	12	121	434	207	98	144	71
Conseils adaptés	18	105	413	228	133	126	64

Les critères qui inciteraient le plus à consulter le médecin d'unité plutôt que le médecin généraliste civil sont dans l'ordre décroissant du nombre de citations : **la proximité** (217), **la connaissance de l'environnement professionnel** (133), la disponibilité (69), la compétence (18), les conseils adaptés (15), la spécificité des connaissances (15), la capacité d'écoute (14), la capacité à guérir rapidement (11), la sûreté du diagnostic (8).

Les autres critères invoqués sont : la survenue d'une blessure en service, la gratuité de la consultation, la confiance dans le médecin militaire, la connaissance en matière de maladies tropicales.

Question IV-4.

Pour chacun des items suivants, quelle proposition correspond le mieux à votre avis concernant votre médecin généraliste civil ?

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellente	Ne sait pas ou NC
Disponibilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Proximité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité d'écoute	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Compétence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sûreté du diagnostic	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité à vous guérir rapidement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Connaissance de votre environnement professionnel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spécificité des connaissances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conseils adaptés concernant l'hygiène de vie ou du travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐

autres (précisez) :

Indiquez quel est le critère (parmi ceux-ci-dessus) qui vous inciterait à consulter votre médecin généraliste civil plutôt que votre médecin d'unité:

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellente	Ne sait pas	Sans réponse
Disponibilité	24	207	364	221	110	72	83
Proximité	49	201	344	204	122	77	90
Capacité d'écoute	6	55	348	315	187	78	98
Compétence	4	29	273	353	221	100	107
Sûreté du diagnostic	2	29	307	360	191	107	91
Guérison rapide	5	50	362	327	147	104	92
Connaissance environnement	125	264	285	132	73	102	106
Spécificité des connaissances	22	108	351	250	108	129	119
Conseils adaptés	19	105	365	224	128	137	109

Les critères qui inciteraient les personnels à consulter le médecin civil plutôt que le médecin d'unité sont les suivants, classés par ordre décroissant de nombre de citations : **la sûreté du diagnostic** (74), **la compétence** (73), la disponibilité (53), la capacité d'écoute (36), la proximité (30), la capacité à guérir rapidement (29), la spécificité des connaissances (9), la connaissance de l'environnement professionnel (4).

Les autres critères sont la connaissance de la famille (cité 10 fois), la confiance (cité 2 fois), la possibilité de consulter le week-end ou en dehors des heures de service, le fait d'avoir des qualifications en matière de médecine du sport ou d'ostéopathie.

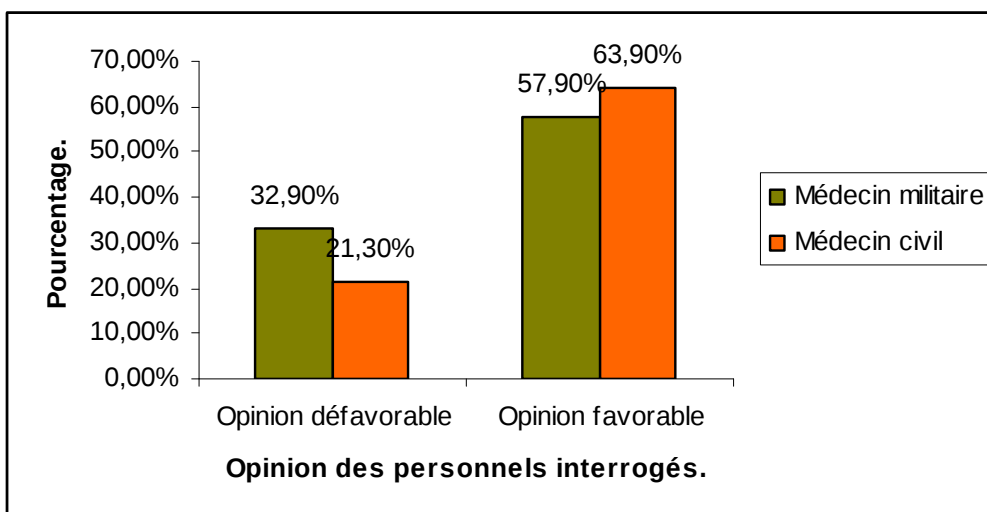


Figure 41: Opinion des militaires interrogés sur la disponibilité des praticiens.

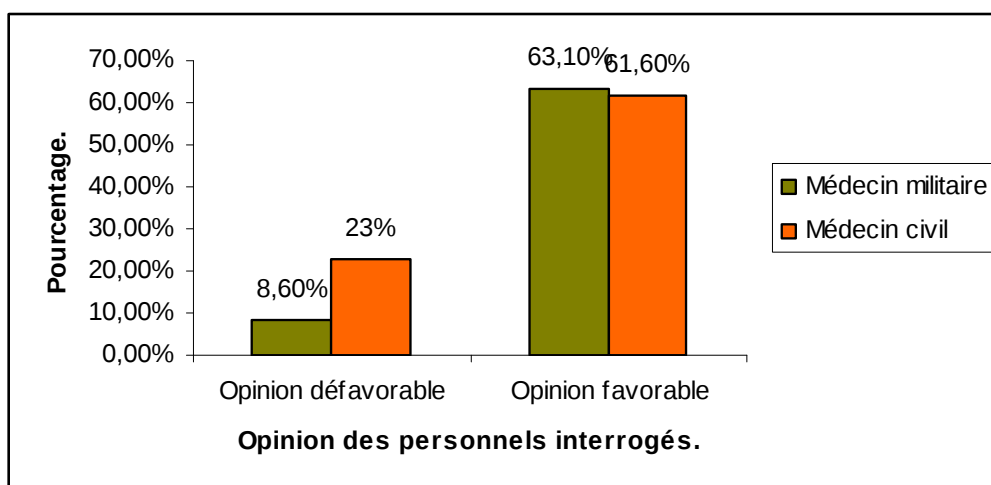


Figure 42: Opinion des militaires interrogés sur la proximité des praticiens.

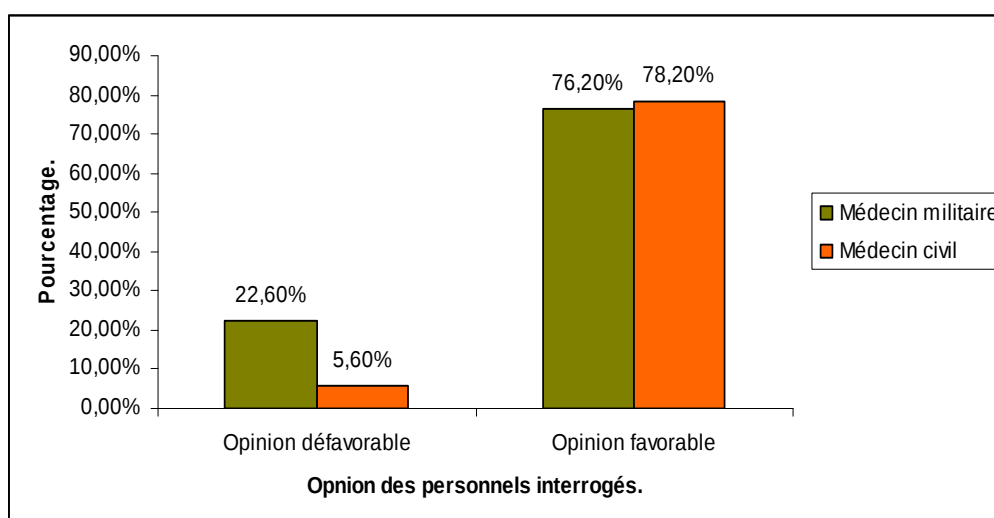


Figure 43: Opinion des militaires interrogés sur la capacité d'écoute des praticiens.

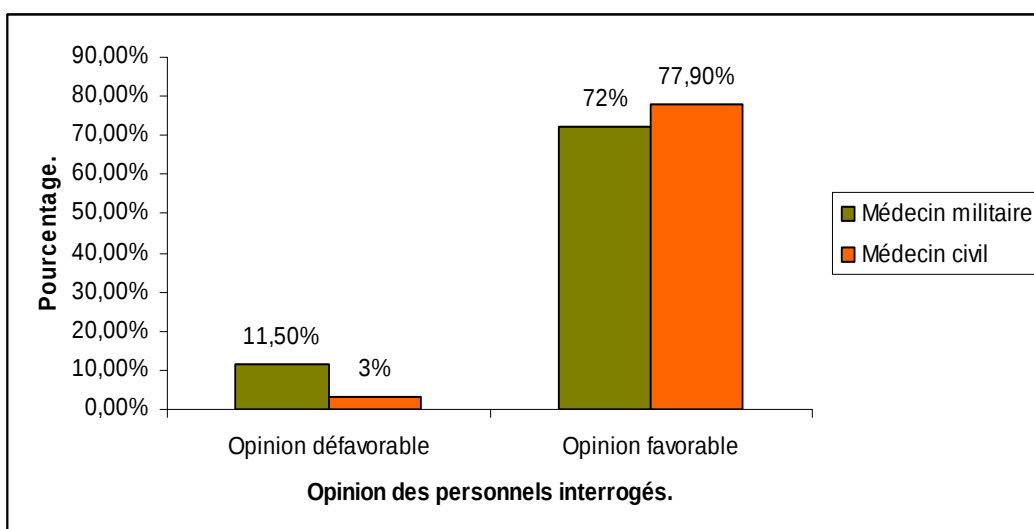


Figure 44: Opinion des militaires interrogés sur la compétence des praticiens.

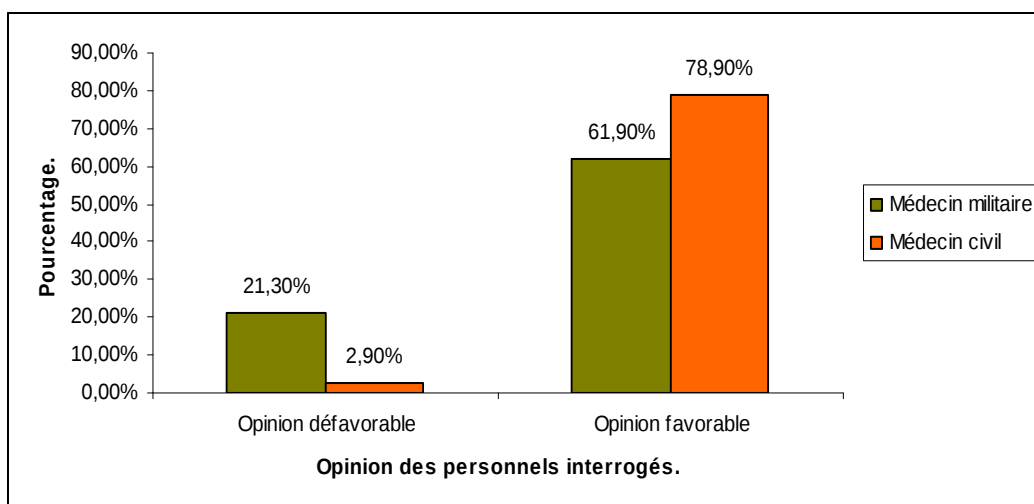


Figure 45: Opinion des militaires interrogés sur la sûreté du diagnostic des praticiens.

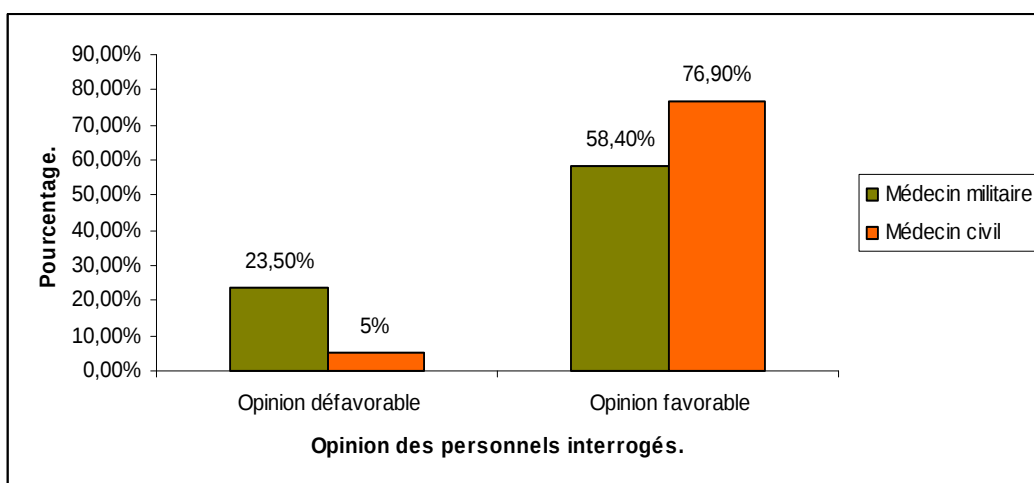


Figure 46: Opinion des militaires interrogés sur la capacité à guérir rapidement des praticiens.

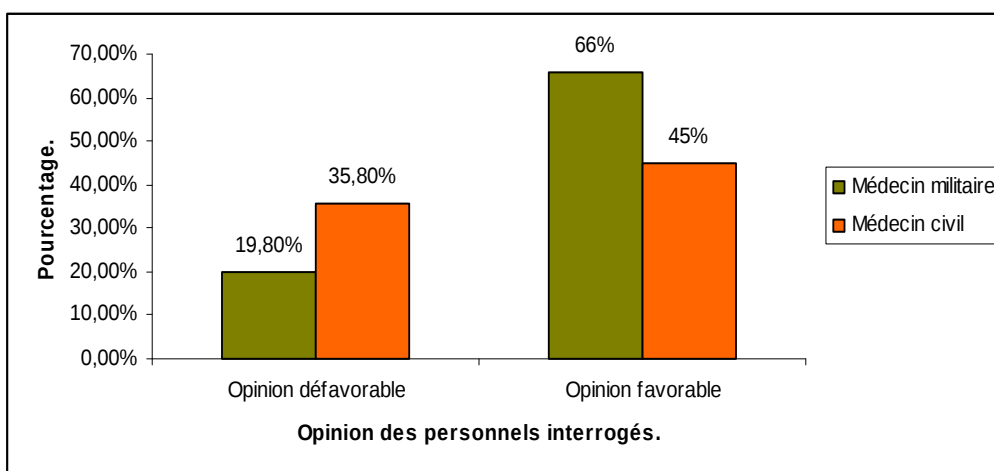


Figure 47: Opinion des militaires interrogés sur la connaissance de l'environnement professionnel militaire par les praticiens.

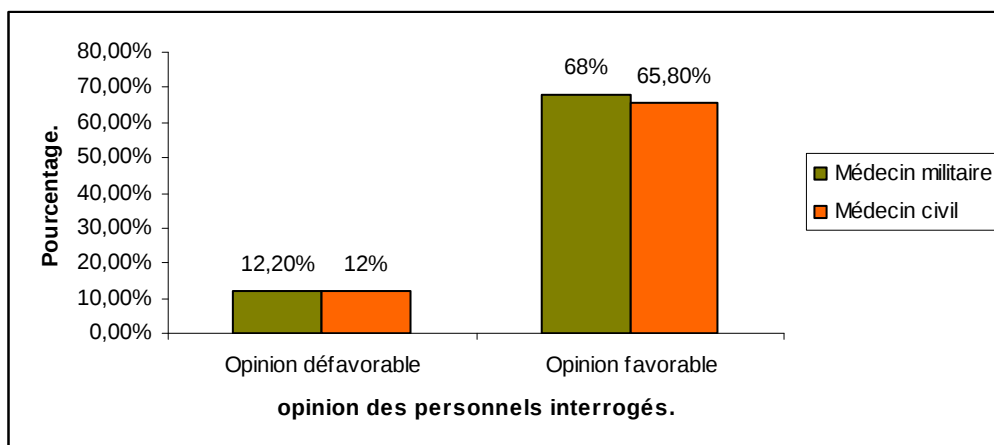


Figure 48: Opinion des militaires interrogés sur la spécificité des connaissances des praticiens.

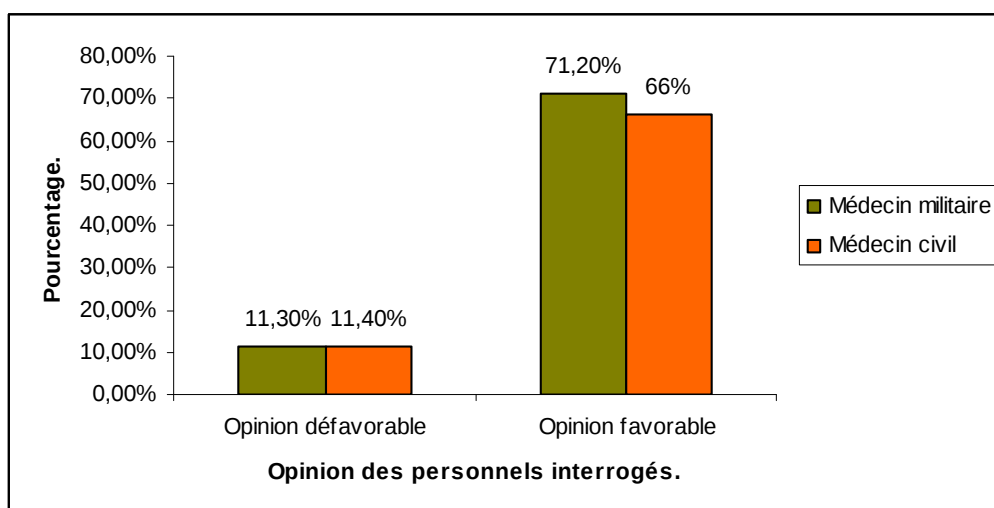


Figure 49: Opinion des militaires interrogés sur la dispensation de conseils adaptés par les praticiens.

Lorsque l'on compare les opinions des personnels interrogés concernant le médecin militaire et le médecin civil, nous constatons qu'il existe des différences : le médecin civil est plus

« disponible » ($p=0,000001$), a une meilleure « capacité d'écoute » ($p=0,000000$), plus « compétent » ($p=0,000000$), un diagnostic plus sûr ($p=0,000000$), et favorise une guérison plus rapide ($p=0,000000$).

Le médecin militaire a une meilleure « proximité » géographique ($p=0,000000$), et une meilleure « connaissance de l'environnement professionnel » ($p=0,000000$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'opinion des personnels interrogés en ce qui concerne les items « spécificités des connaissances » et « conseils adaptés ».

Question IV-5.

Considérez-vous que votre médecin d'unité vous prescrit ?

- trop de médicaments
- juste ce qu'il faut
- pas assez
- ne sait pas, non concerné

Un peu plus de la moitié (51,7% soit 562 individus) considère recevoir le nombre idéal de médicaments. Plus d'un tiers (34,5%) des militaires interrogés ne sait pas répondre à cette question.

Assez peu sont insatisfaits et considèrent qu'ils reçoivent trop (1,7%) ou pas assez (7,5%) de médicaments.

50 personnels soit 4,6% des effectifs n'ont pas répondu à cette question.

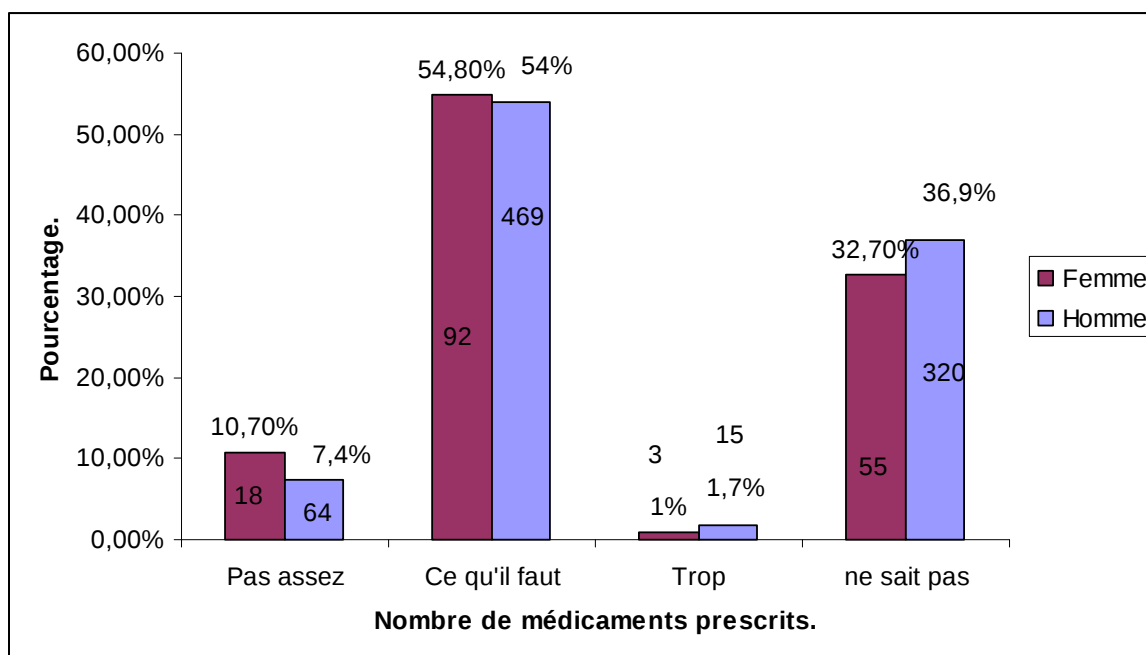


Figure 52: Opinion sur le nombre de médicaments prescrits par le médecin d'unité, en fonction du sexe.

Dans la majorité des cas, les personnels interrogés sont satisfaits du nombre de médicaments prescrits par le médecin militaire. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes** (en ne tenant pas compte des réponses « ne sait pas »).

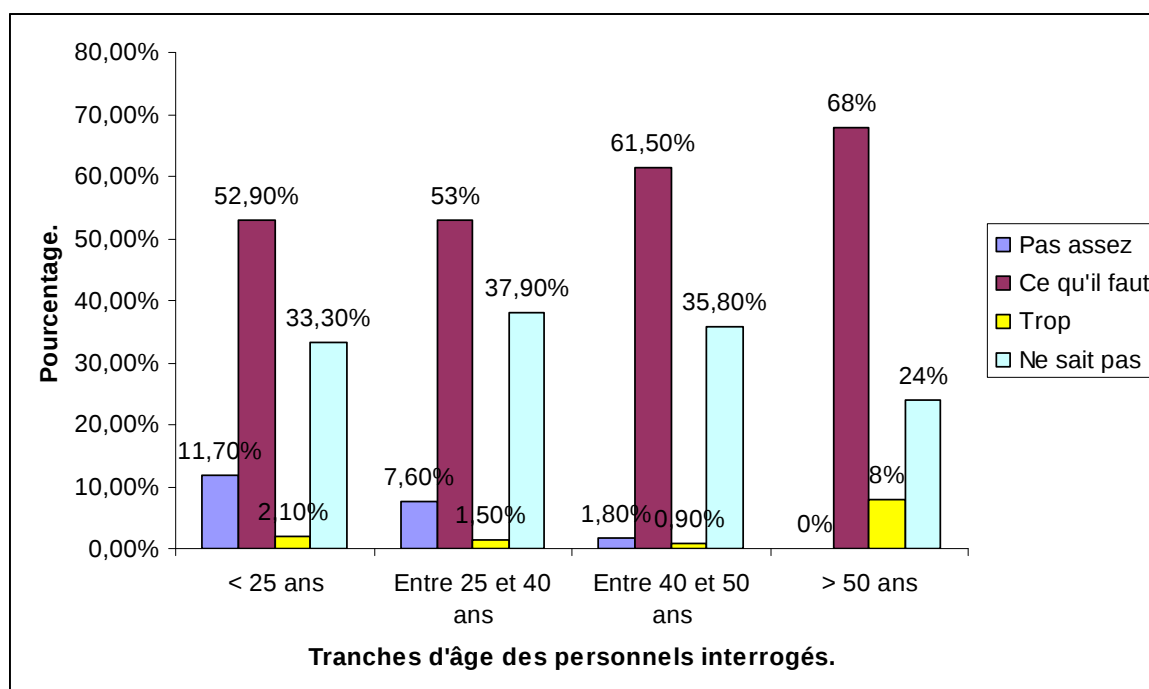


Figure 53: Opinion concernant le nombre de médicaments prescrits en fonction de l'âge des personnels interrogés.

Plus l'âge augmente, et plus la satisfaction concernant le nombre de médicaments prescrits est grande. ($p=0,005$)

Les plus jeunes ont tendance à considérer, quand ils sont insatisfaits, que leur médecin ne leur prescrit pas assez de médicaments.

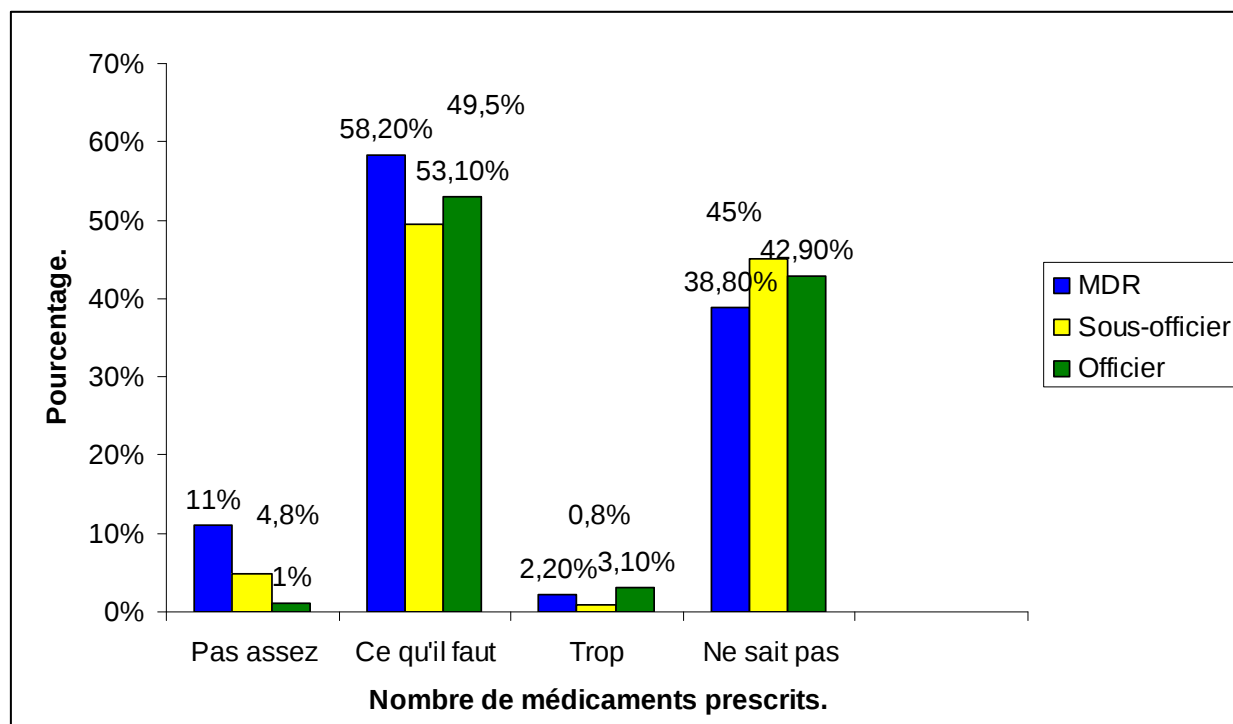


Figure 54: Opinion concernant le nombre de médicaments prescrits, en fonction du grade.

Si la majorité des personnels interrogés est satisfaite du nombre de médicaments prescrits, on constate que, **moins le grade est élevé, et plus les personnels interrogés estiment ne pas recevoir suffisamment de médicaments** ($p=0,004$).

Il convient néanmoins de prendre en compte le biais éventuel de l'âge puisque, comme nous l'avons montré précédemment, plus l'âge augmente, et plus la satisfaction augmente concernant le nombre de médicaments prescrits.

F) Propositions.

Question V-1.

Aimeriez-vous que votre famille puisse consulter votre médecin d'unité ?

- oui
- non
- ne sait pas
- non concerné(e)

573 personnels n'étaient pas concernés par cette question (célibataires sans enfants, célibataires géographiques ou lieu d'habitation trop éloigné du régiment) donc seulement 514 personnels étaient concernés.

La majorité des militaires interrogés (47,7% soit 245 individus) ne souhaitait pas que sa famille ait la possibilité de consulter le médecin militaire.

28,4% des personnels étaient, quant à eux, favorables à cette possibilité.

85 individus ne savaient pas répondre à cette question (16,5%) et 38 n'y ont pas répondu (7,4%).

Les raisons invoquées par les militaires qui ne souhaitent pas que leur famille consulte le médecin d'unité sont les suivantes : volonté de ne pas mélanger vie familiale et vie professionnelle (cité 34 fois), habitude de consulter un médecin de famille (22 citations), préférence pour un pédiatre (10 citations), manque de disponibilité (cité 7 fois), manque de confiance dans le médecin militaire (cité 4 fois), incompétence du médecin d'unité (4 citations), peur d'une surcharge de travail qui occasionnerait une dégradation des conditions de consultation (4 citations), pas de suivi par le même médecin, « rusticité » des conditions de consultation.

Les personnels qui souhaiteraient que leur famille puisse consulter le médecin militaire énoncent comme raisons : la gratuité (22 citations), la proximité du médecin d'unité (cité 14 fois), le fait d'avoir le même médecin pour toute la famille (6 fois), la disponibilité (6 fois), la compétence (cité 5 fois), la capacité d'écoute (3 citations), la confiance (2 citations), la connaissance de l'environnement professionnel (cité 2 fois), l'absence de mercantilisme dans

la relation, la facilité de dialogue, la difficulté de trouver un médecin traitant du fait des mutations.

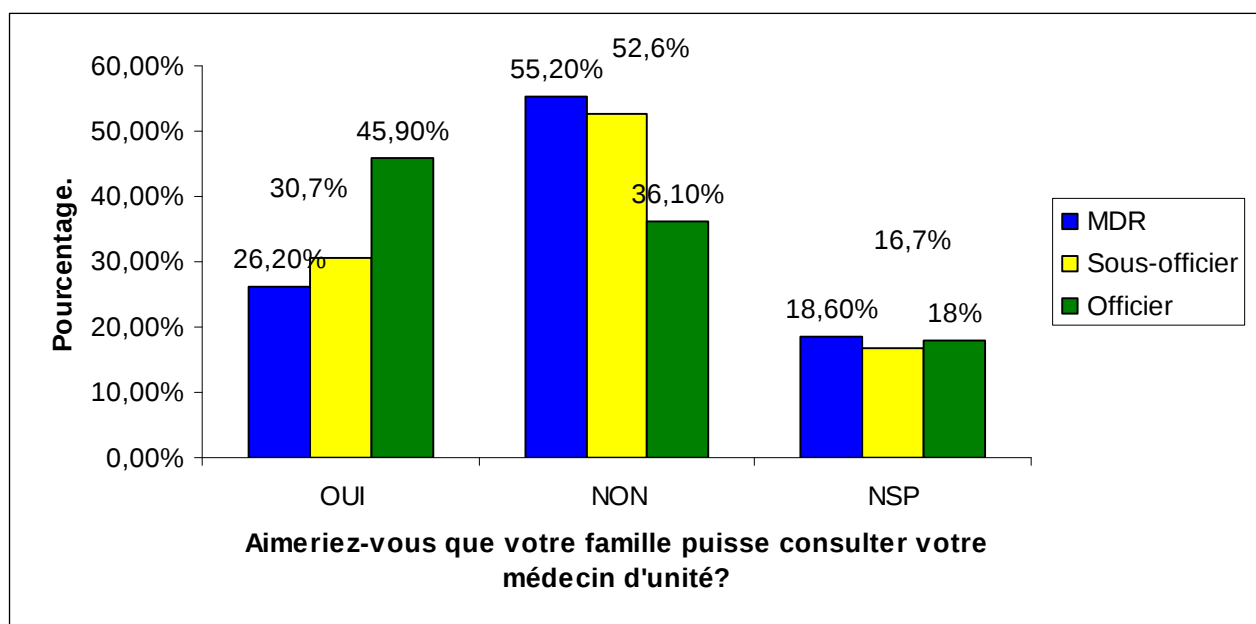


Figure 55: Aimeriez-vous que votre famille puisse consulter votre médecin d'unité?

Les officiers ont tendance à vouloir consulter un médecin d'unité pour leur famille, plus que les sous-officiers ($p=0,02$) et que les militaires du rang ($p=0,005$). En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les militaires du rang et les sous-officiers (en ne tenant pas compte des réponses « ne sait pas »).

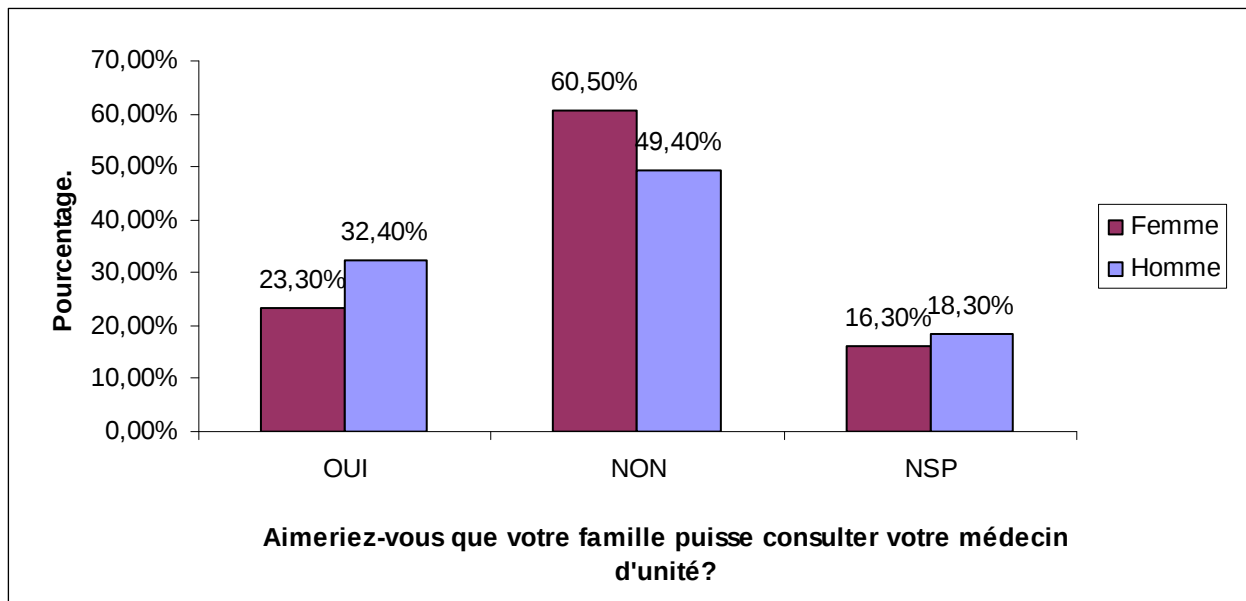


Figure 56: Opinion sur la possibilité de consultation du médecin d'unité par les familles, en fonction du sexe des personnels interrogés.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes en ce qui concerne la préférence de consultation pour la famille. **Les deux sexes préfèrent majoritairement que leur famille ne consulte pas leur médecin d'unité.**

Question V-2.

Si votre médecin d'unité fait des consultations pour les familles : le médecin traitant de votre famille est-il un médecin militaire ou civil ?

Les personnels de notre échantillon possèdent majoritairement un médecin de famille civil puisque 415 militaires sont dans ce cas, tandis que seulement 45 ont un médecin de famille militaire.

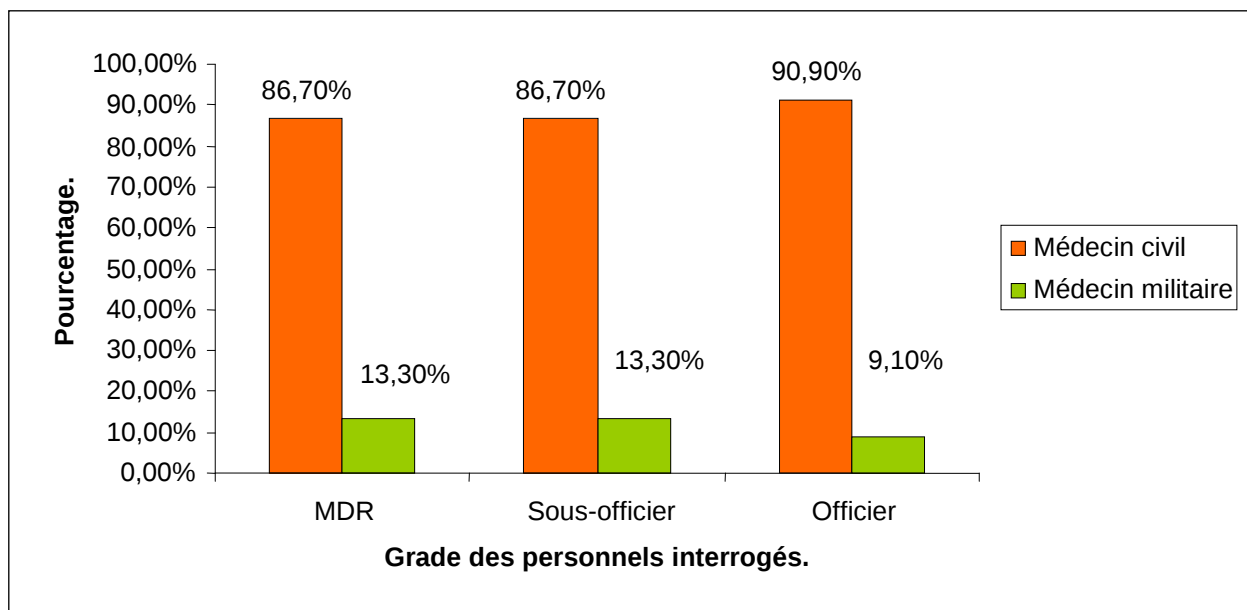


Figure 57: Qualité du médecin de famille en fonction du grade des personnels interrogés.

Les personnels interrogés ont majoritairement un médecin généraliste civil comme médecin traitant pour leur famille. **Il n’y a pas de différence statistique selon les grades.**

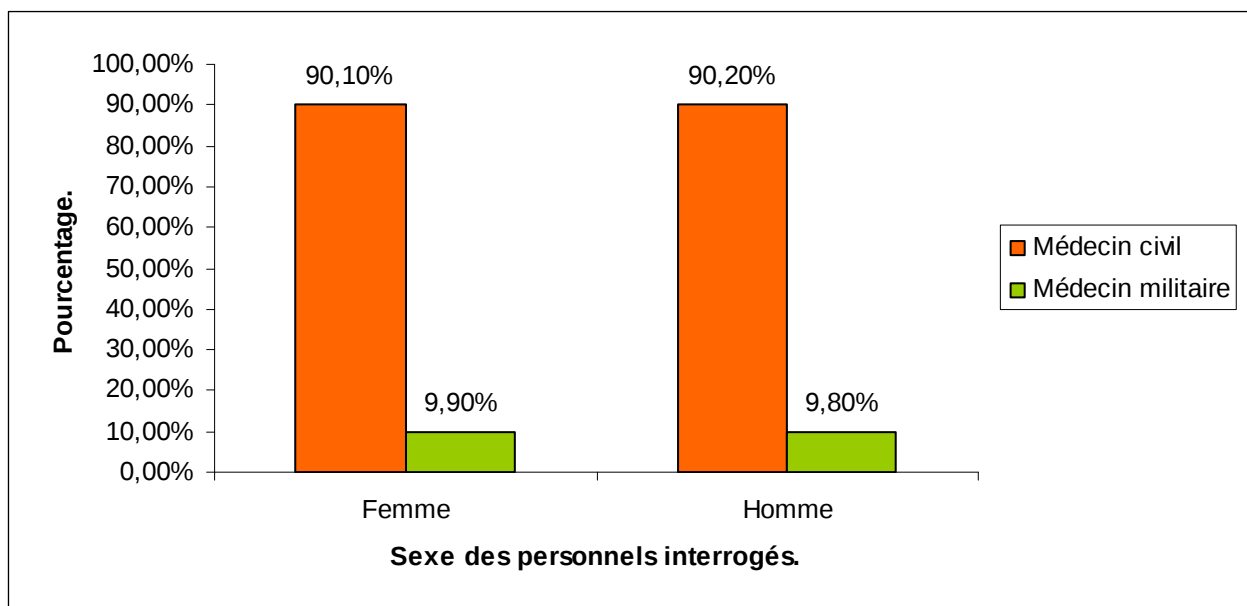


Figure 58: Qualité du médecin de famille en fonction du sexe des personnels interrogés.

Les personnels interrogés ont en quasi-totalité un médecin civil comme médecin traitant pour leur famille. **Il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes.**

Question V-3.

Si votre médecin d'unité fait des consultations pour les familles : quel est votre niveau de satisfaction concernant la prise en charge médicale de votre famille ? Etes-vous :

- très satisfait
- assez satisfait
- mécontent
- ne sait pas

Pourquoi ?

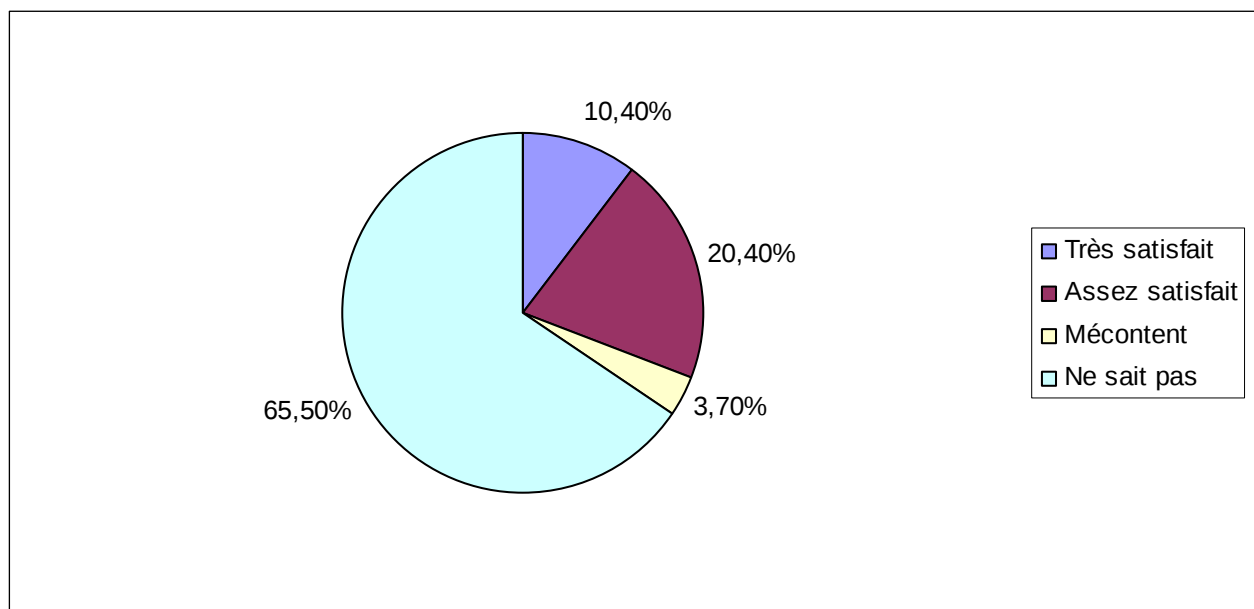


Figure 59: Satisfaction concernant la prise en charge médicale de la famille par le médecin d'unité.

328 personnels ont répondu à cette question : environ les 2/3 des militaires interrogés ne savent pas répondre. Ceux qui ont su répondre sont plutôt satisfaits.

Les militaires interrogés qui sont satisfaits évoquent la « rapidité des rendez-vous », la « patience avec les enfants », la « compétence », la « disponibilité », la « gratuité ».

Certains personnels qui ne savent pas déterminer leur niveau de satisfaction invoquent le manque de disponibilité des médecins d'unité après 19 heures.

Question V-4.

Si vous êtes une femme, souhaiteriez-vous que votre médecin d'unité vous suive sur le plan gynécologique ?

- oui
- non
- ne sait pas
- non concernée

Il y a dans notre échantillon 179 femmes. **La majorité d'entre elles (69,3% soit 124 femmes) ne souhaite pas être suivie sur le plan gynécologique par le médecin d'unité.**

14% d'entre elles seraient désireuses d'un suivi, 7,8% ne savent pas répondre à la question et 8,9% n'y ont pas répondu.

Nous n'avons pas étudié les réponses en tenant compte de l'âge ou du grade car les effectifs de femmes dans notre étude sont trop réduits pour en conclure des tendances.

Question V-5.

Si le service médical d'unité était géographiquement placé hors de votre régiment (ex : service médical de garnison), seriez-vous prêt à y aller consulter (hors VSA et visites obligatoires) :

- oui, tout à fait
- non
- ne sait pas

Pourquoi ?

39% des personnels interrogés ne seraient pas disposés à consulter le médecin d'unité si celui-ci se trouvait « délocalisé ».

28,7% seraient, quant à eux, prêts à se déplacer.

Plus d'un quart des personnels interrogés (26%), ne sait pas répondre à cette question et 68 personnels n'y ont pas répondu.

Les raisons invoquées par les personnels qui ne seraient pas disposés à se déplacer à l'extérieur du régiment pour consulter le médecin d'unité sont : la distance importante (cité 41 fois), le manque de temps (11 citations), le manque de disponibilité du médecin d'unité (cité 7 fois), la confiance plus importante dans le médecin civil (2 citations).

Les personnels disposés à se déplacer pour consulter le médecin militaire, quant à eux, invoquent la connaissance de l'environnement professionnel par le médecin d'unité (cité 7 fois), la poursuite d'un suivi identique (2 citations), la disponibilité (2 fois), la proximité (2 fois), la confiance, la facilité du contact, la connaissance des personnels, la nécessité de consulter pour une urgence.

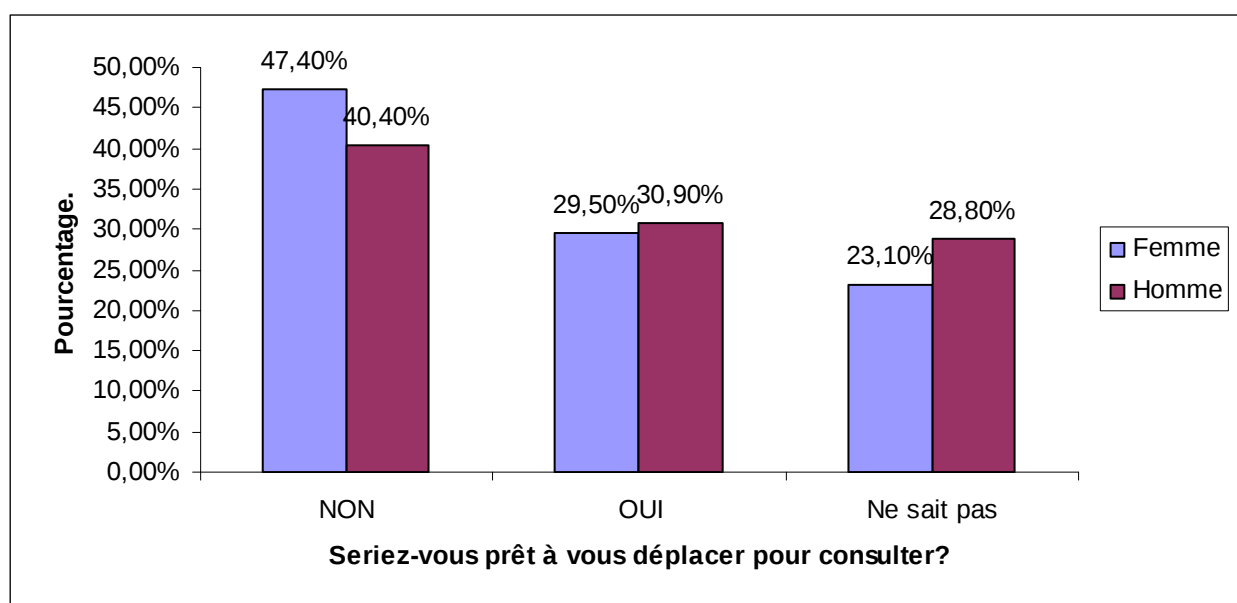


Figure 60: Déplacement des personnels selon le sexe des personnes interrogées.

Les femmes, comme les hommes, ne sont en majorité pas disposés à se déplacer pour consulter le médecin militaire si celui-ci était situé en dehors de leur établissement d'affectation. On ne constate aucune différence significative entre les deux sexes (si l'on ne tient pas compte des réponses « ne sait pas »).

6,3% des personnels interrogés n'ont pas répondu à cette question.

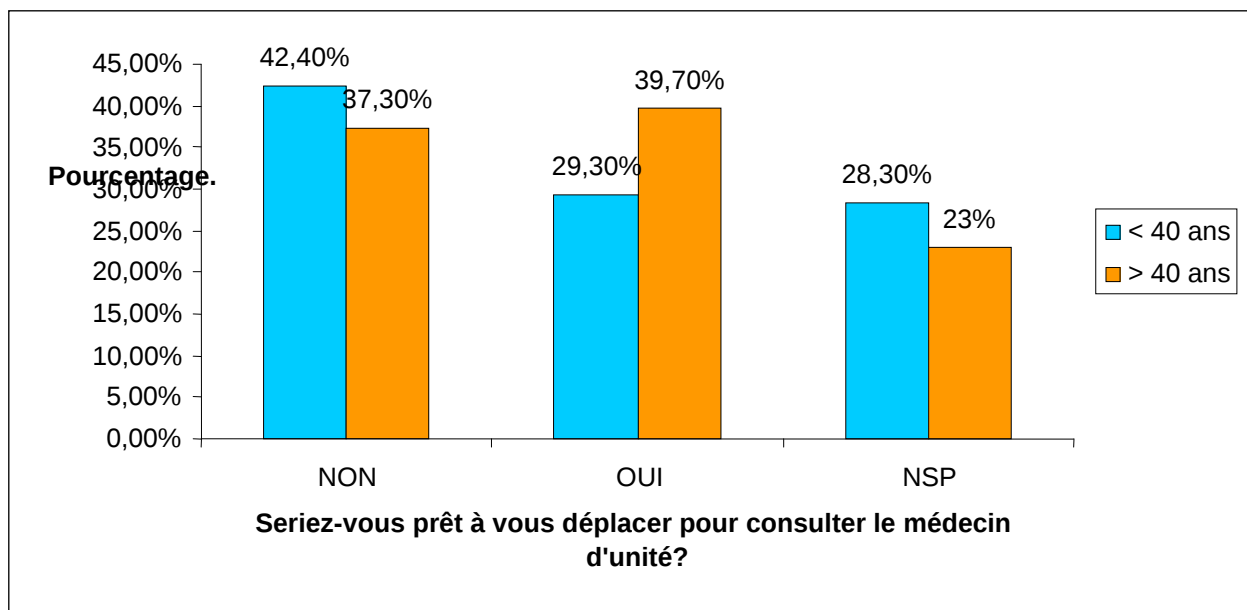


Figure 61: Dispositions à se déplacer en fonction de l'âge des personnels interrogés.

Si l'on regroupe les tranches d'âge, on constate que les moins de 40 ans sont moins prêts à se déplacer pour consulter le médecin militaire en dehors de l'unité, que les plus de 40 ans ($p=0,05$ avec le test de Mantel –Haenszel).

6,3% des personnels interrogés n'ont pas répondu à cette question.

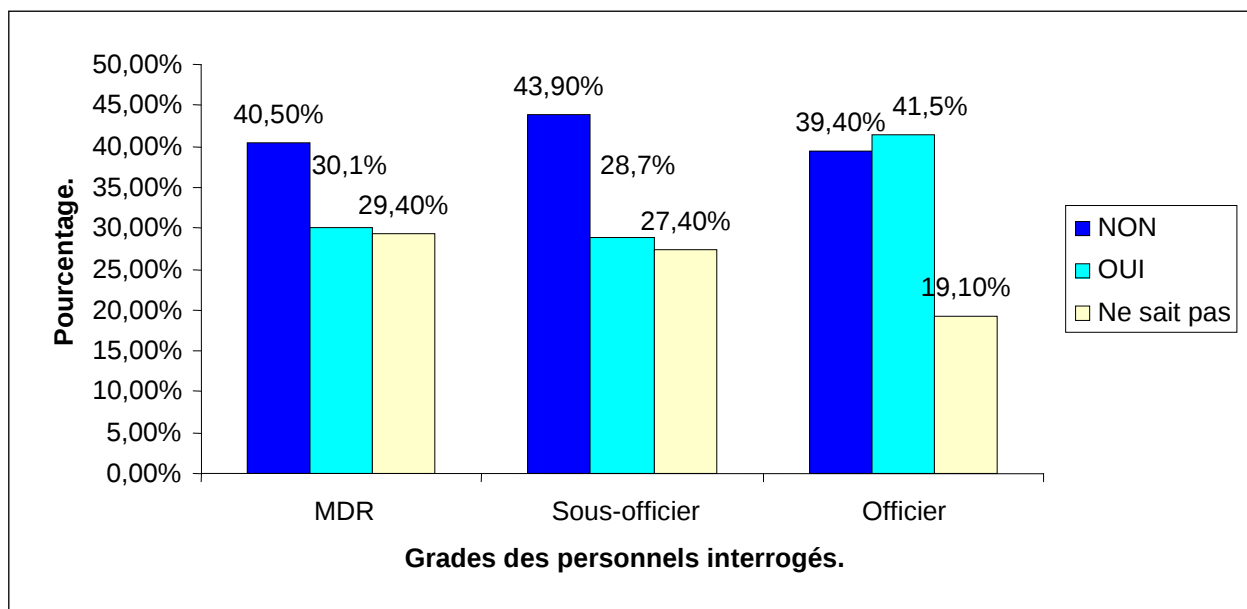


Figure 62: Dispositions à se déplacer en fonction du grade des personnels interrogés.

En termes de pourcentages, on observe une tendance à vouloir se déplacer en consultation pour les officiers, cependant il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les différents grades.

6,3% des personnels interrogés n'avaient pas répondu à cette question.

Question V-6.

A votre avis, existe-il des obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité ?

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, lesquels ? (sanction du commandement, mauvaise image vis-à-vis du commandement, suspicion de la part du médecin de consultation non justifiée, autres...)

Un peu plus de la moitié (51,6% soit 561 individus) des personnels interrogés estime qu'il n'existe pas d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité.

22% des militaires de notre échantillon, quant à eux, pensent qu'il existe des obstacles.

21,5% ne savent pas répondre à cette question et 4,9% n'y ont pas répondu.

Les obstacles cités par les personnels interrogés sont la **mauvaise image vis-à-vis du commandement** (cité 35 fois), la **barrière induite par le grade** (cité 24 fois), la **suspicion de la part du médecin de consultation non justifiée** (cité 23 fois), la peur d'une sanction du commandement (13 citations), le manque de confidentialité (10 citations), le manque de disponibilité du médecin (9 citations) , la crainte de l'inaptitude (7 citations), le changement fréquent de médecin (cité 4 fois), le manque de confiance (3), le manque d'écoute (2), le manque de compétences de certains médecins (3), la mauvaise image des médecins militaires (3), le manque de connaissance des personnels vis-à-vis des connaissances, des compétences et du service que l'on peut attendre de la part du médecin, le « décalage » entre l'appréciation du problème de santé d'un soldat faite par le commandement et le médecin d'unité.

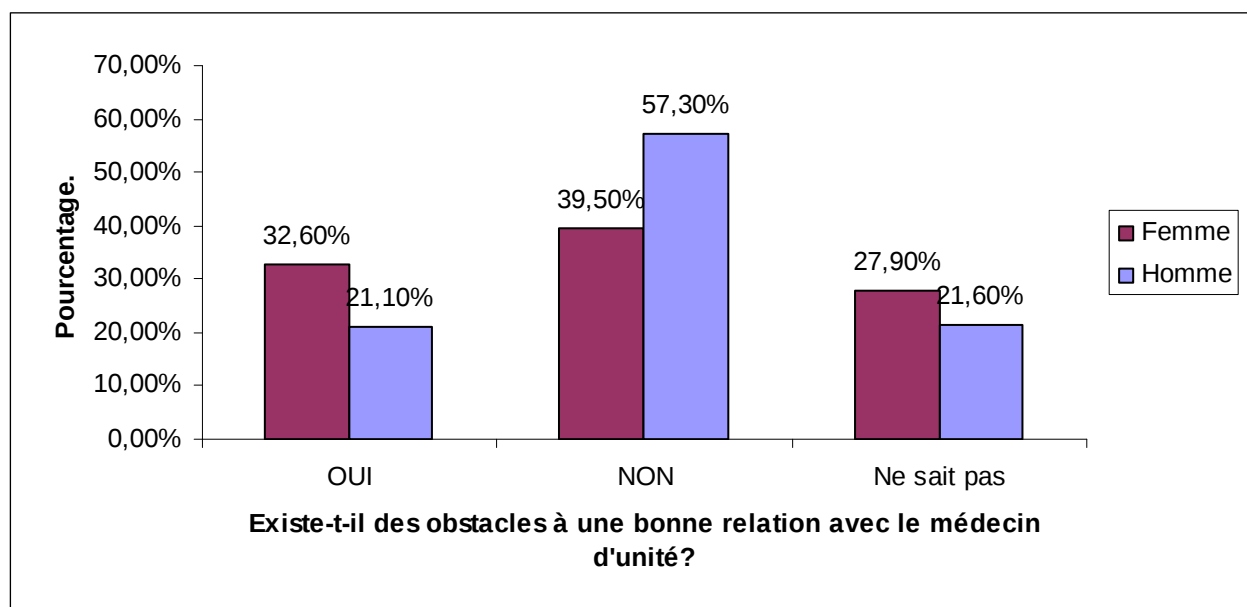


Figure 63: Sentiment d'existence d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité, en fonction du sexe des personnels interrogés.

Pour les femmes, il existe, plus que pour les hommes, des obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité. ($p=0,003$)

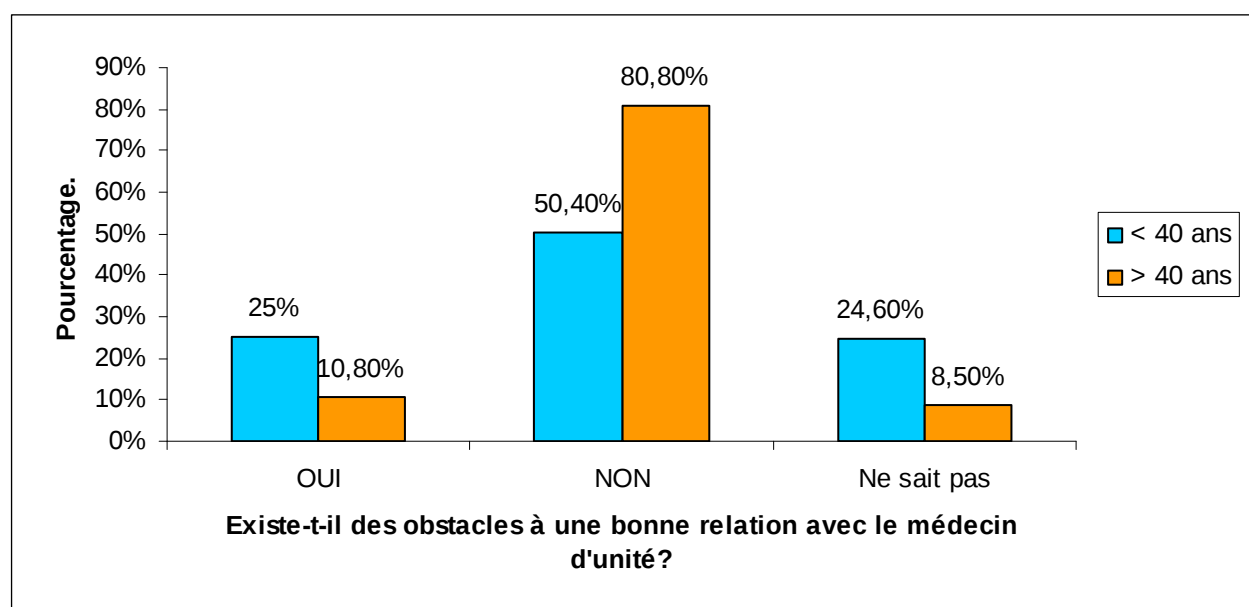


Figure 64: Sentiment d'existence d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité, en fonction de l'âge.

4,9% des personnels interrogés n'ont pas répondu à cette question. **Les militaires interrogés de plus de 40 ans pensent, plus que les plus jeunes, qu'il n'y a pas d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité ($p=0,0000006$).**

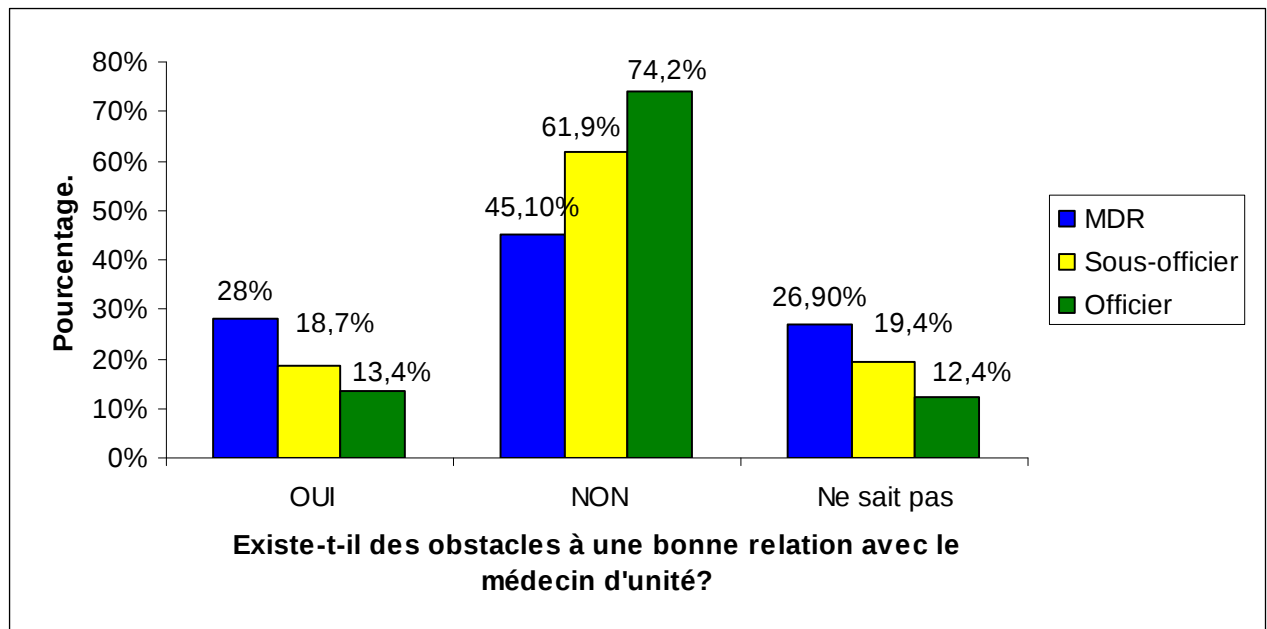


Figure 65: Sentiment de l'existence d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité, en fonction du grade.

4,9% des personnes interrogées n'ont pas répondu à cette question.

La majorité considère qu'il n'y pas d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité et on constate que **les militaires du rang voient plus d'obstacles que les sous-officiers ($p=0,0001$) et que les officiers ($p=0,00008$)** (en ne tenant pas compte des réponses « ne sait pas »).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sous-officiers et les officiers, cependant on constate également une tendance plus forte chez les officiers à ne pas voir d'obstacles dans la relation entre le médecin militaire et son patient.

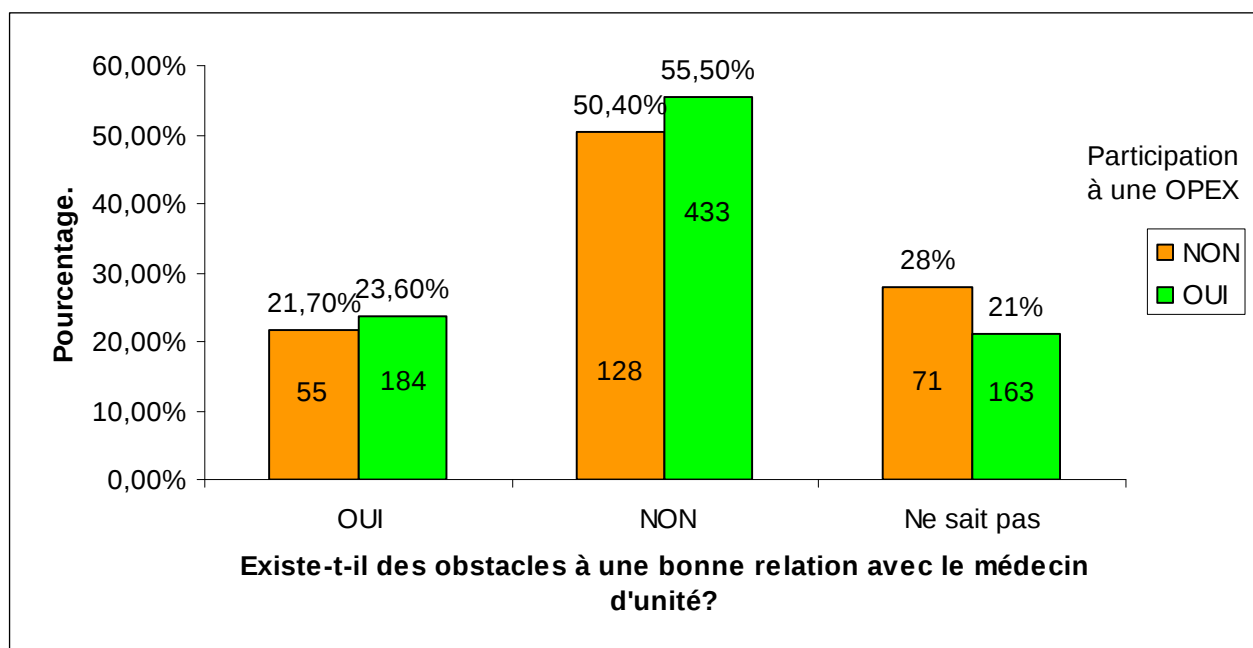


Figure 66: Sentiment de l'existence d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité, en fonction de la participation aux OPEX des personnels interrogés.

4,9% des personnels interrogés n'ont pas répondu à cette question.

Il n'est pas possible de conclure à une différence entre les personnels ayant ou non participé à des opérations extérieures sur cette question relative à la perception d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité. En effet, les personnels ayant déjà participé à une OPEX, pensent plus que les autres, à la fois qu'il existe des obstacles et qu'il n'en existe pas.

En revanche, on constate que ceux qui n'ont jamais participé à une OPEX ont plus de difficultés à répondre à la question puisqu'ils sont 30% à ne pas savoir contre 21% des militaires ayant déjà été en opérations extérieures.

Question V-7.

Connaissez-vous le parcours universitaire du médecin d'unité ?

- oui
- non
- ne sait pas

Plus des 2/3 des militaires interrogés (68,2%) avouent ne pas connaître le parcours universitaire du médecin d'unité.

Seulement 15,5% d'entre eux le connaissent.

142 personnes soit 13% ne savent pas s'ils connaissent ou non le parcours universitaire du praticien militaire et 3,3% des personnels interrogés n'ont pas répondu à la question.

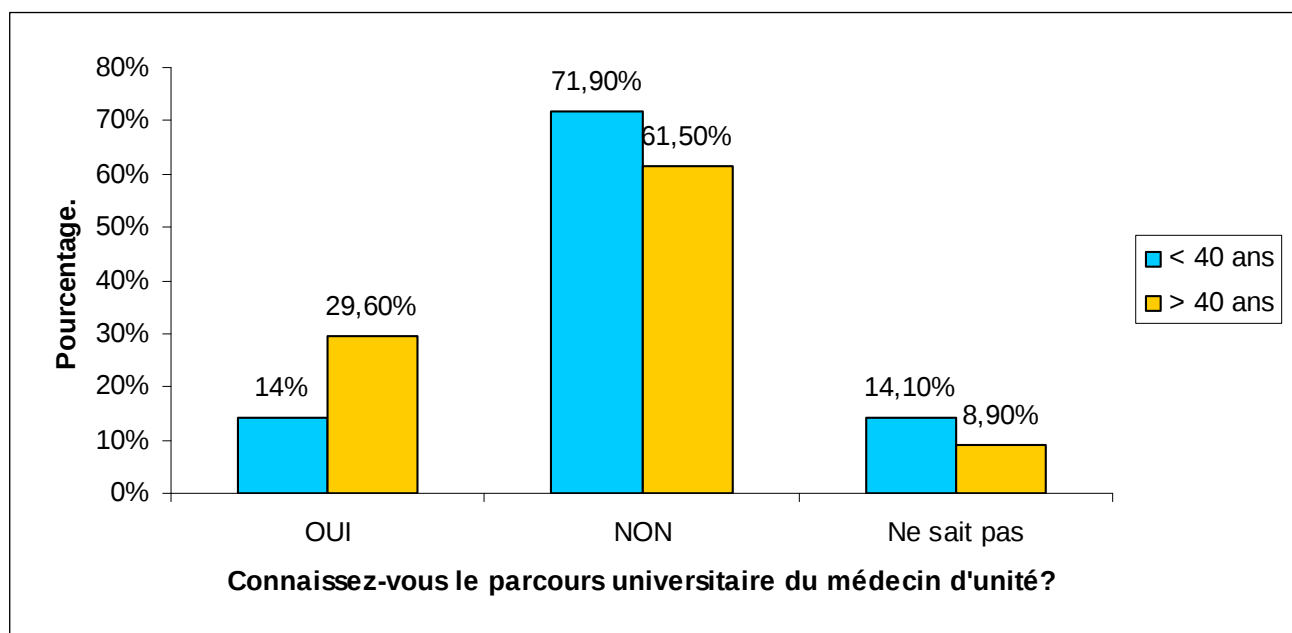


Figure 67: Connaissance du parcours universitaire du médecin militaire, en fonction de l'âge des personnels interrogés.

3,3% des militaires interrogés n'ont pas répondu à cette question.

Les personnels de plus de 40 ans ont l'impression de connaître le parcours universitaire du médecin militaire, plus que les moins de 40 ans ($p= 0,00003$) (en ne tenant pas compte des réponses « ne sait pas »).

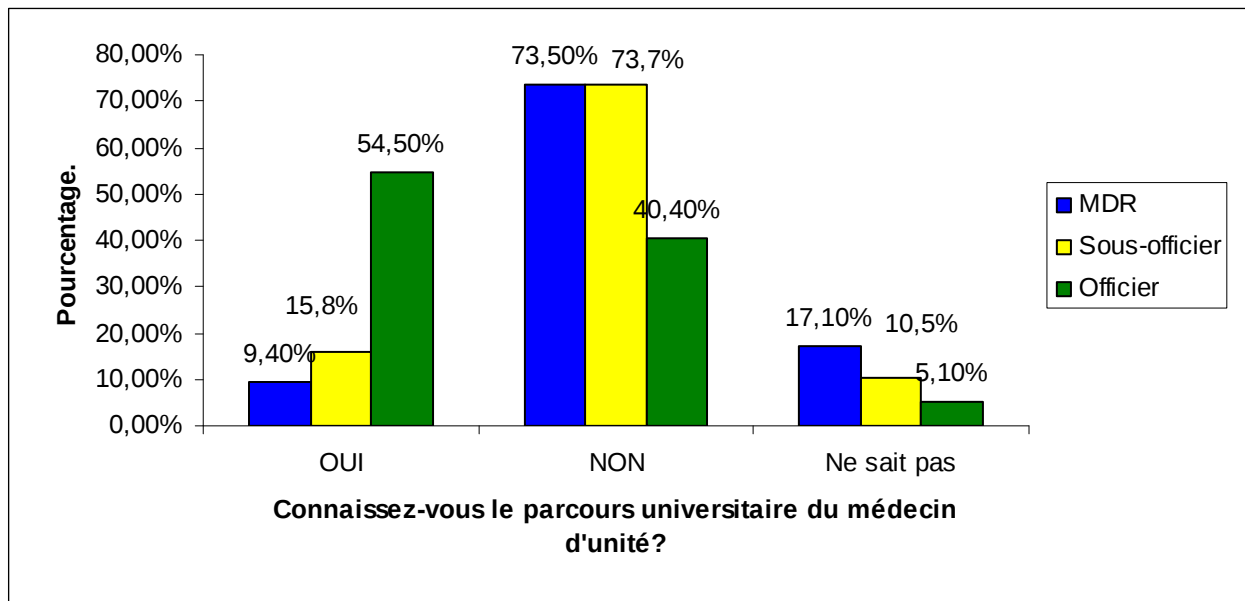


Figure 68: Connaissance du parcours universitaire du médecin militaire, en fonction du grade des personnels interrogés.

La majorité des militaires du rang et des sous-officiers ne pense pas connaître le parcours universitaire du médecin d'unité, alors que les officiers sont plus de la moitié à le connaître.

On constate que plus le grade augmente, plus les militaires interrogés ont le sentiment de connaître le parcours universitaire du médecin militaire ; ($p=0,01$ pour la comparaison MDR/sous-officier ; $p=0,000000$ pour MDR/officier et $p=0,000000$ pour la comparaison sous-officier/officier)

Question V-8.

Les médecins militaires ont-ils un doctorat d'Etat (diplôme des médecins civils) ?

- oui
- non
- ne sait pas

Un peu plus de la moitié (51,8%) des personnels interrogés ne sait pas si les médecins militaires ont un doctorat d'Etat, 42,1% estiment cependant que le médecin d'unité possède le même diplôme que les praticiens civils.

Seulement 2,3% des militaires interrogés pensent que le médecin d'unité n'est pas titulaire d'un doctorat d'Etat.

Enfin, 41 militaires soit 3,8% des effectifs n'ont pas répondu à cette question.

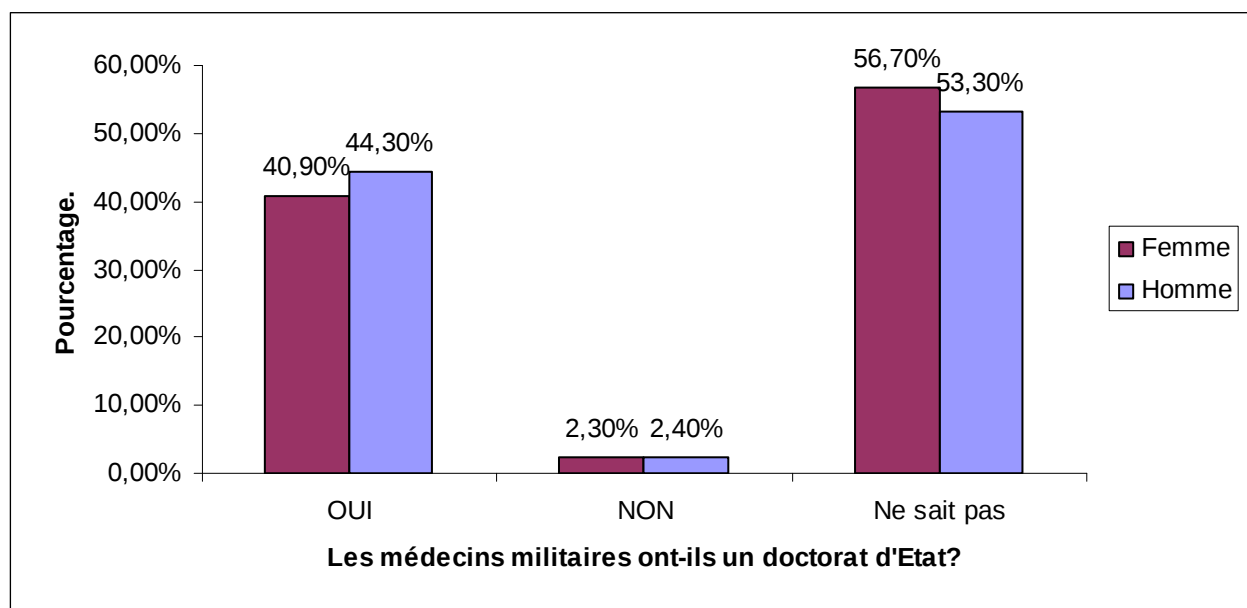


Figure 69: Connaissance du diplôme du médecin militaire, selon le sexe des personnels interrogés.

La majorité des personnels interrogés ne sait pas répondre à cette question. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les sexes.

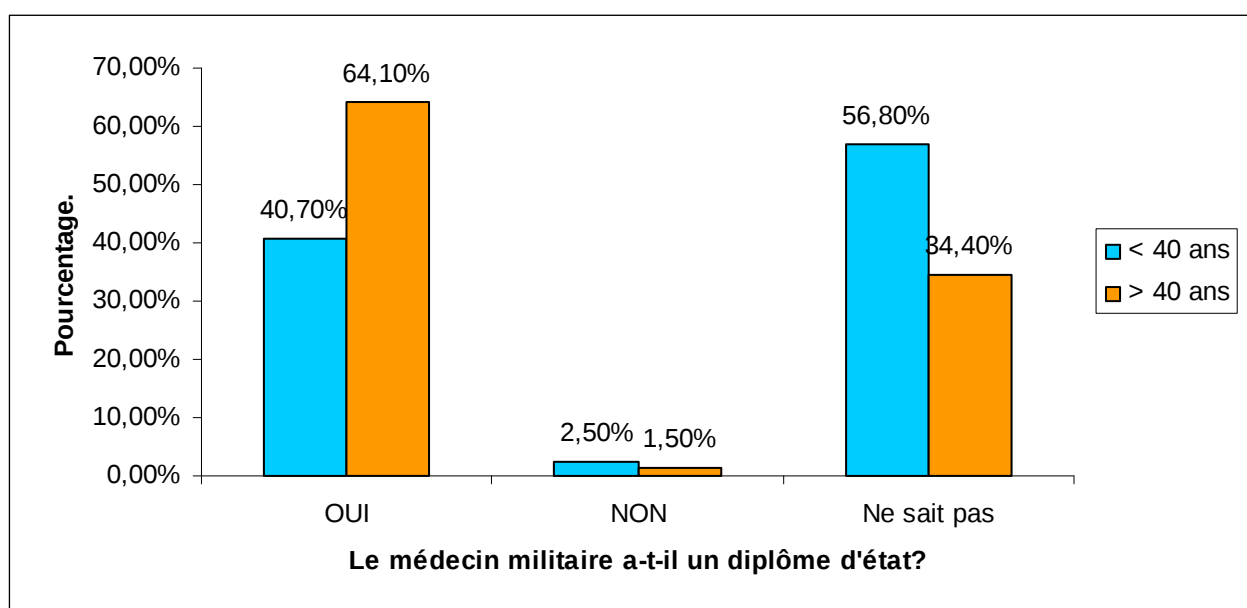


Figure 70: Connaissance du diplôme du médecin militaire, en fonction de l'âge des personnels interrogés.

Les plus de 40 ans ont tendance à penser, plus que les moins de 40 ans, que le médecin militaire possède un diplôme d'état identique à celui des médecins civils, cependant il n'existe pas de différence statistiquement significative.

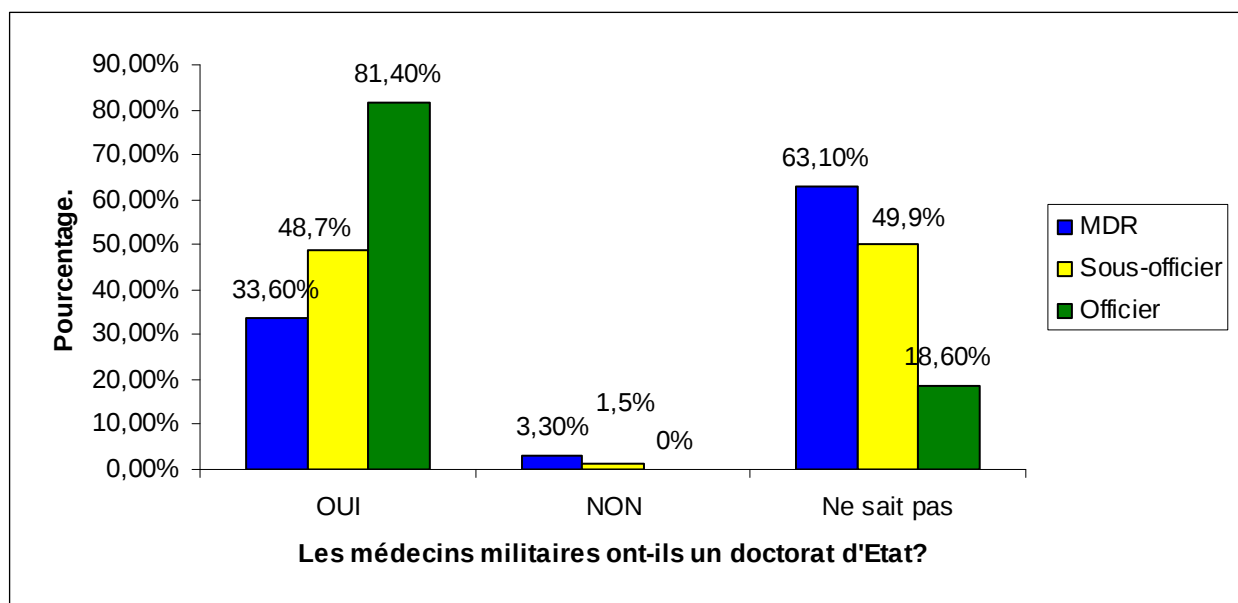


Figure 71: Connaissance du diplôme du médecin militaire, en fonction du grade des personnels interrogés.

Les officiers connaissent mieux le diplôme du médecin militaire que les militaires du rang ($p=0,01$) et que les sous-officiers. Les sous-officiers connaissent mieux que les militaires du rang le diplôme des médecins militaires ($p=0,02$). **Plus le grade augmente, et mieux les personnels interrogés connaissent le diplôme de leur médecin d'unité.**

Question V-9.

En OPEX, vous sentez-vous en sécurité sur le plan médical ?

- oui
- non
- ne sait pas

Pour cette question, n'ont été inclus que les personnels ayant déjà participé à au moins une opération extérieure, c'est-à-dire 819 personnels au total.

Presque les 2/3 des personnels interrogés (65,8%) se sentent en sécurité sur le plan médical en OPEX.

Cependant, on constate que, quasiment dans les mêmes proportions, coexistent des personnels qui ne sentent pas en sécurité (15,1%) et des militaires qui ne savent pas déterminer s'ils se sentent ou non en sécurité (15,4%).

3,7% des militaires concernés n'ont pas répondu à cette question.

Les personnels qui se sentent en sécurité sur le plan médical en OPEX invoquent les raisons suivantes : les moyens importants de soutien sanitaire (22 citations), compétence (21 citations), connaissance des risques médicaux du lieu de l'OPEX (cité 6 fois), savoir-faire en médecine de guerre (cité 4 fois), grande disponibilité (9), connaissance des maladies tropicales (cité 2 fois), réactivité (5), évacuation rapide en métropole si nécessaire (2 citations), bon suivi (cité 4 fois), vaccinations et actions de prévention avant le départ, faiblesse des ressources médicales locales (cité 4 fois).

Les personnels qui ne se sentent pas en sécurité mettent en avant, le manque de moyens dont dispose le service de santé français, notamment en comparaison d'autres armées étrangères (cité 12 fois), le manque de présence auprès des hommes (2 citations), le manque de disponibilité (cité 2 fois), le manque de compétence (3 citations), le manque de confiance, le manque d'hygiène (cité 3 fois), la manque de médecins, les temps trop longs d'intervention.

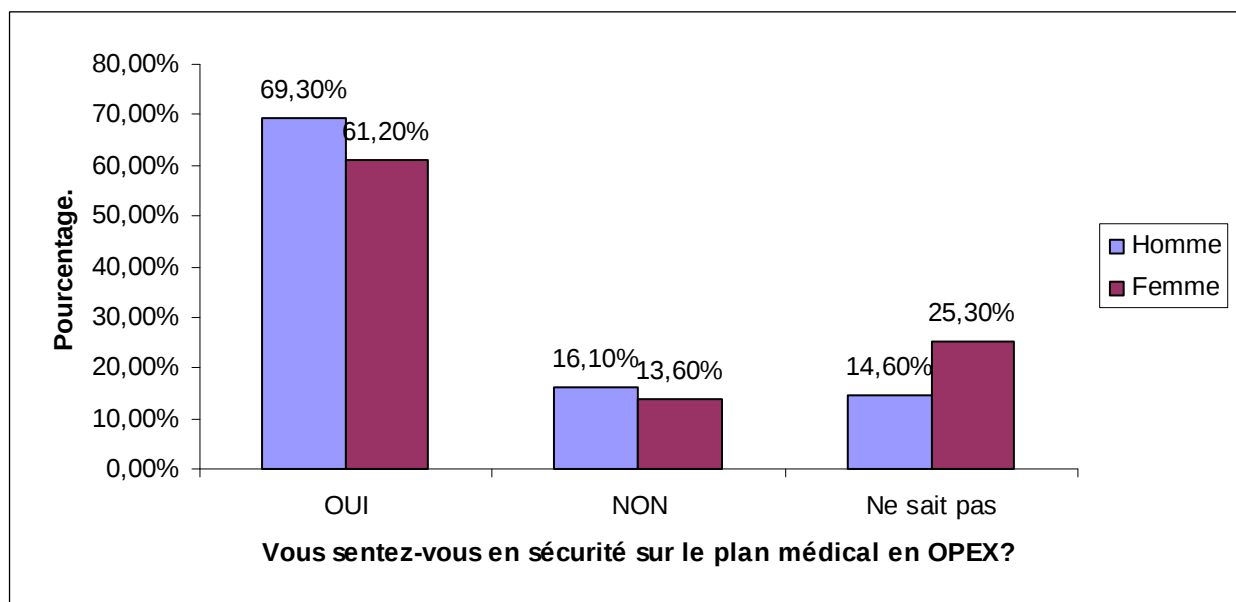


Figure 72: Sentiment de sécurité sur le plan médical en OPEX, selon le sexe des personnels interrogés.

Si l'on ne considère que les réponses « oui » et « non », il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ; cependant, si l'on considère toutes les réponses, on constate que **les femmes ont plus de difficultés que les hommes à définir si elles se sentent ou non en sécurité en opérations extérieures.**

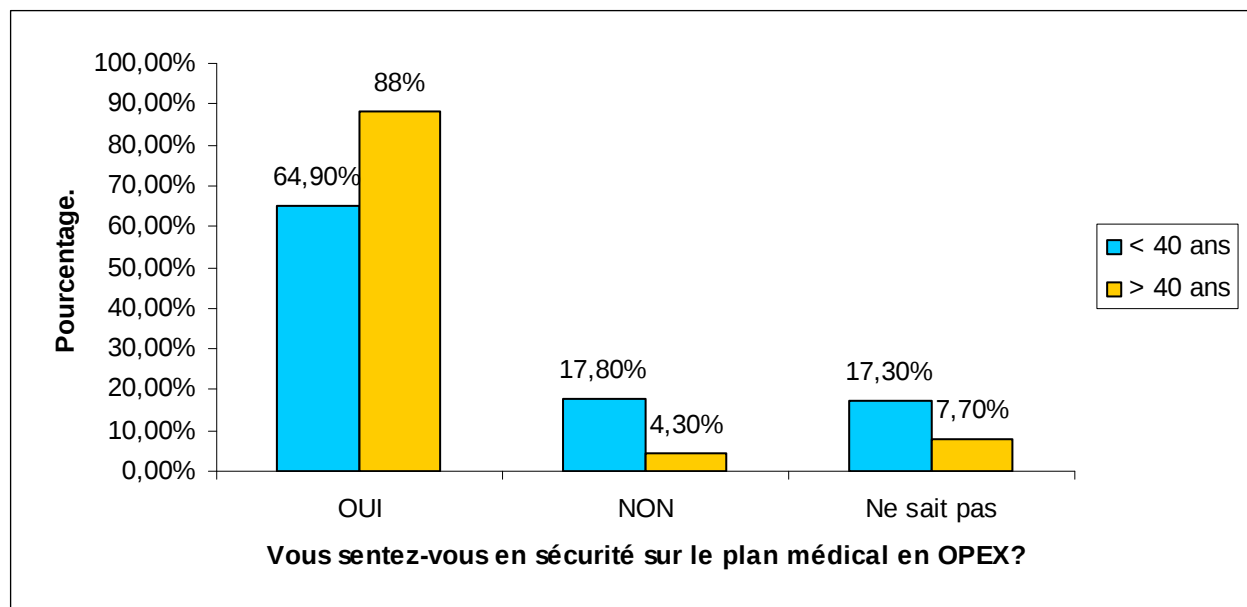


Figure 73: Sentiment de sécurité sur le plan médical en OPEX, selon l'âge des personnels interrogés.

Les plus de 40 ans se sentent plus en sécurité sur le plan médical en OPEX que les moins de 40 ans ($p=0,0009$).

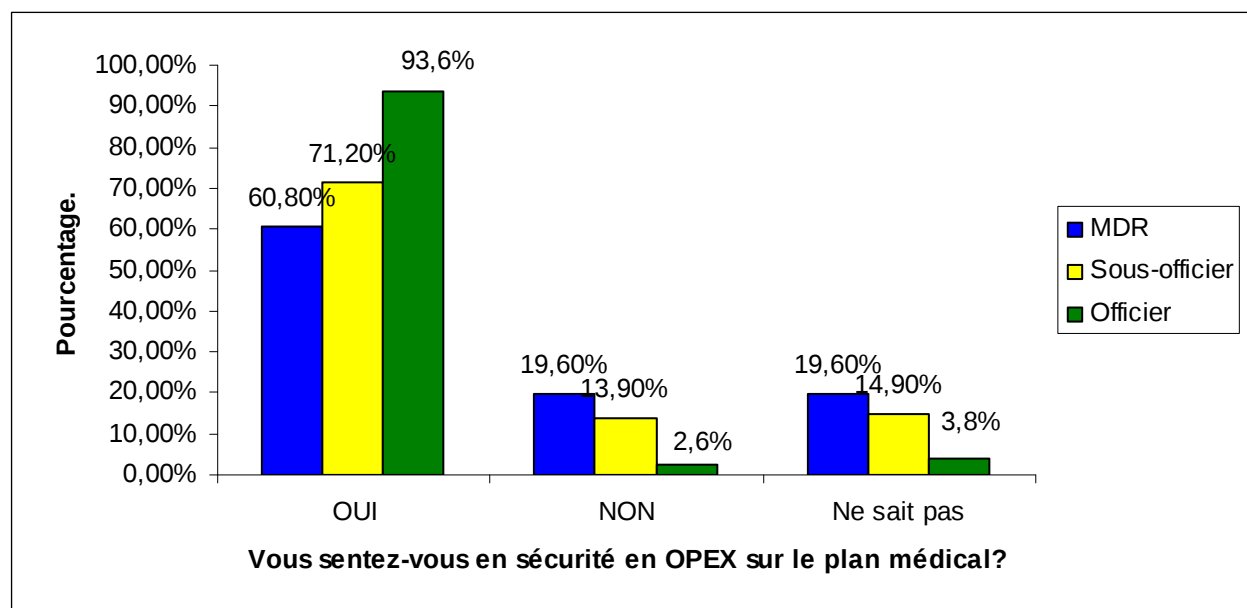


Figure 74: Sentiment de sécurité sur le plan médical en OPEX, selon le grade des personnels interrogés.

Les personnels interrogés se sentent majoritairement en sécurité sur le plan médical en OPEX, cependant il existe des différences statistiquement significatives : les officiers se sentent plus en sécurité que les militaires du rang ($p=0,00005$) et que les sous-officiers ($p=0,003$), les sous-officiers se sentent plus en sécurité que les militaires du rang ($p=0,02$). **Donc, plus le grade augmente, plus le sentiment de sécurité sur le plan médical en opérations extérieures croît.**

Cette affirmation devant toutefois être pondérée par le biais possible induit par l'âge des personnels répondants, puisque comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, l'âge et le grade sont souvent corrélés, et les plus âgés se sentent plus en sécurité en OPEX que les moins âgés des personnels ayant participé à l'enquête.

G) Commentaires libres.

Question VI.

Les réponses des personnels interrogés ont été retranscrites en les classant par thèmes. Assez peu de militaires ont complété cette partie.

Le secret médical.

- le secret médical n'est pas violé par les médecins, mais par certains autres personnels qui ont accès aux dossiers.
- le secret médical doit absolument être respecté (à tous les niveaux, par exemple les commandants d'unité qui demandent à voir les consultants pour connaître la raison de la consultation ou qui demandent le compte-rendu à l'issue de la consultation)
- un médecin quel qu'il soit reste un médecin, le secret médical reste toujours valable et déroger à cette règle reste répréhensible
- manque de secret médical (2)
- le secret médical n'est pas respecté pendant les classes puisque les cadres nous obligent à dire pourquoi nous voulons aller consulter, et dans le pire des cas, s'empressent de le raconter à tout l'encadrement surtout si c'est gênant

- je pense que le médecin a un devoir de secret médical et qu'il doit être indépendant du commandement (ce qui n'est pas le cas parfois)
- j'aimerais être la seule à pouvoir dire à mes supérieurs de quelle pathologie je souffre. Même mon médecin principal ne devrait pas en avoir le droit.
- mon médecin généraliste me connaît depuis mon enfance ; alors que le médecin militaire me voit juste une fois dans l'année pour ma VSA. Je me confierais plus à mon médecin généraliste. Pour moi, dans une armée, il n'y a pas de secret médical.

La disponibilité.

- le manque de disponibilité est le problème, ce qui engendre en partie un temps pour les consultations trop long
- manque de personnel en unité, en fonction des efforts opérationnels demandés. Je pense que les hôpitaux militaires devraient être mieux mis à disposition, les délais de prise de RDV étant relativement longs, si bien que l'on est obligé de consulter dans le civil
- il arrive de perdre une matinée de travail pour une consultation (manque de personnel)
- temps d'attente toujours trop important (2) ; on devrait revoir le système des consultations libres du matin
- délai trop long pour les VSA, manque de disponibilité (manque de médecins), trop d'aller retours entre médecin civil et militaire
- manque de médecins (2)
- il faudrait accroître la disponibilité des médecins d'unité
- pratique, car sur le camp, RDV rapide

Les obstacles à la consultation.

- l'exemption étant mal perçue par le commandement, quelle soit de courte ou longue durée, nous venons en dernier recours à l'infirmerie. Voire il nous arrive d'ignorer nos blessures pour éviter d'être mal vu par nos supérieurs. En revanche, le médecin militaire fait preuve de beaucoup de compréhension et il me semble que le secret médical existe avec lui
- le commandement doit nous laisser consulter si on est malade et pas nous juger
- plus d'écoute pour leur personnel au sein du cabinet médical, plus d'égalité entre un consultant d'escadron et un personnel du cabinet médical, savoir utiliser les gens dans leurs différentes spécialités

- cela ne changera jamais rien : les médecins sont des officiers et les loups ne se mangent pas entre eux
- grande disparité d'un médecin d'unité à un autre, tout dépend de l'implication qu'il met dans sa profession et de l'intérêt qu'il porte aux nouveautés et aux nouvelles techniques
- j'attends que mon médecin d'unité soit au moins aussi compétent que mon médecin civil. Malheureusement, de fortes disparités de niveau n'incitent pas à la confiance. J'ai croisé d'excellents médecins militaires, mais pour d'autres la médecine militaire est à la médecine ce que la musique militaire est à la musique.
- meilleure écoute de la part du médecin d'unité
- ce questionnaire est le bienvenu s'il est pris en considération et que des améliorations peuvent être apportées grâce à lui. La disponibilité n'est pas bonne, l'écoute n'est pas là, quant aux soins, n'attendre que le minimum et encore. Seul le secret médical, je l'espère, tient la route. On attend plus d'un médecin qui connaît au mieux notre métier et nos conditions de travail et qui devrait mieux nous connaître individuellement.
- manque de liberté au niveau des moyens mis en œuvre pour soigner les personnels

Le manque de connaissance du cursus et des compétences du médecin militaire.

- il faudrait afficher les diplômes d'état des médecins d'unité, ça éviterait de douter de leurs avis médicaux
- personnellement, je ne connais pas le cursus des médecins militaires, ni leurs compétences. Je ne connais pas non plus les services que l'on peut attendre de la part de médecin militaire. Le médecin militaire m'a toujours été présenté comme un médecin peu fiable, au diagnostic aléatoire et représentant un risque potentiel de non-aptitude. Merci pour ce questionnaire, la prochaine fois que je croiserai un médecin militaire, je lui poserai plein de questions.
- il n'existe pas de communication sur ce que peut apporter le médecin d'unité, par exemple je ne sais pas si ma famille peut venir en consultation

Les bons points.

- satisfait entièrement du SSA
- j'ai un emploi au SMU : ils sont disponibles, à l'écoute, je leur fais confiance
- bonne écoute, bons conseils

- rôle du médecin d'unité et aussi au-delà du rôle médical, un conseiller et une aide au commandement, rôle qui est assuré et appréciable, sans que le secret médical soit rompu. Les relations avec les commandants d'unité sont primordiales et fort utiles.
- les médecins d'unité sont nécessaires (surtout pour les gens comme moi qui ont un médecin généraliste loin de la garnison) autant sur le plan médical que social. Etant dans une spécialité plutôt à risque, le service médical est toujours présent pour les urgences mais aussi dans le suivi médical. Le service est aussi nécessaire que nos médecins traitants.
- le service médical des armées a bien évolué tant dans l'accueil, la formation des infirmiers, le matériel médical. A mon avis, il rend les services qu'on attend de lui.
- le médecin militaire connaît mieux l'environnement dans lequel nous travaillons et connaît aussi les activités exercées
- ce questionnaire est une excellente chose dans le sens où l'avis de « l'utilisateur » est demandé. J'ai toujours pu bénéficier en 15 ans de carrière, de soins de qualité et de conseils avisés de la part des différents médecins militaires que j'ai pu consulter.

Le médecin militaire face à la difficulté des « faux malades ».

- la consultation est parfois l'excuse imparable pour éviter activités physiques, avec une certaine complaisance des médecins qui ne donnent pas le sentiment d'être prêts à prendre des risques
- savoir reconnaître, diagnostiquer et soigner les vrais malades
- je pense qu'il devrait exister une permanence H24 7 jours/7 dans les SMG pour que les militaires ne consultent pas dans le civil. Cela permettrait de mieux contrôler les « malades imaginaires » du week-end ou des veilles de départ. Il faudrait créer une meilleure relation entre le corps médical militaire et le commandement pour essayer de juguler au mieux les exemptions de mauvaise foi.
- la chasse aux arrêts de travail abusifs ne doit pas constituer une raison pour minimiser les problèmes de santé de certains ; Etre militaire et malade ne font pas bon ménage ? C'est parfois mon impression. Chaque cas est différent et mérite que l'on s'y attarde un peu

La relation médecin-malade.

- le médecin d'unité devrait, comme en OPEX, pouvoir partager la vie des UE (unités élémentaires). Il jouerait très certainement un rôle relationnel important et gagnerait en connaissance du « milieu »
- le médecin d'unité doit rester stationné dans l'unité. Sa proximité avec le personnel de l'unité permet d'établir une relation de confiance profitable au médecin comme au patient. La délocalisation des cabinets médicaux dans les bases de défense aura pour effet d'éloigner au sens propre comme au figuré le patient de son médecin.
- comme dans le civil, la relation médecin-patient est une question d'homme. Certains sont plus compétents que d'autres et inspirent plus facilement la confiance. Outre le secret médical, l'avis du médecin est important dans le cadre professionnel.

La relation médecin-commandement.

- le médecin doit pouvoir expliquer son avis technique à la chaîne de commandement sans la paralyser : limites de son avis par ex implications opérationnelles, etc...
- en tant que chef, sentiments que les soldats sont plus écoutés que leurs chefs de section et commandant d'unité

Les propositions.

- il faut assurer la stabilité du médecin en unité et l'accès géographique, malgré la gratuité des consultations
- décalage entre la réalité « terrain » et la vie au quartier non prise en compte
- je pense qu'il devrait y avoir 2 catégories de médecins militaires :
 - 1 pour le domaine « militaire/service » plus particulièrement rattaché au régiment (OPEX, quotidien ...) et qui serait responsable de ce qui touche au côté professionnel (VSA, accident en service, manœuvre...)
 - un autre qui serait plus particulièrement responsable du volet civil/familial (consultations diverses, RDV famille...)
- il devrait y avoir plus de spécialisation (médecine tropicale, sport...)

- je suis d'accord pour une ouverture des médecins sur les familles du moment que cela n'entrave pas le service courant et qu'au final ce soit la disponibilité pour les militaires qui en pâtisse

Critiques sur le questionnaire.

- le questionnaire ne sert à rien
- questionnaire trop long

VI. ANALYSE CRITIQUE DES RESULTATS.

A) Les biais de l'enquête.

Les biais de cette étude sont les suivants:

- certaines unités n'ont pas répondu, d'autres partiellement comme nous l'avons vu précédemment avec un taux de réponse qui est très variable selon les unités,
- certaines unités, tout en ayant un bon taux de participation, ont rendu un faible nombre de questionnaires en comparaison avec le nombre de militaires normalement présents. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y avait des OPEX ou des manœuvres durant le temps de l'enquête, avec un faible nombre de militaires présents sur le site au moment de l'étude,
- peur d'absence d'anonymat, pouvant être un obstacle à des réponses franches. En effet, les questionnaires, une fois complétés, étaient rendus par les militaires au secrétariat du service médical. Le dépôt du questionnaire n'était donc pas forcément anonyme,
- le questionnaire n'a malheureusement pas pu être testé avant sa diffusion. Ceci a entraîné une erreur de compréhension de la question V3 qui s'adressait aux militaires usagers de la médecine d'unité pour leur famille. La constatation du nombre important de personnels ayant répondu « ne sait pas » indique que certains ont répondu sans avoir jamais testé la consultation auprès du médecin d'unité pour leur famille,
- enfin, nous nous sommes posé la question d'un éventuel « tri » effectué dans les questionnaires par les médecins eux-mêmes. Cependant, le nombre de questionnaires reçus incomplets ou fantaisistes incite à penser qu'il n'y a pas eu de sélection.

B) Analyse des résultats.

Dans un premier temps, nous avons voulu savoir si la population de notre échantillon était représentative de celle de la RTNE.

Nous avons pu obtenir les chiffres concernant la région Terre Nord-Est (RTNE) grâce au bureau Ressources Humaines de l'Etat-major de la RTNE. Ces chiffres sont extraits du logiciel « Concerto ».

Le nombre total de militaires dans la RTNE est de 38032 personnels.

Question II.

Vous êtes ? - un homme
- une femme

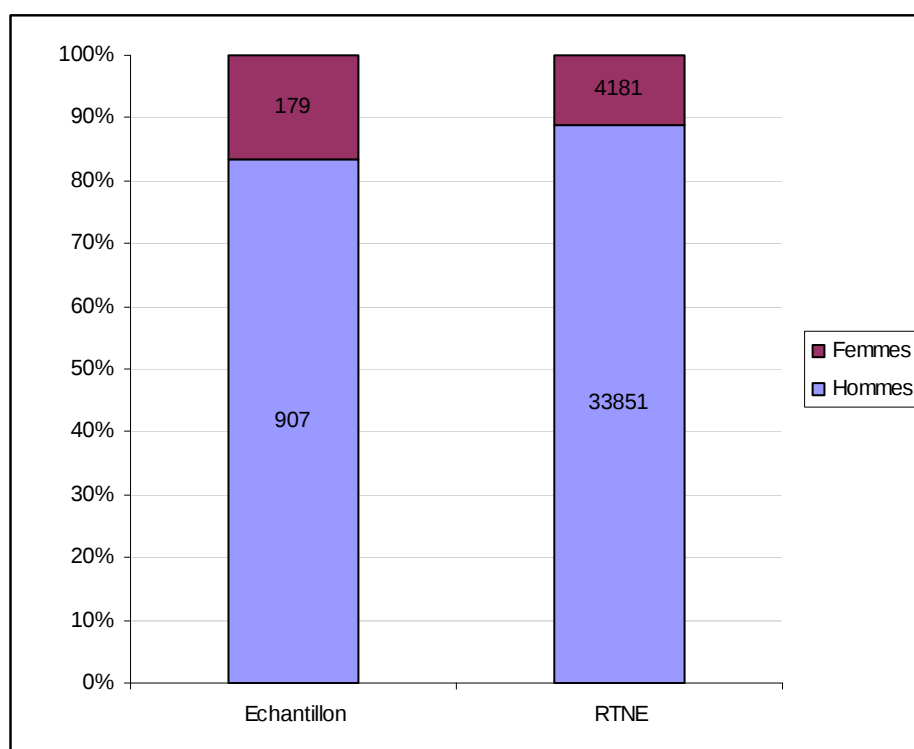


Figure 75: Proportion des deux sexes dans l'échantillon étudié et dans la population de référence.

L'échantillon étudié contient significativement plus de femmes que dans la population de référence (militaires de la RTNE) ($p=0,0000000$).

Il y a dans l'échantillon une proportion de 16,5% de femmes, et 83,4% d'hommes. Le taux de féminisation au 30 septembre 2008 était de 14,62% en général, et dans l'armée de terre de 10,67%, selon les chiffres du Ministère de la Défense (35). Notre population comporte un peu plus de femmes que la moyenne nationale, ceci pouvant s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas

dans la région terre Nord-est de régiments de type troupes de marine ou légion qui sont des établissements réputés plus durs physiquement, et qui n'accueillent que très peu de femmes. De plus dans les régiments n'ayant pas participé à l'étude, se trouvent des régiments d'infanterie ou des forces spéciales, qui sont très peu féminisés.

Question I2.

Votre âge :

- < 25 ans
- entre 25 et 40 ans
- entre 40 et 50 ans
- > 50 ans

La population de notre étude est une population majoritairement jeune (86,9% des personnels ont moins de 40 ans).

L'âge moyen global dans l'armée française est de 33,2 ans (hommes : 33,7 ans et femmes 29,8 ans) (35).

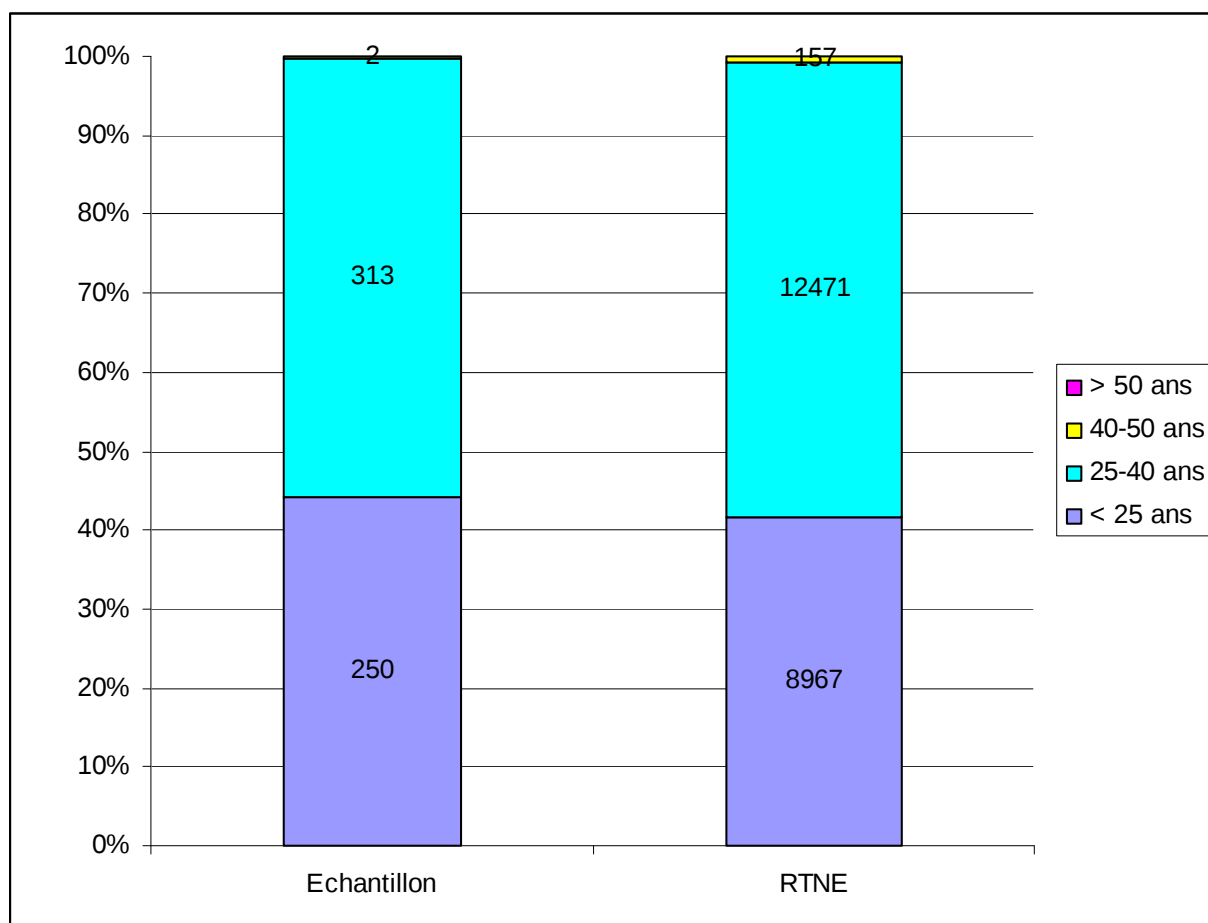


Figure 76: Proportion des tranches d'âge parmi les militaires du rang.

Il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne la répartition des tranches d'âge pour les militaires du rang, entre l'échantillon et la population générale de la RTNE ($p=0,28$).

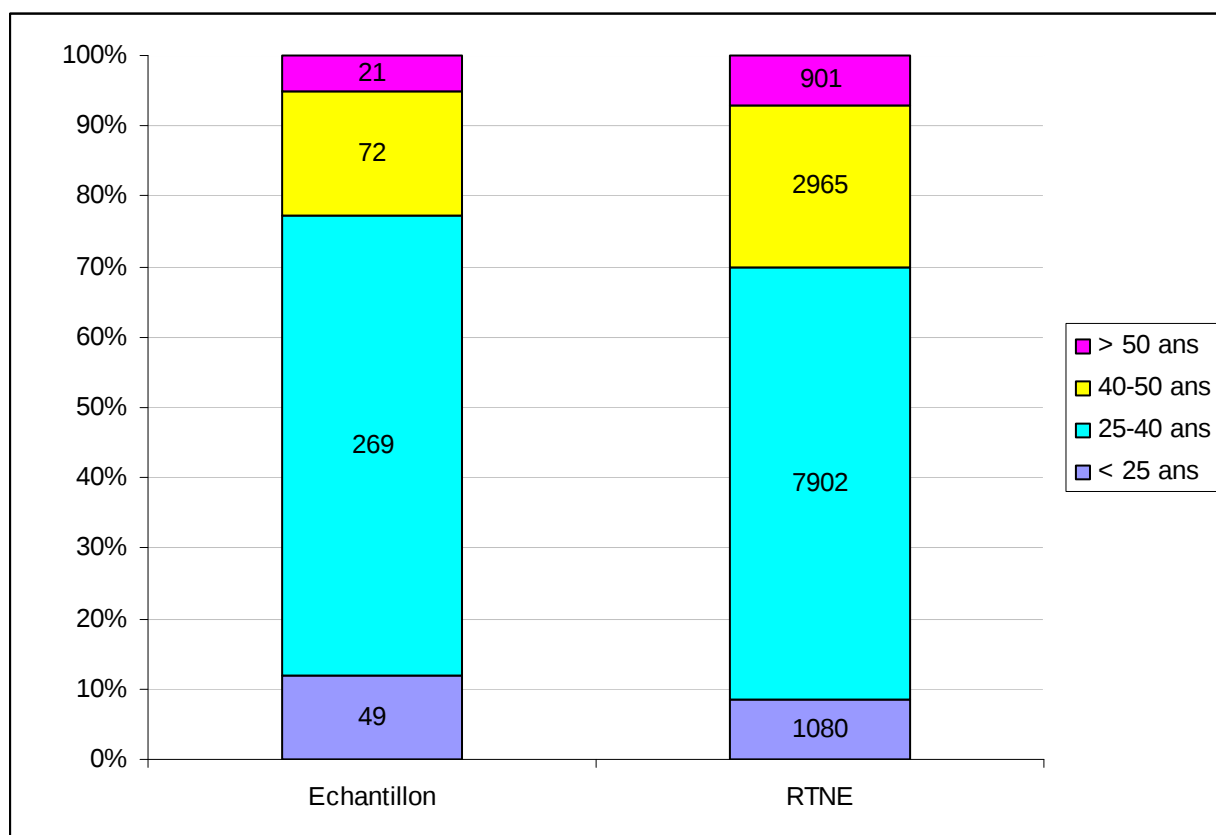


Figure 77: Proportion des tranches d'âge chez les sous-officiers.

L'échantillon interrogé contient significativement, parmi les sous-officiers, plus de personnels de moins de 40 ans que dans la population de la RTNE ($p=0,0026$).

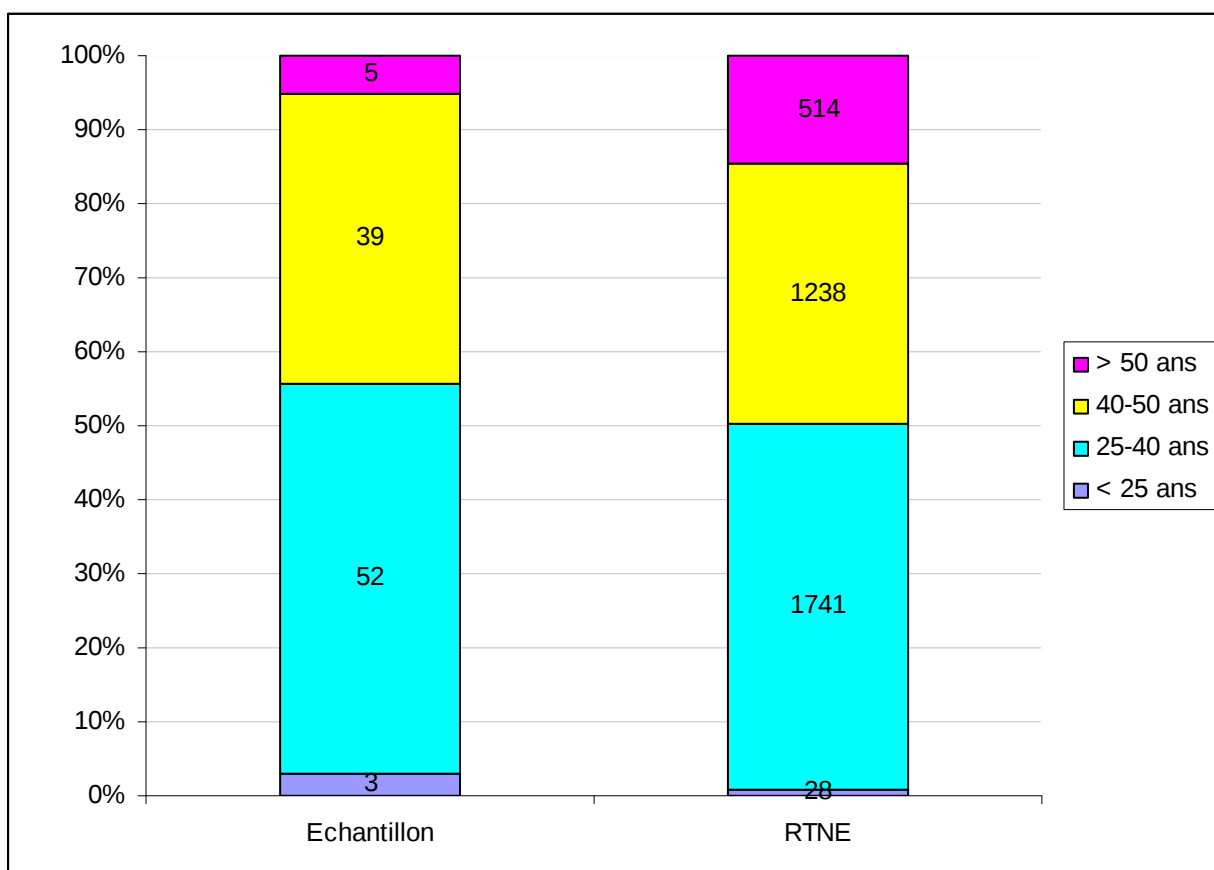


Figure 78: Proportion des tranches d'âge chez les officiers.

L'échantillon étudié contient plus de militaires de moins de 25 ans, plus de militaires entre 25 et 40 et entre 40 et 50 ans, en revanche il contient moins de personnels de plus de 50 ans que dans la population générale de la région Terre Nord-Est ($p=0,0026$).

Question I3.

Quel est votre grade ?

- soldat
- caporal/caporal-chef
- sergent/sergent-chef
- adjudant/adjudant-chef/major
- officier

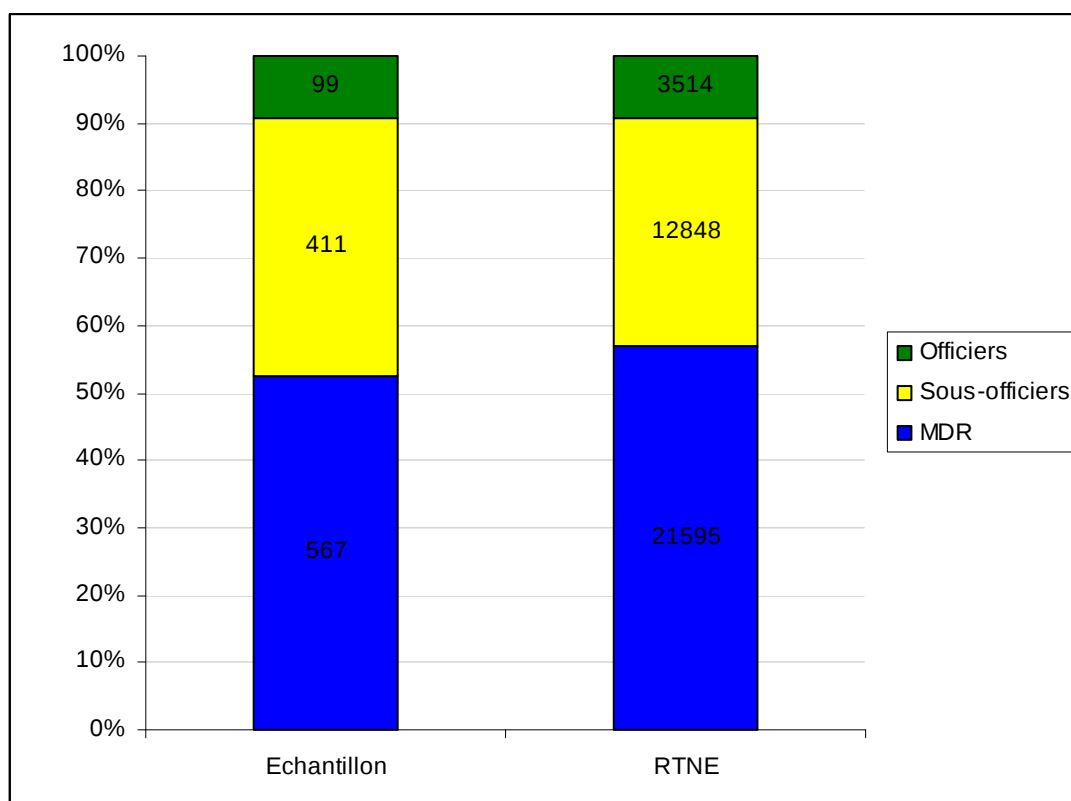


Figure 79: Proportion des grades dans les deux populations.

L'échantillon étudié contient significativement plus de sous-officiers et moins de militaires du rang que dans la population de référence de la région Terre Nord-Est ($p=0,01$).

Notre échantillon comporte 52,2% de militaires du rang, 37,8% de sous-officiers et 9,1% d'officiers. Les effectifs pour l'armée de Terre en 2007, selon le ministère de la Défense (36) étaient de 52,9% pour les militaires du rang, 35,3% de sous-officiers et 11,8% d'officiers. Ces chiffres comprennent bien sûr les grands-états-majors parisiens où le nombre d'officiers est important, ce qui explique la différence entre les chiffres nationaux et les chiffres observés dans notre étude.

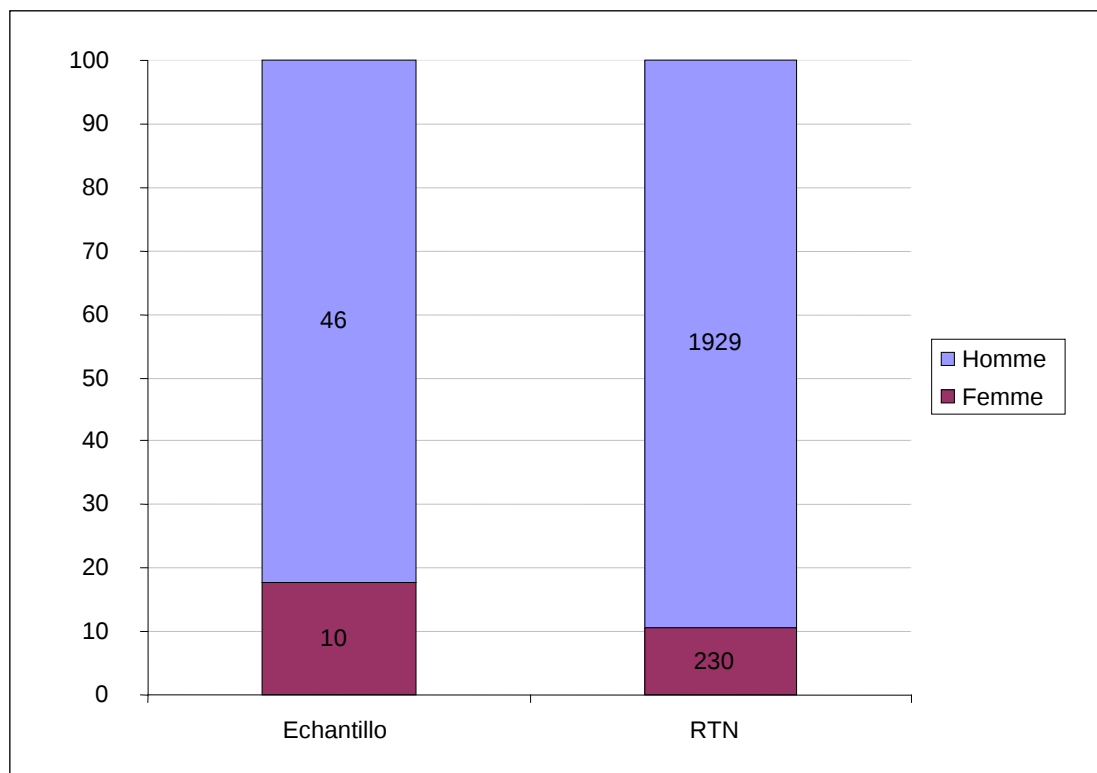


Figure 80: Proportion des sexes chez les militaires du rang.

L'échantillon étudié contient significativement plus de femmes militaires du rang que dans la population de référence ($p=0,0000002$).

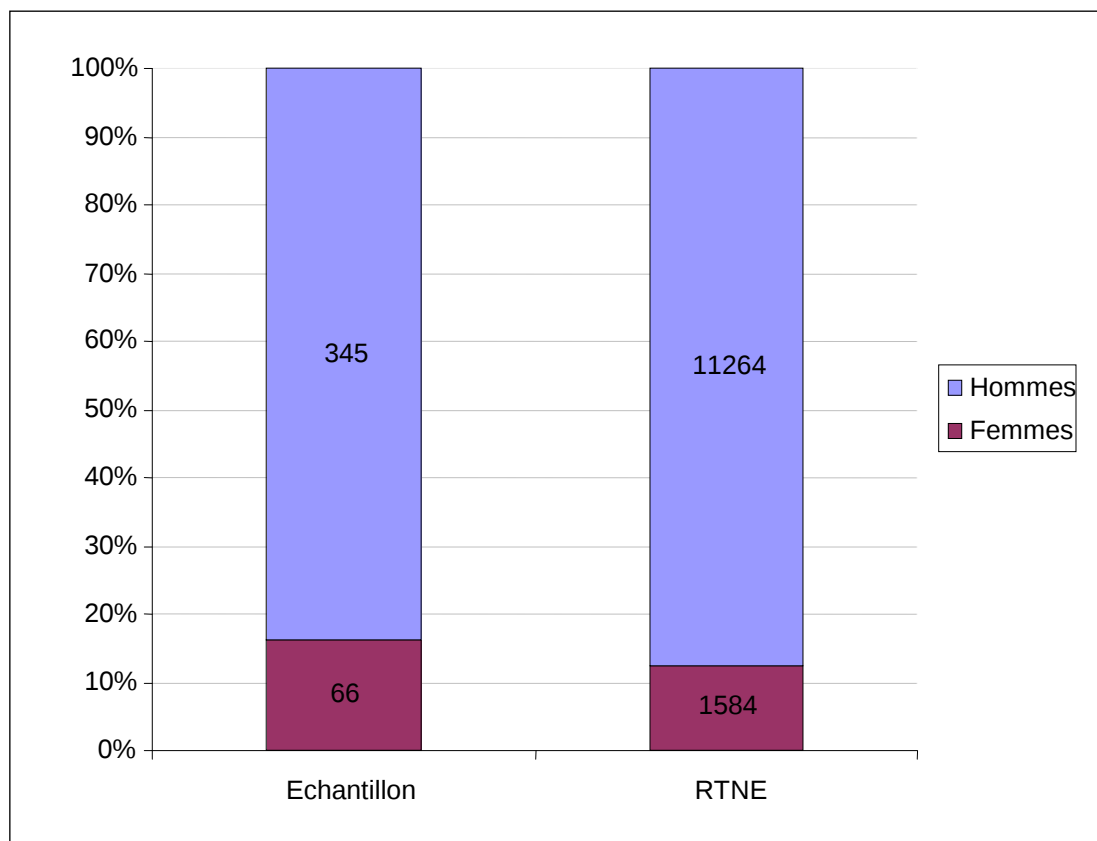


Figure 81: Proportion des sexes chez les sous-officiers.

L'échantillon étudié contient significativement plus de femmes sous-officiers que la population de référence ($p=0,03$).

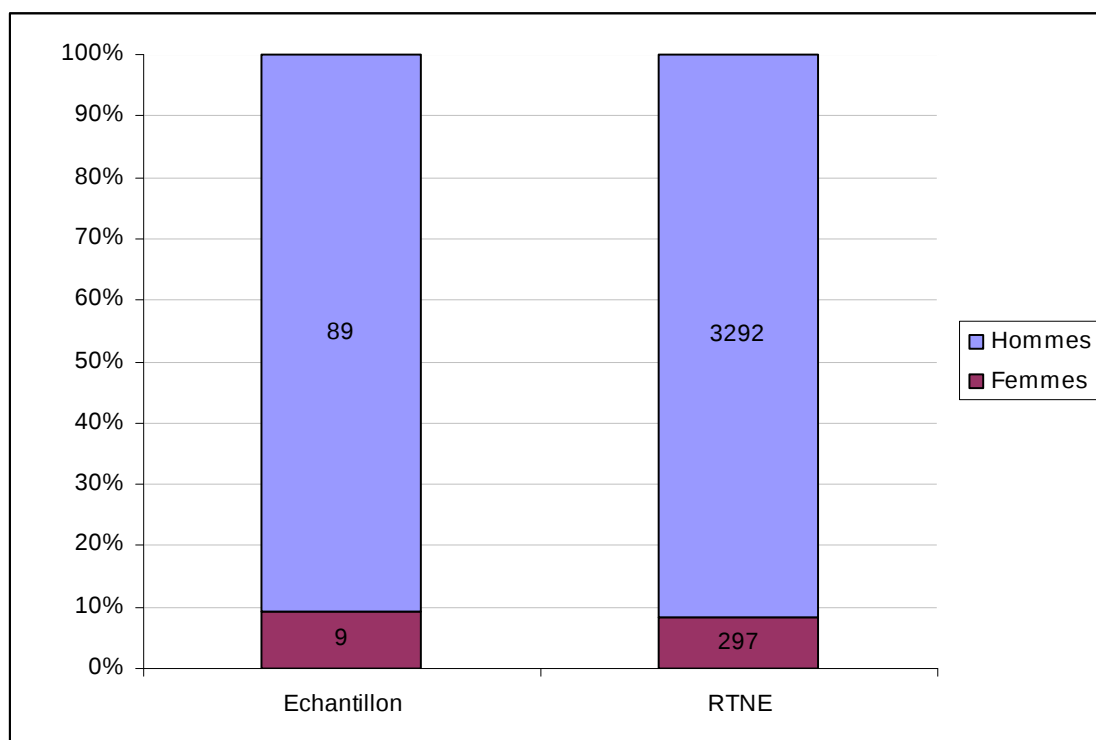


Figure 82: Proportion des sexes chez les officiers.

Il n'existe pas de différence significative concernant le nombre d'officiers entre l'échantillon étudié et la population d'origine ($p=0,89$).

Notre échantillon n'est pas complètement représentatif de la population de la RTNE puisqu'il comporte notamment plus de femmes, plus de sous-officiers et moins de militaires du rang. Ces écarts peuvent s'expliquer de deux façons :

- la non-réponse de certains régiments d'infanterie notamment, qui sont peu féminisés, et comptent beaucoup de militaires du rang et peu de cadres,
- le fait que notre échantillon a été constitué à un instant « T », alors que certains personnels étaient en OPEX par exemple. L'échantillon peut être représentatif des personnels présents dans l'unité à ce moment. En effet, nous avons montré que ce sont essentiellement les hommes qui partent en OPEX, ce qui peut expliquer qu'il y ait dans notre échantillon plus de femmes que dans la région terre Nord-Est.

Question I4.

Quel est votre statut ?

- engagé volontaire
- sous contrat
- de carrière

Notre échantillon comporte une majorité de militaires engagés volontaires (52,6%), qui est le seul mode de recrutement dans l'armée de Terre pour les militaires du rang.

26,7% des effectifs sont des personnels de carrière, 20,3% des personnels sous contrat. Enfin 0,4% des personnels interrogés n'ont pas renseigné leur position statutaire.

L'armée de Terre emploie majoritairement des engagés volontaires pour des emplois nécessitant peu de qualifications.

Question I5.

Quelle est votre unité d'affectation ?

Cette question a permis de mettre en évidence les unités qui n'avaient pas participé à l'étude. Cela apporte un éclairage sur les résultats de l'étude et notamment le fait que l'échantillon ne soit pas complètement représentatif de la région Terre Nord-Est. En effet, les unités n'ayant pas répondu sont des entités peu féminisées, avec une pyramide des grades très marquée (très peu d'officiers, et un nombre très important de militaires du rang).

Question I6.

Quelle est la localisation de votre affectation ?

- ville
- camp

Les $\frac{3}{4}$ des personnels de notre étude sont affectés dans des villes.

La région terre Nord-Est compte douze camps.

L'intérêt de cette question permet de mettre en exergue, le taux de consultation auprès du médecin militaire par rapport au médecin civil. Le fait d'être affecté dans un camp, qui est en général un lieu assez éloigné d'une ville pousse-t-il le militaire à consulter plus volontiers son médecin d'unité ? Nous verrons ultérieurement la réponse à cette question.

Question 17.

Quelle est votre situation familiale ?

- célibataire
- marié(e) ou vivant maritalement
- veuf(ve), séparé(e), divorcé(e)

Concernant la situation familiale par rapport au sexe, il n'y a pas de différence significative entre les sexes, les femmes sont mariées ou vivent maritalement dans 50,8% des cas contre 53,4% des hommes, sont divorcées ou veuves dans 3,9% des cas, contre 2,5% des hommes et sont célibataires dans 45,3% des cas contre 43,9% des hommes.

Les personnels de notre étude sont moins en situation de « divorcés » que dans la population générale. En effet, selon les chiffres provisoires de l'INSEE pour l'année 2009 (37), 8,5% des femmes de plus de 15 ans sont divorcées, et 6,6% des hommes.

De même, les chiffres de personnels mariés dans notre étude sont plus importants que dans la population générale, puisque selon l'INSEE, 49,7% des hommes et 45,3% des femmes sont mariés.

Ces différences observées par rapport à la population générale peuvent s'expliquer de deux façons :

- d'une part, la population observée par l'INSEE a un âge supérieur à 15 ans, ce qui inclut un nombre conséquent d'individus plus jeunes et plus âgés que dans notre échantillon
- d'autre part, l'armée transmet un certain nombre de valeurs dont celles de la famille ; et on peut donc penser que les militaires adhèrent à ces valeurs traditionnelles et ont donc moins tendance à divorcer que dans la population générale. Les notions « d'engagement » sont valables à la fois pour le choix professionnel du militaire mais également pour son choix de vie.

Concernant la situation familiale par rapport à l'âge, ce sont principalement les mineurs de 25 ans qui sont célibataires (82,1%), ce qui semble logique et est probablement superposable à la population générale. En revanche, les plus de 25 ans ont tendance à être mariés ou à vivre en couple.

De plus, on note également que plus le grade augmente, plus la situation familiale tend vers le mariage. Ceci s'explique à la fois par le fait que, en règle générale, plus le grade augmente, plus l'âge augmente.

Cependant, parmi les grades les plus élevés (officiers et sous-officiers), il existe de jeunes gens. Cette situation de nombre élevé de personnes mariées peut donc s'expliquer comme précédemment, par les traditions de l'armée de mise en valeur de la notion de famille, traduit dans la pratique par un mariage à un âge relativement précoce.

Question I8.

Nombre d'enfants à charge ?

- 0

- 1

- 2

- 3 et +

Presque la moitié des militaires de notre étude n'ont pas d'enfant (47,3%). Les chiffres observés dans notre étude sont un peu plus élevés que dans la population générale française, selon les chiffres de l'INSEE en 2006 (38).

Nombre d'enfants	Echantillon	Population française en 2006
0	47,3%	57,9%
1	22,5%	16,9%
2	20,3%	16%
3 et plus	9,9%	8,8%

Ce nombre d'enfants un peu plus élevé dans notre population peut, encore une fois, s'expliquer par l'importance accordée à la notion de famille dans l'armée.

Les militaires du rang ont moins d'enfants que les autres, ceci peut s'expliquer, d'une part par l'âge plus jeune des militaires du rang, d'autre part par leur position statutaire avec des contrats relativement courts, et donc un manque de stabilité professionnelle qui n'encourage pas à fonder une famille ou avoir une famille nombreuse.

Question I9.

Etes-vous actuellement célibataire géographique (marié(e) ou vivant maritalement uniquement) ?

- oui
- non

Selon l'Observatoire Social de la Défense, le célibat géographique se définit comme « la situation d'un militaire, marié ou vivant en couple, qui ne rejoint pas le domicile familial chaque soir où il n'est pas retenu par le service, quelle que soit la durée de ce célibat géographique »(39).

17,7% des personnels mariés sont en célibat géographique. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

En revanche, des différences apparaissent selon les grades. Les sous-officiers sont en effet moins souvent célibataires géographiques que les militaires du rang ou les officiers. Les officiers sont mutés régulièrement tous les trois à cinq ans en moyenne, ce qui peut expliquer le nombre élevé de célibataires géographiques.

Concernant les militaires du rang, deux facteurs peuvent expliquer le nombre important de célibataires géographiques :

- d'une part, l'existence de bassins de recrutement, qui sont traditionnellement pour la RTNE la région parisienne et le nord de la France. Les jeunes engagés habitent au régiment durant la semaine, mais rentrent souvent chez leurs parents le week-end. Ils trouvent souvent un/une ami(e) dans leur région d'origine. Il existe également dans les régiments français une forte proportion de militaires originaires des DOM-TOM (environ 10%).
- d'autre part, le fait qu'ils soient engagés pour des contrats d'une durée courte, ce qui n'incite pas forcément leur famille à les suivre ;

- enfin, les épouses de militaires du rang travaillent pour la plupart et n'ont donc pas forcément l'opportunité de suivre leur mari dans son affectation, alors que les épouses d'officiers sont souvent femmes au foyer et ont donc plus de facilité à suivre leur époux.

Question II0.

Etes-vous déjà parti(e) en OPEX ou MCD-OM (mission de courte durée) ?

- oui

- non

Si oui, nombre de missions

Il existe une différence significative entre les sexes concernant les OPEX. En effet les femmes partent moins en OPEX que les hommes (60,3% des femmes sont parties contre 78,3% des hommes). La question n'a pas été posée de savoir quels étaient les motifs de cette différence, cependant on peut raisonnablement penser que c'est le fait d'avoir des enfants. En effet, une femme est inapte à l'OPEX durant la grossesse et bien souvent elle est moins encline par la suite à partir quand ses enfants sont en bas âge.

Si l'on étudie l'histogramme mettant en relation le nombre d'enfants avec la participation ou non à une OPEX, on constate que :

Le nombre de femmes qui sont déjà parties en OPEX alors qu'elles n'ont pas d'enfant est relativement faible (57,3%). En effet, elles sont jeunes engagées, et n'ont pas encore reçu toute la formation nécessaire pour partir en OPEX.

Le nombre de femmes parties en OPEX augmente lorsqu'elles ont 1 enfant (68,6%): elles sont alors en général un peu plus âgées, et ont eu la formation pour les OPEX.

Au-delà d'un enfant, le nombre de femmes déjà parties en OPEX décroît, au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente, puisqu'il est en effet de plus en plus difficile de s'absenter plusieurs mois du domicile familial (63,2% avec 2 enfants contre 33,3% avec 3 enfants ou plus).

A noter que les militaires du rang, partent également moins en OPEX que les plus gradés. Ceci s'explique par le fait que les jeunes soldats n'ont pas encore reçu toute la formation qui leur permet de partir.

Question III.

Qui est votre médecin traitant ?

- un médecin militaire
- un médecin généraliste civil
- autre

Les 2/3 des militaires interrogés ont un médecin généraliste civil comme médecin traitant désigné. Cependant, dans la réalité des faits, on constate souvent que les personnels « naviguent » entre le médecin d'unité et le médecin civil, en fonction du degré d'urgence, de l'opportunité de consultation, voire du résultat qu'ils attendent de la consultation (arrêt de travail, inaptitude...).

On ne constate pas de différence significative entre les sexes.

Plus le grade augmente, plus le recours au médecin militaire comme médecin traitant est important (25,5% des MDR ont un médecin militaire comme médecin traitant, 27,8% des sous-officiers et 42,3% des officiers). Ceci s'explique comme précédemment par la fréquence des mutations. En effet, le militaire du rang s'engage dans un régiment bien précis et n'est jamais muté, le sous-officier est généralement muté tous les cinq à dix ans et l'officier tous les trois à cinq ans. Il y a donc probablement une difficulté à trouver un médecin traitant civil quand les mutations sont fréquentes.

De plus, ceci peut être mis en relation, comme nous le verrons tout au long de cette enquête, avec le fait que la confiance dans le médecin militaire augmente avec le grade.

Enfin, le fait d'avoir un médecin militaire comme médecin traitant permet de maintenir à jour le livret médical militaire de l'intéressé, document qui suit le militaire dans toutes ses affectations et est conservé au service médical d'unité.

On constate également que le fait d'avoir déjà participé à une OPEX augmente le taux de recours au médecin militaire comme médecin traitant (29,7% des personnels ayant déjà participé à une OPEX ont un médecin militaire comme médecin traitant contre 22,1% des personnels qui ne sont jamais partis). On peut penser que les OPEX permettent aux personnels de mieux connaître le médecin d'unité, d'apprécier ses compétences et donc de les encourager à le consulter.

Question II2.

Quand consultez-vous votre médecin d'unité ?

- VSA
- consultation programmée (certificat, bilan...)
- consultation pour maladie
- urgence (traumatisme, plaie...)

Les femmes consultent plus pour maladie que les hommes (44,9% contre 33,7%), en revanche concernant les consultations programmées ou les urgences, le taux de consultation est sensiblement le même. Cela est similaire au milieu civil où les femmes sont plus soucieuses de leur santé et consultent plus que les hommes en général. Christel Aliaga, dans un article publié dans le journal « INSEE Première » en 2002 (40) explique ce taux plus élevé de consultation chez les femmes par le souci du suivi gynécologique et surtout de la consultation à but préventif.

Ce sont les militaires du rang qui consultent le plus leur médecin d'unité pour des raisons de maladie (40,6% des MDR consultent pour ce motif contre 29,7% des sous-officiers et 30,3% des officiers). Même s'il n'existe pas de différence statistiquement significative, on note une tendance également à consulter plus que les autres catégories de grade pour les autres motifs. Les raisons n'ont pas été demandées, mais on peut penser qu'il s'agit d'une population jeune, avec peu d'expérience, qui se blesse plus facilement sur son lieu de travail. De plus, les occasions de blessures sont plus nombreuses que dans les autres catégories de grades, du fait de l'entraînement physique quotidien (séances de sport) et du travail de main d'œuvre demandé à cette population (mécanicien, cuisinier, etc...).

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les militaires affectés en ville et ceux habitant dans les camps en ce qui concerne les motifs de consultation auprès du médecin d'unité.

Cependant, il existe une tendance pour les personnels affectés dans des camps, à plus consulter pour des raisons urgentes le médecin d'unité, que les personnels habitant en ville (28% des militaires des camps contre 22,4% des militaires des villes). Ceci peut s'expliquer par le fait que les distances à parcourir soient importantes et que les personnels préfèrent avoir un avis médical rapidement en cas d'urgence.

Questions II3 et II4.

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin d'unité (hors VSA et visites imposées) ?

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste civil ?

Les personnels interrogés consultent assez peu, que ce soit le médecin militaire (1,36 consultation en moyenne), ou le médecin généraliste civil (1,48 consultation). Ils consultent légèrement plus le médecin civil.

Selon un sondage IPSOS réalisé en 2007 pour le magazine de vulgarisation scientifique « Ca m'intéresse » (33), les personnes interrogées consultaient de la façon suivante : 8% avaient consulté zéro fois, 22% 1 à 2 fois, 24% 3 à 4 fois, 23% 5 à 9 fois 21% 10 fois et plus soit une moyenne de 6 fois (moyenne annuelle de 5,4 fois chez les hommes et 6,6 fois chez les femmes).

On ne peut cependant pas exactement comparer le sondage IPSOS avec notre population car ce sondage inclut une population différente (âgée, ou jeune avec des enfants ou encore atteinte de pathologies chroniques qu'on trouve rarement à l'armée), ce qui explique que la fréquence de consultation soit plus importante dans le sondage. Nous n'avons pas retrouvé d'article dans la littérature concernant une population comparable à celle de notre étude.

Question II5.

Habituellement, dans le civil, préférez-vous voir un médecin ?

- homme
- femme
- indifférent

Les personnels interrogés sont en très grande majorité indifférents au sexe de leur médecin civil (82,4%). Pour la part des personnels qui ne sont pas indifférents, on remarque une préférence pour une consultation auprès d'un médecin de même sexe. Nous n'avons pas

demandé dans cette question les raisons des éventuelles préférences mais on peut penser qu'elles sont les mêmes que celles données à la question suivante, c'est-à-dire qu'il est plus facile d'aborder certains aspects médicaux typiquement masculins ou féminins avec un médecin du même sexe.

On remarque également que, plus l'âge augmente, moins il existe de préférence particulière pour un sexe ou l'autre.

Si l'on regroupe les militaires interrogés par grade, bien qu'il n'existe pas de différence statistique à proprement parler entre les différentes catégories, on note une tendance pour les militaires du rang à être moins indifférents que les autres au sexe du médecin généraliste civil (77,9% des MDR sont indifférents contre 87,8% des sous-officiers et 88,9% des officiers). On peut penser que cet état de fait se rapporte à l'âge des personnels interrogés, et que la pudeur tend à diminuer avec l'âge.

Question II6.

Dans votre unité, si vous avez le choix, préférez-vous voir un médecin ?

- homme
- femme
- indifférent

Pourquoi ?

Concernant la consultation auprès d'un médecin militaire, on note également une indifférence au sexe du médecin, mais qui est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (86,9% des hommes sont indifférents contre 77% des femmes). Les femmes étant un peu moins indifférentes et préférant alors consulter un médecin femme, sans que l'on puisse noter une différence statistiquement significative. Les personnels féminins ont ainsi tendance à se tourner vers une femme qui peut leur sembler plus à même de les comprendre.

Le métier de médecin militaire suit les évolutions de notre société actuelle, et se féminise de plus en plus et notamment depuis un décret paru au Journal Officiel en 1998 (41) levant les quotas qui, jusqu'à cette date, restreignaient l'accès à cette profession aux femmes.

A l'heure actuelle, selon le rapport de la Cour des Comptes (42) paru en décembre 2009 sur les ressources humaines du service de Santé des Armées, les femmes représentent 17% des

médecins du SSA. Le taux de féminisation des médecins d'unité est compris entre 15 et 26% selon les régions. Ces taux de féminisation seront encore appelés à augmenter dans les prochaines années puisque 54% des élèves et internes du SSA sont des femmes.

Ainsi à l'avenir, il sera plus facile pour les femmes militaires de consulter un médecin d'unité femme.

Question II7.

Préférez-vous voir toujours le même médecin d'unité ?

- oui
- non
- indifférent

Un peu plus de la moitié des personnels interrogés est indifférente au fait de voir toujours le même médecin militaire en consultation. Dans le milieu civil, les habitudes de consultation du même praticien évoluent depuis les créations, de plus en plus nombreuses, des cabinets de groupe ; qui permettent aux médecins d'harmoniser leurs gardes et vacances, tout en assurant la continuité des soins.

Cependant, on remarque que, selon le sexe, les femmes ont tendance à préférer être suivies par le même médecin à chaque fois, ce qui n'est pas le cas des hommes, qui sont quant à eux, un peu plus indifférents. On peut penser qu'il existe une dimension affective dans la relation que les femmes entretiennent avec leur médecin, qui est moins vraie pour les hommes.

Selon l'âge, les personnels sont majoritairement indifférents sauf entre 40 et 50 ans ; on peut penser qu'à partir de cet âge, les militaires commencent à souffrir de certaines pathologies telles que des affections rhumatologiques liées à la pratique sportive intensive, des affections cardiologiques (hypertension, coronaropathie) ou encore métaboliques (obésité, dyslipidémie, diabète...), et qu'ils éprouvent le besoin d'un suivi plus régulier.

En termes de grade, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les différentes catégories. Tous sont majoritairement indifférents au fait d'être suivi ou non par le même médecin d'unité.

Question II8.

Hésitez-vous à dire des choses à votre médecin d'unité de peur que la confidentialité (vis-à-vis du commandement) ne soit pas respectée ?

- oui
- non
- ne sait pas

La question du secret médical dans les unités pose souvent problème. En effet, selon le Mémento du médecin d'unité (28), « lorsqu'il exerce ses fonctions de médecin traitant [...], le médecin des armées doit s'en tenir au strict respect des dispositions visant le secret médical ». Cependant, « dans ses fonctions de conseiller du commandement, le médecin peut exceptionnellement être amené à confier au seul chef de corps certaines informations [...] en vue de faciliter sa décision. C'est notamment le cas lorsque le résultat de la mission ou la sécurité de l'unité peuvent être compromis ».

Ces dispositions de « secret médical déplacé » sont donc exceptionnelles mais un certain nombre de militaires, ne connaissant pas les termes exacts de ces dérogations, pensent à tort que le secret médical est mal gardé par les praticiens d'unités. La confusion est d'ailleurs entretenue par certains chefs de section et commandants d'unité, qui, malheureusement, sous couvert de gérer au mieux leurs soldats en fonction de leurs inaptitudes, tentent parfois de connaître parfois les diagnostics médicaux portés par le praticien.

La majorité des personnels interrogés indique ne pas hésiter à se confier au médecin d'unité (70,2%). Cependant cette confiance est variable en fonction du grade de l'interrogé. En effet, plus le grade est élevé, moins le personnel hésite à se confier au médecin d'unité (23,6% des MDR hésitent à se confier contre 15,4% des sous-officiers et 11,1% des officiers). Cela peut s'expliquer par le fait que, pour les militaires de carrière, il y a moins de peur d'inaptitude ou de restriction d'emploi car il est rare de réformer un militaire de carrière.

Le grade du médecin paraît, pour les moins gradés, constituer un obstacle et être perçu comme pouvant porter atteinte à la confidentialité des informations confiées au médecin.

On constate également que les hommes hésitent moins que les femmes à se confier à leur médecin militaire (72,1% des hommes sont confiants contre 62,4% des femmes). Cela peut probablement toujours s'expliquer par le faible taux actuel de féminisation des praticiens

d'armée, qui peut inciter les personnels féminins à plus de retenue dans les informations qu'elles confient au médecin d'unité.

Enfin, on constate que plus l'âge des personnels interrogés augmente, moins il existe d'hésitations à se confier au médecin. Ceci peut sans doute s'expliquer par la connaissance acquise avec le temps des obligations du médecin militaire, dont celle de respect de secret professionnel.

Question II9.

Concernant votre milieu d'exercice professionnel (l'armée), avez-vous l'impression que votre médecin d'unité le connaît ?

- très bien
- assez bien
- plutôt mal
- mal
- ne sait pas

Selon une enquête réalisée en 2003 par le Centre de recherches du service de santé des armées (CRSSA) (43) sur la formation médico-militaire et l'acculturation des jeunes médecins de l'armée de terre, les jeunes médecins sont critiques vis-à-vis de leur formation au milieu militaire, notamment en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement de la structure régimentaire, la culture militaire élémentaire (traditions, cérémoniaux, honneurs...)(43), exprimant un manque de connaissances de ce milieu. Ce sentiment devrait être amené à s'amenuiser avec la création des stages en unité d'une durée de six mois pour les internes, durant leurs études, qui leur permet de découvrir leur futur lieu d'exercice professionnel.

Quant aux militaires interrogés, ils ont pour la majorité d'entre eux le sentiment que le médecin militaire connaît bien le milieu militaire (61,1%). Cependant, on constate que plus le grade est élevé, plus les avis sont en faveur d'une très bonne connaissance du milieu. Ceci peut s'expliquer par le fait que le médecin militaire est un officier et qu'il a donc des missions identiques à celles des officiers du régiment, en terme par exemple de « management » d'équipe, préoccupations qui ne sont pas les mêmes que celles des hommes du rang. De plus,

plus le grade est élevé, plus ils sont en contact avec le médecin-chef, qui pratique en unité depuis plusieurs années et connaît donc bien l'armée.

On ne constate pas de différence significative entre les sexes en ce qui concerne la connaissance du milieu militaire par le médecin d'unité.

Enfin, on constate que les plus de 40 ans ont une meilleure opinion de la connaissance du praticien d'armée de son environnement professionnel (71,7% contre 60,6%). Ceci peut s'expliquer par une fréquentation de plus longue date, de situations d'OPEX vécues conjointement, pendant lesquelles le militaire se rend mieux compte des connaissances militaires du praticien d'unité.

Question IIII.

Concernant la VSA, pensez-vous qu'elle est utile ?

- oui

- non

- ne sait pas

Pourquoi ?

La VSA apparaît utile pour les militaires (87,4%), et d'autant plus utile que l'âge augmente (même si la différence n'est pas statistiquement significative). Ceci est probablement lié au fait que la VSA est une visite médicale de prévention, et que plus l'âge avance, plus le besoin de prévention se fait sentir (exemple : prévention des pathologies cardiovasculaires, néoplasiques, métaboliques...).

Les raisons qui sont d'ailleurs invoquées pour expliciter le sentiment d'utilité de la VSA évoquent d'ailleurs des idées de prévention avec les notions de « bilan », « suivi », « détection de maladies ».

Il n'existe pas de différence entre les sexes concernant l'utilité de la VSA.

Enfin, sans que cela ne soit statistiquement significatif, on note une tendance à juger la VSA d'autant plus utile que le grade augmente. Cela peut être mis en relation avec l'âge des personnels interrogés, mais peut-être également avec le niveau culturel, avec une meilleure perception de ce que la VSA peut apporter au personnel consultant.

Concernant les personnels et l'OPEX, on constate que la VSA apparaît légèrement plus utile pour les personnels qui sont déjà partis en OPEX (88,7% des personnels déjà partis en OPEX la jugent utile contre 86,1%). Ceux qui ne sont jamais partis comprennent moins l'intérêt de

la VSA (ils sont 10,9% à ne pas savoir si elle est utile contre 4,2% pour ceux qui ont participé à une OPEX). En effet, c'est surtout lors d'une OPEX que les militaires se rendent compte de l'importance de l'aptitude et de la nécessité de maintenir une bonne condition physique.

Question III2.

L'avis technique donné par le médecin concernant votre aptitude vous paraît-il juste ?

- oui
- non
- ne sait pas

Pourquoi ?

La majorité des personnels interrogés estime que l'avis technique donné par le médecin militaire est juste (74,5%) car le médecin est un « spécialiste », qui possède les « compétences » requises.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes ou selon l'âge. En revanche, on constate que plus le grade augmente, plus l'avis technique donné est considéré comme juste (71,8% pour les MDR, 78,5% pour les sous-officiers et 88,8% des officiers). Ceci peut s'expliquer par le fait que plus le grade augmente, plus les personnels sont conscients des implications opérationnelles des aptitudes et comprennent que les avis donnés par le médecin sont mûrement réfléchis et prennent en compte l'intérêt du militaire mais également les intérêts de l'institution, chose qui n'est pas toujours facile à admettre pour un jeune engagé.

Cette question rejoint celles sur la connaissance des qualifications du médecin (V7 et V8).

Question III3.

Les conseils donnés lors de votre dernière VSA vous ont-ils paru utiles (alimentation, conseils d'étirement, de sport, prévention des maladies...) ?

- tout à fait utiles
- plutôt utiles
- plutôt inutiles
- tout à fait inutiles
- ne sait pas ou non concerné(e)

En quoi ces conseils vous sont-ils utiles ?

Autres conseils que vous trouvez utiles :

Les personnels estiment dans la moitié des cas que les conseils donnés sont tout à fait utiles ou plutôt utiles. Cependant, on remarque que près d'un tiers des personnes interrogées ne savent pas répondre à la question ou ne se sentent pas concernées en évoquant le fait qu'il n'y a pas de conseils donnés lors de la VSA.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative selon les sexes, les âges ou les grades.

Questions IV1 et IV2.

Quelles sont les raisons qui vous amènent (ou amèneraient) à consulter un médecin militaire (plusieurs réponses possibles) ?

- gratuité
- facilité d'accès (RDV rapide)
- présence sur le lieu de travail
- confiance dans le médecin militaire
- clarté de décision envers le commandement
- autres (précisez)

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne consultez pas (ou ne consulteriez pas) un médecin d'unité (plusieurs réponses possibles) ?

- crainte d'un changement d'aptitude ou d'une déclaration d'inaptitude
- crainte d'être mal vu par le commandement
- manque de temps de consultation, manque de disponibilité du médecin
- je préfère consulter en dehors du service
- je n'ai pas confiance dans le médecin
- autres (précisez)

La raison essentielle qui pousse les militaires à consulter le médecin d'unité est la présence du praticien sur le lieu de travail (41%). Ce paramètre essentiel pourrait être mis à mal par la création des bases de défense. Les autres critères cités sont la gratuité (19%) et la facilité d'accès au médecin (18%), c'est-à-dire l'obtention rapide d'un rendez-vous pour une consultation.

Les autres critères importants aux yeux des personnels interrogés, outre l'obligation faite de consulter à certaines échéances, sont la survenue d'un accident du travail, d'une urgence, et la connaissance des contraintes du métier.

Les raisons qui freinent la consultation chez le médecin militaire sont quasiment citées de manière équivalente : la crainte d'un changement d'aptitude (24,3%), qui est une crainte légitime puisque, ainsi que nous l'avons souligné précédemment, toute consultation auprès du médecin militaire peut s'accompagner, bien sûr d'un traitement, mais aussi d'une modification temporaire ou définitive du SYGICOP qui régit l'aptitude du militaire.

Un quart des patients préfère consulter en dehors du service, souvent par peur d'un manque de secret médical. Un quart cite également le manque de temps de consultation ou le manque de disponibilité du médecin. Il est vrai que du fait des nombreuses activités du médecin militaire (OPEX, manœuvres, soutien d'exercices, médecine de prévention...), il lui reste souvent un temps de consultation assez limité.

Certains personnels évoquent également des temps d'attente trop longs. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les horaires de consultation ne sont pas toujours précis et les compagnies envoient parfois tous leurs consultants en même temps, dès le début de la matinée, sans attendre d'être appelés par l'infirmerie. Ceci peut donc occasionner plusieurs heures d'attente avant la consultation.

Etonnamment, les militaires interrogés citent peu la « confiance » ou « le manque de confiance » vis-à-vis du médecin d'unité comme des facteurs déterminants dans la décision de

consulter ou pas le praticien d'armée. Ceci incite à penser que les personnels ayant répondu voient plus dans le médecin d'unité un technicien qu'un être humain.

Selon le sondage BVA (7), 61% des sondés estiment que leur médecin généraliste consacre suffisamment de temps à chaque patient, 37% pensent qu'il n'y consacre pas assez de temps et 2% ne savent pas.

Concernant les améliorations attendues par les patients (sondage BVA) (7) : 48% des sondés pensent qu'il faut améliorer le temps d'attente dans le cabinet, 33% le délai d'attente entre l'appel et la fixation du rendez-vous ; 30% le temps accordé à chaque patient lors de la consultation, 19% le prix de la consultation et 12% la compétence technique.

On constate donc que les reproches adressés au médecin militaire en termes d'attente, de manque de temps de consultation sont également des préoccupations qui concernent les médecins civils.

Questions IV3.

Pour chacun des items suivants, quelle proposition correspond le mieux à votre avis concernant votre (vos) médecin(s) d'unité ?

Les critères principaux qui incitent les personnels interrogés à consulter le médecin militaire plutôt que le médecin généraliste civil sont la **proximité** et la **connaissance de l'environnement professionnel**.

Cette proximité tendrait à être remise en cause par la création des cabinets médicaux des bases de défense, ce qui pourrait faire chuter le taux de consultations auprès du médecin militaire.

Question IV4.

Pour chacun des items suivants, quelle proposition correspond le mieux à votre avis concernant votre médecin généraliste civil ?

Les critères qui incitent les militaires de notre étude à consulter le médecin généraliste civil plutôt que le praticien d'unité sont la **sûreté du diagnostic** et la **compétence** du praticien.

Ceci peut s'expliquer comme nous le verrons par la suite, par une certaine méconnaissance du parcours universitaire du médecin d'unité.

Selon une enquête publiée dans Le Figaro Magazine (6), à la question « les médecins sont disponibles » 53% des sondés étaient d'accord et 47% n'étaient pas d'accord ; à la question « les médecins sont compétents : 88% étaient d'accord et 11% pas d'accord.(1% ne savait pas répondre).

Dans notre population, les personnels interrogés ont donc une meilleure opinion de la disponibilité des médecins, tant militaires (57,9% d'opinions favorables) que civils (63,9% d'opinions favorables) ; mais une moins bonne opinion de leurs compétences (72% d'opinions favorables pour le praticien d'armée et 77,9% pour le médecin généraliste civil).

Selon un sondage réalisé par BVA en 2008 pour l'académie nationale de médecine et le sénat (7) :

83% des sondés pensent que les médecins généralistes sont à l'écoute des problèmes de leurs patients.

Les résultats de notre enquête sont un peu moins bons en ce qui concerne la capacité d'écoute avec 76,2% d'opinions favorables en ce qui concerne la capacité d'écoute du médecin militaire et 78,2% pour le médecin civil.

	Sondage (Figaro ou BVA)	Résultats médecin civil	Résultats médecin militaire
Disponible	53%	63,9%	57,9%
Compétent	88%	77,9%	72%
A l'écoute	83%	78,2%	76,2%

La différence observée entre la « compétence » du médecin militaire et celle du médecin généraliste civil peut s'expliquer par le fait que les personnels interrogés peuvent changer de praticien civil s'ils n'en sont pas satisfaits et ne le jugent pas assez compétent. En revanche, ils ne peuvent pas changer de médecin d'unité, à moins d'une mutation de l'un ou l'autre des protagonistes.

Question IV5.

Considérez-vous que votre médecin d'unité vous prescrit ?

- trop de médicaments
- juste ce qu'il faut
- pas assez
- ne sait pas, non concerné

Dans l'enquête publiée par le Figaro Magazine,(6), à la question « les médecins font attention à ne pas faire de prescriptions inutiles » : 56% étaient d'accord et 44% n'étaient pas d'accord. Les personnels interrogés estiment pour la moitié d'entre eux que le nombre de médicaments prescrit par le médecin d'unité est juste. 1/3 des militaires de notre échantillon ne sait pas évaluer si le nombre de médicaments prescrits est adapté.

Plus l'âge augmente, plus la satisfaction concernant le nombre de médicaments prescrits augmente. Enfin, si l'on compare par grade, on constate que ce sont les personnels les moins gradés qui sont le plus demandeurs de médicaments, ce qui peut certainement s'expliquer par le fait qu'ils comprennent le soin comme un acte devant être accompagné d'une prescription médicamenteuse. Ils ont alors l'impression d'une meilleure prise en charge.

Question VI.

Aimeriez-vous que votre famille puisse consulter votre médecin d'unité ?

- oui
- non
- ne sait pas
- non concerné(e)

La majorité des personnels interrogés ne souhaite pas adresser sa famille en consultation auprès du médecin militaire (47,7%). Les raisons invoquées sont essentiellement la volonté de ne pas mélanger vie privée et professionnelle, ce qui rejoint la réponse de certains concernant la crainte du non-respect du secret médical ; et la préférence pour un recours à un « médecin

de famille » qui prend en charge toute la famille, ou pour un pédiatre, jugé plus compétent pour les maladies infantiles.

Si l'on analyse plus finement, on remarque que ce sont principalement les femmes qui sont réticentes (60,5% contre 49,4% des hommes). Cette tendance s'exprime dans les pourcentages mais il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les sexes, les effectifs de femmes dans notre étude étant trop faibles.

Les raisons à cela peuvent être, d'une part le fait que pour l'instant les médecins militaires sont souvent des hommes et qu'elles sont plus défiantes peut-être à confier leurs enfants à un médecin de sexe masculin. D'autre part, on peut supposer que, malgré les changements de mentalité, ce sont encore les femmes plus que les hommes, qui assument les responsabilités concernant l'état de santé des enfants et donc les hommes sont plus indifférents quant à l'identité du médecin.

De plus, il est actuellement très aisé de consulter dans le civil, la disponibilité des médecins généralistes étant grande. Cependant, ceci sera amené à être moins vrai dans le futur puisque les projections de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour 2030 (44) font état d'une diminution du nombre de médecins de 10,6% avec une perte allant jusqu'à 25,1% des effectifs médicaux dans les zones rurales. Les militaires, dans les années futures, seront donc certainement plus disposés à consulter le médecin d'unité pour eux ou leur famille lorsque la démographie médicale sera telle que l'accès au médecin généraliste civil deviendra une gageure.

Enfin, si l'on analyse selon les grades, on constate que les officiers sont une majorité à souhaiter que leur famille puisse consulter le médecin d'unité (45,9%). On peut penser que l'explication réside dans le fait que, comme indiqué précédemment, les officiers sont mutés régulièrement d'où une probable difficulté à trouver un médecin traitant, et que d'autre part il n'existe pas la barrière du grade entre officiers, ce qui pour certains militaires est un obstacle comme nous le développerons ultérieurement.

Les raisons du recours au médecin militaire pour soigner l'ensemble de la famille sont en premier lieu la gratuité, c'est-à-dire la dispense d'avance des frais médicaux, ainsi que la proximité. Celle-ci est d'évolution non connue à l'heure actuelle, puisque la création des bases de défense change la physionomie de l'implantation des régiments. Certains perdront leur cabinet médical d'unité qui pourra être situé dans un autre régiment appartenant à la même base de défense. Les unités les plus éloignées géographiquement conserveront leur service médical, mais pour celles situées dans une zone « intermédiaire », il est difficile de savoir ce qu'il en sera.

Question V2.

Si votre médecin d'unité fait des consultations pour les familles : le médecin traitant de votre famille est-il un médecin militaire ou civil ?

La très grande majorité des personnels interrogés possède un médecin de famille civil. Il n'y a aucune différence statistique en termes de sexe ou de grades.

Question V3.

Si votre médecin d'unité fait des consultations pour les familles : quel est votre niveau de satisfaction concernant la prise en charge médicale de votre famille ? Etes-vous :

- très satisfait
- assez satisfait
- mécontent
- ne sait pas

Pourquoi ?

Environ les 2/3 des personnels interrogés n'ont pas su estimer leur degré de satisfaction concernant la prise en charge médicale de leur famille par le médecin militaire.

Cette question qui était en réalité destinée aux usagers de la médecine d'unité pour leur famille a été mal comprise, et des personnels n'ayant pas recours au médecin militaire pour les consultations familiales y ont répondu, ce qui explique le taux élevé de réponses « ne sait pas ».

Question V4.

Si vous êtes une femme, souhaiteriez-vous que votre médecin d'unité vous suive sur le plan gynécologique ?

- oui
- non
- ne sait pas
- non concernée

Il existe une majorité d'opposantes à être suivies par un médecin militaire sur le plan gynécologique (69,3%). On peut penser que cette opposition tient en partie au fait que les médecins militaires soient majoritairement des hommes. Les opinions pourront changer, à la fois avec la féminisation du service de santé des armées, et avec la forte diminution du nombre de gynécologues médicaux au profit des médecins généralistes.

De plus, dans la population générale, selon un sondage BVA de 2008 (45) sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, seulement 15% des femmes se font suivre par un généraliste, les autres préférant consulter un gynécologue.

Il est à noter également que 85% des gynécologues médicaux sont des femmes.

Question V5.

Si le service médical d'unité était géographiquement placé hors de votre régiment (ex : service médical de garnison), seriez-vous prêt à y aller consulter (hors VSA et visites obligatoires) :

- oui, tout à fait

- non

- ne sait pas

Pourquoi ?

39% des personnels interrogés ne seraient pas disposés à se déplacer pour consulter le médecin d'unité à l'extérieur du régiment, mais un quart ne sait pas répondre à cette question. Les raisons invoquées étant la distance et le temps perdu essentiellement.

On peut penser qu'il existe également un frein économique, avec le coût engendré par le déplacement, même si ce point n'a pas été évoqué dans les commentaires libres. Ceci toucherait donc les grades les moins élevés et se retrouve donc dans les chiffres observés qui sont en faveur d'une moindre disposition à se déplacer pour les militaires du rang et les sous-officiers.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes.

On constate que plus l'âge augmente et plus les personnels seraient prêts à aller consulter le médecin d'unité. On peut penser que plus l'âge augmente, plus les pathologies (cardiovasculaires, métaboliques, rhumatologiques...) sont nombreuses.

De même, il apparaît, sans que cela ne soit statistiquement significatif, que les officiers seraient plus disposés que les autres catégories à se déplacer. Ceci semble toujours avoir un rapport avec le niveau culturel des officiers qui perçoivent mieux l'intérêt de consulter un praticien qui connaît bien l'environnement professionnel qui est le leur.

Question V6.

A votre avis, existe-il des obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité ?

- oui

- non

- ne sait pas

Si oui, lesquels ? (sanction du commandement, mauvaise image vis-à-vis du commandement, suspicion de la part du médecin de consultation non justifiée, autres...)

Pour la moitié des personnels interrogés, il n'existe pas d'obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité. Cependant, presque un quart des personnels ressentent une impression d'obstacle.

Les femmes sont plus nombreuses à émettre des réserves et à voir des obstacles (32,6% des femmes contre 21,1% des hommes). Ceci démontre encore une certaine réticence des femmes vis-à-vis du médecin militaire, que l'on peut toujours rapporter à la faible féminisation actuelle des praticiens d'armée.

On constate également que plus l'âge augmente, moins il y a de perception d'obstacles (80,8% des plus de 40 ans ne voient pas d'obstacles dans la relation contre 50,4% des moins de 40 ans), tout comme lorsque le grade s'élève (45,1% des MDR ne ressentent pas d'obstacles contre 61,9% des sous-officiers et 74,2% des officiers).

Les raisons invoquées sont essentiellement la peur d'une mauvaise image vis-à-vis du commandement, la barrière induite par le grade, la peur de sanction de la part du commandement, toutes raisons qui concernent essentiellement les personnels les moins gradés. Les personnels mettent également toujours en avant le manque de confidentialité, qui n'est pas toujours le fait du médecin, mais aussi parfois des autres membres de l'équipe soignante. En effet, le service médical d'unité, outre les médecins, regroupe des infirmiers, des auxiliaires sanitaires, des secrétaires, qui ont accès au dossier médical des patients pour la saisie informatique des données ou bien pour la mise à jour des informations concernant les

vaccins par exemple. Ces personnels sont tenus au secret professionnel, mais il arrive que, de part leur proximité avec les militaires des compagnies, des informations soient diffusées.

On note que dans les personnels interrogés qui n'ont pas fait d'OPEX, il existe une plus grande proportion de personnels qui ne savent pas s'il existe ou non des obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité. On peut supposer que les OPEX créent, de par la mission commune, des liens entre les différents protagonistes, et qu'à cette occasion, les personnels se rendent mieux compte de la disponibilité et de l'accessibilité du médecin militaire.

Question V7 et V8.

Connaissez-vous le parcours universitaire du médecin d'unité ?

- oui
- non
- ne sait pas

Les médecins militaires ont-ils un doctorat d'Etat (diplôme des médecins civils) ?

- oui
- non
- ne sait pas

Plus des 2/3 des militaires de notre étude admet ne pas connaître le parcours universitaire du médecin d'unité, même si la connaissance de ce parcours paraît progresser avec l'âge et surtout le grade, puisqu'une majorité des officiers connaît ce parcours (54,5%).

Concernant le diplôme du médecin d'unité, 52% des personnes interrogées ne savent pas si c'est le même que celui des médecins civils. Cependant, on constate là encore, que plus l'âge augmente, et plus les personnels connaissent le diplôme, ce qui est encore plus frappant avec l'élévation en grade (81,4% des officiers pensent que le diplôme universitaire du médecin d'unité est le même que celui du médecin civil). Ceci pouvant s'expliquer par le fait qu'il existe une bonne connaissance mutuelle des cursus universitaires entre officiers, du fait des rencontres durant les études (Séminaire Interarmées des grandes Ecoles Militaires, Tournoi Sportif des Grandes Ecoles de la Défense...) et du travail effectué conjointement à l'unité.

Question V9.

En OPEX, vous sentez-vous en sécurité sur le plan médical ?

- oui
- non
- ne sait pas

Selon le mémento du médecin d'unité (28), le soutien sanitaire des forces en opérations a pour objet :

- « de sauver le maximum de vies humaines,
- de limiter les séquelles potentielles des blessures,
- de contribuer à l'entretien du moral des combattants, en leur assurant un suivi médical permanent et en leur donnant l'assurance d'être secourus le plus rapidement possible,
- de prescrire les mesures d'hygiène générale et de prophylaxie adaptées au contexte épidémiologique,
- d'assurer l'approvisionnement en fournitures médicales »

Les personnels interrogés se sentent en sécurité en OPEX (65,8%), même si les femmes sont plus nombreuses à ne pas savoir se prononcer que les hommes (25,3%). Le sentiment de sécurité grandit avec l'âge, ce qui peut probablement s'expliquer par l'expérience et par une meilleure connaissance de la façon dont les événements se déroulent en OPEX. De même le sentiment de sécurité grandit avec l'élévation du grade (93,6% des officiers se sentent en sécurité contre 71,2% des sous-officiers et 60,8% des militaires du rang), ce qui peut à la fois s'expliquer par le fait que globalement le niveau de confiance envers le médecin militaire est plus élevé chez les officiers que chez les militaires du rang, mais aussi bien sûr par le fait que les officiers sont globalement moins exposés au feu lors des OPEX.

Question VI.

Les questions fondamentales sont l'impression de manque de secret médical et le manque de disponibilité des médecins d'unité.

On note également des reproches aux médecins de ne pas faire de bilans sanguins ou d'exams complémentaires : selon le sondage IPSOS pour Ca m'intéresse (33): 62% des sondés ont plus confiance dans un médecin qui privilégie avec son patient les examens

médicaux (radios, laboratoire, ...), et seulement 26% des sondés ont plus confiance dans un médecin qui privilégie les « examens corporels » c'est-à-dire l'examen clinique.

VII. DISCUSSION.

A) Comparaison avec une étude en gendarmerie.

Un mémoire a été réalisé en 2007 par l'interne des hôpitaux des armées T.Audoual intitulé « Perception par les militaires et image du médecin d'unité » (12). Il s'agissait d'une enquête menée auprès des gendarmes de Bron, dans le Rhône.

Dans cette population de 235 gendarmes, on note que 15% des personnels interrogés avaient un médecin militaire comme médecin traitant soit un nombre inférieur à celui de notre étude qui est de 27,4%.

Il s'agit d'une population faiblement consommatrice de soins, puisque environ 70% des individus consultaient une fois ou moins d'une fois par an un médecin généraliste militaire. Dans notre population, la proportion est quasiment similaire puisque 66,5% des personnels interrogés ont consulté une fois ou moins d'une fois le médecin d'unité au cours des 12 derniers mois.

Une des questions posées dans le questionnaire était de savoir si les militaires seraient disposés à choisir leur médecin d'unité comme médecin traitant. 43% des personnels étaient prêts à faire ce choix. Les raisons invoquées pour ne pas avoir comme médecin traitant le médecin militaire, sont proches de celles données par les personnels de notre étude pour consulter plutôt un médecin civil pour eux ou leur famille, c'est-à-dire la distance entre le domicile et le cabinet médical d'unité, le manque de disponibilité, l'attente trop longue lors des rendez-vous, le manque de connaissance du médecin qui est trop souvent muté, la volonté de distinguer vie « privée » et vie professionnelle, le manque de confidentialité, la relation de subordonné à supérieur, la peur de l'influence sur l'aptitude.

Dans cette étude en gendarmerie, le suivi des familles est rare puisque seulement 2% des personnels interrogés avaient comme médecin de famille un médecin d'unité. Ces chiffres sont un peu plus élevés dans notre étude puisque 9,8% des personnels interrogés ayant une famille ont recours au médecin militaire pour son suivi.

Des questions sur la connaissance du cursus universitaire du médecin militaire avaient été posées.

Il existe chez les gendarmes une méconnaissance importante car 86,9% d'entre eux ne connaissent pas le cursus universitaire des médecins militaires et 75,3% pensent que ce cursus

est identique à celui des médecins civils. Dans notre population de militaires de l'armée de terre, 68,2% ne connaissent pas le parcours universitaire et seulement 42,1% pensent que le diplôme des médecins militaires est le même que celui des praticiens civils.

Enfin, la notion de sentiment de sécurité en OPEX, était également abordée, avec 83,1% des gendarmes se sentant en sécurité alors que seulement 65,8% des personnels de l'armée de terre interrogés se sentent en sécurité. Cette différence peut cependant s'expliquer par le fait qu'à l'heure actuelle, les opérations extérieures en gendarmerie sont rarement réputées dangereuses, hormis certaines missions de lutte contre l'orpaillage en Guyane.

Cette comparaison des deux études permet de mettre en relief des similitudes entre les différentes armées concernant le recours au médecin militaire, les obstacles à la consultation et une évidente méconnaissance des « capacités » du praticien d'armée.

B) Aux Etats –Unis.

Les Etats-Unis s'intéressent également à la satisfaction des patients clients de la médecine militaire. Leur système de santé militaire est bien plus développé que le nôtre en termes d'effectifs puisqu'il regroupe 90 000 personnels (42) et également en termes de bénéficiaires. En effet pour le rapport annuel sur la santé du département de la Défense (46) de 1994, on dénombrait 8,4 millions d'utilisateurs potentiels du système de santé militaire qui comprenaient le personnel d'active, mais également les personnes rattachées au personnel d'active, les retraités militaires, et les rattachés ou survivants de retraités militaires. Des études concernant la satisfaction des clients du système de santé militaire sont régulièrement menées depuis 1992 par le département de la Défense par le biais de rapports mensuels et annuels. Environ 150 000 questionnaires sont envoyés chaque année. Les rapports mensuels évaluent la satisfaction liée à la dernière visite auprès d'un médecin ou d'un établissement de soins militaires tandis que le rapport annuel permet d'évaluer la satisfaction globale de l'utilisateur sur les 12 derniers mois. L'expérience acquise au fur et à mesure par les personnels qui élaborent les questionnaires permet d'ajouter des questions et de mieux cibler les points importants à analyser concernant la satisfaction (47). Les auteurs constatent que le niveau de satisfaction est en général meilleur dans les rapports mensuels que dans les rapports annuels car les patients ont plus en mémoire le déroulement de la consultation. Les facteurs significatifs retrouvés conditionnant la satisfaction étaient l'âge, l'état de santé, le sexe, le

temps d'attente et également l'accessibilité aux soins que l'on peut rapporter ici à la disponibilité du médecin militaire.

Johnson rapporte, dans un article paru en 2002 dans « Military Medicine » (48) les causes d'indisponibilité du médecin militaire américain. Les missions du service de santé des Etats-Unis sont comparables à celles du SSA, à savoir le maintien en bonne santé des forces combattantes, la dispensation de soins médicaux au cours des déploiements de l'armée, et le soutien lors des opérations spéciales. Ces déploiements, manœuvres et exercices peuvent éloigner le praticien militaire de ses patients et nuire à sa disponibilité ; ainsi que les activités spécifiques de l'officier que sont les fonctions de conseil ou les tâches administratives. Tout ceci peut donc nuire à la satisfaction des usagers du service de santé américain.

C) En Israël.

Le service de santé israélien s'organise autour de cliniques de premiers soins et de centres spécialisés.

Une enquête avait été réalisée en 2001 par le Corps Médical des forces de défense israélienne (11) pour évaluer la satisfaction des patients dans ces différentes cliniques et explorer les différents facteurs affectant le niveau de satisfaction des usagers. 5103 questionnaires avaient été exploités.

Ces cliniques de premiers soins regroupent plusieurs niveaux de soins : les cliniques « du front » qui regroupent un médecin, plusieurs infirmiers et aucun moyen de diagnostic complémentaire (pas de laboratoire, pas de psychiatre, pharmacie réduite aux médicaments de première nécessité), et qui peuvent donc être considérées comme les équivalents de nos postes médicaux isolés en OPEX, les « training school clinics », hôpitaux plus vastes avec au moins deux médecins, plusieurs infirmiers, et souvent un psychiatre, et enfin les « home front clinics » qui comportent entre deux et dix médecins, des infirmiers, un laboratoire, une pharmacie complète, des moyens de radiologie.

Ces différentes structures du service de santé israélien lui sont spécifiques du fait de l'état de guerre permanent du pays.

La population cible est un peu différente de celle que l'on retrouve en France car elle comporte à la fois des militaires de carrière, et des jeunes gens réalisant leur service militaire (d'une durée de trois ans pour les hommes et de deux pour les femmes).

Ce qui ressort de cette enquête est que la disponibilité du médecin est un facteur déterminant dans la satisfaction des patients.

L'autre point important est que l'attitude du personnel médical n'est pas une composante importante de la satisfaction. Les auteurs l'expliquent par le fait que les patients n'attendent pas un haut degré d'empathie ou de courtoisie, car les médecins sont des officiers (héritage du système anglo-saxon avec le distinguo « officer » et « non-officer ») ce qui crée naturellement une distance dans la relation patient-médecin. Ceci, comme nous l'avons montré, est différent du ressenti des militaires de notre étude qui voient le grade comme un obstacle à une bonne relation entre le médecin et son patient.

Une autre étude israélienne, rapportée par Zimlichman (49) et réalisée en 2003 auprès de 288 soldats, avait pour objet de comparer la satisfaction des militaires pour les soins médicaux dans deux situations : durant l'entraînement et durant des conflits de faible intensité comme le conflit Israélo-libanais ou la dernière Intifada.

Les renseignements démographiques de la population étudiée sont assez superposables à ceux de notre étude, avec une large majorité d'hommes, assez peu de personnel de carrière, beaucoup de non-officiers et peu d'officiers.

Dans les situations d'entraînement, le médecin est très facilement accessible, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En revanche, durant les conflits, le médecin n'est pas situé aux postes avancés, et « visite » deux fois par semaine, les différents postes.

De façon assez inattendue, la satisfaction générale des personnels interrogés était significativement plus importante dans les situations de combats de basse intensité, avec une tendance à penser que la disponibilité des personnels médicaux était meilleure. Ceci peut s'apparenter dans notre étude aux situations d'OPEX : on constate que les personnels ont tendance à considérer qu'ils sont en sécurité sur le plan médical en opérations extérieures ; et souvent, la confiance dans le médecin militaire est meilleure pour les personnels ayant déjà participé à une OPEX.

VIII. PERSPECTIVES.

Quelles peuvent être les pistes de réflexion et les axes d'effort pour les médecins d'unité?

- Accroître la notoriété.

Il s'agit d'une priorité du service de santé des Armées pour cette année, puisque, dans les objectifs 2010 (50) édictés par la direction régionale du service de santé de Metz à l'initiative de la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA), les services médicaux doivent « communiquer, s'ériger en acteur crédible et incontournable [...] afin de favoriser le dialogue médical civilo-militaire, et mieux se faire connaître par l'ensemble de la communauté « défense » ». De plus, le directeur régional insiste sur la nécessité de « faire connaître le service de santé en présentant lors de séances d'information son organisation [...], ses missions [...] et les compétences des personnels acquises par les formations. »

- Assurer une meilleure prise en charge des engagés volontaires de l'armée de terre (EVAT).

Nous avons vu que la population la moins confiante était celle des jeunes militaires du rang. Il faut donc avoir comme priorité de se faire connaître et apprécier de cette population.

- Accroître la disponibilité.

Un autre axe important des objectifs 2010 (50) est celui de l'offre d'un parcours de soins adapté, en recentrant « l'activité du médecin sur le cœur de métier, c'est-à-dire la consultation au profit de la patientèle « défense ». Le temps consacré à la médecine de soins doit être supérieur à celui consacré à l'expertise. » La priorité doit donc être d'accroître le temps passé à la médecine de soins avec des créneaux de consultation plus étendus.

- L'interarmisation et la mise en place des Centres médicaux des armées (CMA) dans les bases de défense.

Ces CMA vont avoir en charge une patientèle militaire issue des différentes armées. Il serait intéressant de faire l'état des lieux de la perception des médecins militaires dans les autres armées afin de pouvoir s'adapter au mieux aux attentes des personnels, en profitant de la restructuration.

- La féminisation du SSA.

Comme nous l'avons noté, les femmes militaires sont plus réticentes à consulter le médecin d'unité.

L'importante féminisation à venir peut être l'occasion de recruter une patientèle jusque là peu utilisatrice des soins proposés, et de diversifier les compétences des médecins en se formant en gynécologie.

- Ouverture des consultations pour les familles.

Même si la majorité des personnels n'est pas demandeuse actuellement d'ouverture de créneaux de consultation pour les familles, en proposer serait certainement le bienvenu. En effet, les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux. Ainsi, au 1^{er} janvier 2009, le nombre de médecins régressait de 2% par rapport à l'année précédente, selon le Conseil national de l'ordre des médecins (51). Plus grave encore, seulement 10% des nouveaux inscrits au conseil s'installent en libéral, les autres préférant souvent travailler en secteur hospitalier ou faire des remplacements.

- Gestion des sous-effectifs

Tout comme dans le civil, le SSA est confronté à un problème chronique de sous-effectifs. On note par exemple, selon le rapport de la cour des comptes (42), que le nombre de médecins a diminué de 11,5% entre 2002 et 2008. Cette difficulté peut notamment tenir au fait que les médecins militaires ont la possibilité de quitter le SSA à partir de 25 ans de service.

IX. CONCLUSION.

A) Tendances générales.

En s'appuyant sur leur expérience quotidienne dans leur pratique professionnelle, les médecins militaires peuvent éprouver des difficultés à percevoir la façon dont ils sont considérés par leurs patients. Cette étude permet de mieux comprendre la perception les médecins d'unité par les militaires dans la région Terre Nord-Est, en se fondant sur des données plus objectives que les simples impressions et idées reçues. Cependant, l'étude de la relation médecin-malade est complexe, de part la subjectivité même de cette relation. Les personnels qui ont répondu à cette enquête l'ont fait en fonction de leur expérience professionnelle, et en fonction des souvenirs qu'ils gardent des différents médecins militaires qu'ils ont consultés au cours de leur carrière.

Concernant les caractéristiques principales démographiques, il s'agit d'une population jeune, masculine, militaire du rang ou sous-officier, mariée, sans enfant, et ayant déjà participé à une OPEX.

Le médecin traitant est un médecin généraliste civil, à la fois pour les personnels interrogés mais également pour leur famille, ce qui permet d'avoir un médecin proche de son lieu de résidence, facilement consultable le soir et le week-end.

Cependant, le médecin militaire est apprécié du fait essentiellement de sa proximité géographique avec le lieu de travail et de sa bonne connaissance du milieu professionnel. La gratuité des soins proposés est également un facteur de satisfaction, pour les personnels autant que pour leurs familles. Cependant, le manque de disponibilité du praticien d'unité, lié aux tâches multiples que celui-ci doit accomplir, ainsi qu'aux OPEX, permissions et horaires d'ouverture du cabinet médical, est un frein à la consultation.

Les personnels interrogés n'hésitent en général pas à se confier à leur médecin d'unité, même si certains émettent des réserves sur l'inviolabilité du secret médical.

Ils n'ont pas de préférence particulière pour le sexe de leur médecin, tant civil que militaire ; seule la compétence est déterminante.

Habitué au changement fréquent de médecin militaire, du fait des mutations itératives, tant du praticien que d'eux-mêmes, les militaires ayant répondu à ce questionnaire ne sont pas particulièrement attachés à un suivi régulier par le même praticien militaire, même si, en

pratique, cette mobilité engendre des difficultés à l'établissement d'une relation fidèle et durable entre les personnels et le praticien d'unité.

La VSA apparaît pour beaucoup comme l'occasion d'une consultation privilégiée, importante car elle permet de faire le point une fois par an chez les personnels qui ont peu l'habitude de fréquenter les cabinets médicaux. L'avis technique donné par le praticien n'est pas remis en cause, mais les militaires interrogés ont du mal à se défaire du sentiment de peur de l'inaptitude ; ce qui peut inciter certains à cacher au médecin certaines informations médicales.

Un tiers des personnels interrogés n'était pas capable de déterminer si les conseils donnés lors de la VSA étaient ou non utiles. Il y a donc un effort à fournir de la part des praticiens pour mieux cibler les conseils donnés.

En ce qui concerne la possibilité de se déplacer géographiquement hors de l'unité pour consulter le médecin militaire, on constate que 39% sont réticents à ce qui est considéré comme une perte de temps. Cependant, 26% des militaires interrogés n'ont pas su répondre à cette question. Ces militaires sont un bassin de recrutement potentiel, que l'on peut persuader de l'intérêt de la consultation auprès du praticien d'unité, à condition d'orienter nos efforts vers une meilleure connaissance des médecins d'unités par les personnels, puisqu'il s'agit là d'un défi majeur à relever. En effet, le cursus des médecins militaires est très mal connu de la patientèle. Cette connaissance accrue permettra de lever les doutes actuels qui subsistent chez certains concernant la sûreté du diagnostic du praticien d'armée ou sa capacité à les guérir rapidement.

Les derniers efforts à réaliser devront plutôt affecter le commandement, car les obstacles que certains militaires perçoivent entre eux et le médecin sont plutôt du fait de la hiérarchie, avec la crainte d'une mauvaise image vis-à-vis des supérieurs voire de sanctions.

On note enfin que les militaires interrogés se sentent en sécurité sur le plan médical en OPEX, celles-ci favorisant une meilleure connaissance mutuelle et donc une tendance après la mission à venir plus facilement consulter le médecin militaire.

Cette étude met donc en évidence le fait que, malgré une certaine confiance accordée au médecin d'unité, celui-ci n'est pas vraiment considéré par les militaires que nous avons interrogés comme un véritable médecin traitant. Il est plutôt considéré comme un médecin de prévention et d'expertise, que l'on peut consulter à l'occasion.

B) Tendances particulières.

Nous l'avons vu, ce sont particulièrement les jeunes soldats qui sont peu confiants envers le médecin militaire. Sensibles au ouï-dire et n'ayant pas encore beaucoup côtoyé le praticien d'unité, surtout en situation difficile, ils sont réticents à venir le consulter. Cette population serait pourtant assez facile à faire venir à nous, à condition de nous faire connaître. Il serait judicieux pour cela de profiter des séances d'instruction sanitaire que tous les jeunes incorporés reçoivent dans les premiers temps de leur engagement, pour se présenter à eux, expliquer clairement nos diplômes et ce qu'ils peuvent attendre de nous.

Quant aux officiers, ils nous perçoivent et nous connaissent mieux. C'est la population la plus confiante. Il faut maintenir ce lien en ne restant pas toujours dans la « tour d'ivoire » que peut être le cabinet médical, mais en participant à la vie de l'unité.

Enfin, les femmes comme nous l'avons démontré, sont également plus réticentes à nous consulter. Il faut espérer que la féminisation grandissante du service de santé des armées aura un effet favorable sur le taux de consultation de cette population.

C) Critiques.

Cette enquête, originale dans l'armée de terre, permet donc d'apporter quelques éléments nouveaux concernant la perception par les militaires de leur médecin d'unité.

Sa première limite est le manque de représentativité de notre échantillon par rapport à la population de la région Terre Nord-Est.

Les autres biais de cette étude sont l'existence de plusieurs facteurs qui entrent en compte à chaque réponse, à savoir l'âge, le grade, le sexe, la situation familiale. Ces facteurs interagissent les uns avec les autres et il aurait fallu entreprendre une analyse multivariée pour prendre en compte à chaque question l'ensemble de ces éléments.

Enfin, une question importante n'a pas été posée : le militaire interrogé met-il en communication ses deux médecins, le militaire et le civil, afin d'assurer une collaboration entre les deux ? En effet, nous savons qu'il existe une certaine crainte de l'inaptitude de la part des personnels. Il aurait été intéressant de voir si effectivement, les militaires

choisissaient de ne pas mettre en communication leurs deux praticiens afin d'éviter d'éventuelles inaptitudes ou restrictions d'emploi.

D) L'avenir.

Le service de santé et l'armée toute entière sont en complète réorganisation avec la professionnalisation (8), la mise en place des bases de défense qui comprendront des cabinets de médecine d'armée interarmées, et la féminisation de plus en plus importante. Il est difficile dans ces conditions de pouvoir dire ce que sera l'avenir. Cependant, il paraît important pour le SSA de profiter de cette restructuration pour se faire connaître des personnels des forces. Réaliser d'autres enquêtes du même type, dans les autres armées, et à plus vaste échelle, permettrait également de cerner au mieux quels doivent être les axes d'effort des médecins militaires pour les années à venir.

X. REFERENCES.

1. Mangelsdorff AD. Patient satisfaction questionnaire. Medical care 1979; XVII:86-90.
2. Blumenthal D. Part 1: Quality of care--what is it? N Engl J Med 1996; 335(12):891-4.
3. Cousins N. How patients appraise physicians. N Engl J Med 1985; 313(22):1422-4.
4. Jackson J, Kroenke K. Patient satisfaction and quality of care. Military Medicine 1997;162:273-77.
5. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. 2005.
6. Les Français estiment leur médecin. Le Figaro Magazine 2008.
7. BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France: BVA; février 2008.
8. Loi de programmation militaire. 1996. p. 9986.
9. www.defense.gouv.fr.
10. SSA. Plan stratégique du Service de santé des armées; 2006.
11. Zimlichman E, Afek A, Mandel D, Shochat T, Cohen-Rosenberg G, Mimouni FB, et al. Army personnel satisfaction in different settings of primary health care clinics. Mil Med 2004;169(5):385-8.
12. Audoual T. Perception par les militaires et image du médecin d'unité. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2007.
13. Deroo. La médecine militaire: le service de santé des armées: Ecpad; 2008.
14. Lefebvre P. Histoire de la médecine aux armées: Lavauzelle; 1982.
15. Le Cointe J. La santé de Mars. Paris: Briand; 1790.
16. Morache. Considérations sur le recrutement de l'armée et sur l'aptitude militaire dans la population française. Paris: Librairie militaire de J.Dumaine; 1873.
17. Ministère de la guerre. Instruction du 17 mars 1890 sur l'aptitude physique au service militaire. Henri Charles-Lavauzelle; 1890.
18. Frocard. Aptitude militaire des contingents français. Paris: Librairie L.Fournier; 1911.
19. E.Ginestous. L'aptitude visuelle au service militaire: Imprimerie moderne; 1915.
20. Diethelm, Grenier. Conditions d'aptitude physiques requises pour l'admission dans les formations militaires féminines des trois armées; 1944.

21. Milleliri J-M. Jamot, cet inconnu. Bulletin de la société de pathologie exotique 2004; 97-3:213-22.
22. http://www.defense.gouv.fr/air/layout/set/wai/base/annexes/02_02_05_biographie_du_general_valerie_andre.
23. http://www.defense.gouv.fr/terre/decouverte/presentation/composantes/service_de_sante_de_l_armee_de_terre/3e_regiment_medical.
24. Van Swieten. Description abrégée des maladies qui règnent le plus communément dans les armées avec la méthode de les traiter. Liège: J.F. Bassompierre; 1765.
25. www.pasteur.fr.
26. Ménard. Rapport d'information sur le service de santé des armées; 2002.
27. Editions du Val-de-Grâce. Mémento de l'enseignant clinicien ambulatoire (maître de stage). Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé; 2009.
28. DCSSA. Mémento du médecin d'unité formant corps armée de terre, armée de l'air, marine, gendarmerie; 2000.
29. IM 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir; 2003.
30. Giordano Y. Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative. Paris: Editions EMS; 2003.
31. D. Esquivie, D. Leiffen, P. Arvers. Conditions de vie et de travail des pharmaciens du service de santé des armées: rapport de l'enquête 2004: Direction Centrale du service de Santé des Armées; 2005. Rapport n°07 CRSSA/DFH.
32. CCEMS. Questionnaire démographique REGARDS: communauté de communes Eure Madrie Seine; 2008.
33. Zumsteeg S, Kraus F. La bonne image des généralistes: IPSOS; 5 et 6 janvier 2007.
34. Bouyer J. Méthodes statistiques. Médecine. Biologie: Editions ESTEM; 2000.
35. SGA. Bilan social 2008.
36. Ministère de la Défense. Annuaire statistique de la Défense 2008/2009.
37. INSEE. Structure de la population de 15 ans ou plus selon l'état matrimonial; 2009.
38. INSEE. Familles selon le nombre d'enfants; 2006.
39. Organisme social de la Défense. Les déplacements personnels des militaires: Secrétariat général pour l'administration; 2000 septembre 2000.

40. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE Première 2002; 869.
41. Décret n°98-86 du 16 février 1998.
42. Cour des comptes. Observations définitives. Les ressources humaines du service de santé des armées; 2009.
43. Esquivié D, Arvers P, Leifflen D, Raphel C. Formation médico-militaire et acculturation des jeunes médecins de l'armée de terre rapport d'enquête n°02/CRSSA/DFH 2004.
44. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats DREES 2009; 679.
45. BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique; 6 novembre 2008.
46. Mangelsdorff AD. Patient satisfaction in military medicine: status and an empirical test of a model. Military medicine 2003; 168:744-49.
47. Mangelsdorff AD, Finstuen K, Larsen SD, Weinberg EJ. Patient satisfaction in military medicine: model refinement and assessment of Department of Defense effects. Mil Med 2005; 170(4):309-14.
48. Johnson P. Primary care enrollment levels in staff-and group-model health maintenance organizations: a standard to compare military enrollment with civilian organizations. Mil Med 2002;167:370-73.
49. Zimlichman E, Kreiss Y, Mandel D, Wartenfeld R, Ohana N, Cohen-Rosenberg G, et al. Evaluating delivery of primary health care to military personnel during low-intensity conflict using a patient satisfaction survey. Mil Med 2003;168(6):471-4.
50. DRSSA. Objectifs de la DRSSA de Metz année 2010.
51. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2009; 2009.

XI. ANNEXES.

Annexe 1 (29).

Sept sigles définissent le profil médical, ils correspondent respectivement :

S : à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs

I : à la ceinture pelvienne et aux membres inférieurs

G : à l'état général

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

C : au sens chromatique

O : aux oreilles et à l'audition

P : au psychisme

Annexe 2.

Questionnaire concernant votre perception de la médecine d'unité

Consigne :

Nous vous remercions de bien vouloir nous accorder quelques minutes afin de nous donner votre avis sur ce que vous pensez des services médicaux d'unité

Veuillez, s'il vous plait, répondre à l'ensemble des questions suivantes en cochant la case qui correspond à votre cas ou le mieux à votre avis, ou en complétant les zones de réponse prévues.

I. RENSEIGNEMENTS BIOGRAPHIQUES

1/ Vous êtes ?

Un homme ☐

Une femme ☐

2/ Votre âge :

☐ < 25 ans

☐ entre 25 et 40 ans

☐ entre 40 et 50 ans

☐ > 50 ans

3/ Quel est votre grade ?

☐

Soldat

☐

Cl/CC

☐

Sgt/SC

☐

Adj/AC/Major

☐

Officier

4/ Quel est votre statut ?

Engagé
volontaire

☐

Sous contrat

☐

De carrière

☐

5/ Quelle est votre unité d'affectation (par exemple 12°RA) ?

6/ Quelle est la localisation de votre affectation ?

ville ☐

camp ☐

7/ Quelle est votre situation familiale ?

☐

Célibataire

☐

Marié(e) ou
vivant maritalement

☐

Veuf(ve), séparé(e),
divorcé(e)

8/ Nombre d'enfants à charge?

0 ☐

1 ☐

2 ☐

3 et + ☐

9/ Etes-vous actuellement célibataire géographique (marié(e) ou vivant maritalement uniquement) ?

Oui ☐

Non ☐

10/ Etes-vous déjà parti(e) en Opex ou MCD-OM (mission de courte durée)

Oui ☐

Non ☐

Si OUI, nombre de missions OPEX / ____/ MCD / ____/

II.CONDITIONS DE CONSULTATION MÉDICALE

1/ Qui est votre médecin traitant ?

un médecin militaire ☐

un médecin généraliste civil ☐

autre ☐

2/ Quand consultez- vous votre médecin d'unité (plusieurs réponses possibles) ?

☐

VSA

☐

Consultation
programmée
(certificat, bilan, ...)

☐

Consultation pour
maladie

☐

Urgence
(traumatisme,
plaie...)

3/ Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin d'unité (hors VSA et visites imposées) ?

/ ____/

4/ Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste civil ?

/ ____/

5/ Habituellement, dans le civil, préférez-vous voir un médecin ?

homme ☐

femme ☐

indifférent ☐

6/ Dans votre unité, si vous avez le choix, préférez-vous voir un médecin ?

homme ☐

femme ☐

indifférent ☐

Pourquoi ?

7/ Préférez-vous voir toujours le même médecin d'unité ?

oui ☐

non ☐

indifférent ☐

8/ Hésitez-vous à dire des choses à votre médecin d'unité de peur que la confidentialité (vis-à-vis du commandement) ne soit pas respectée ?

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐

9/ Concernant votre milieu d'exercice professionnel (l'armée), avez-vous l'impression que votre médecin d'unité le connaît ?

très bien ☐ assez bien ☐ plutôt mal ☐ mal ☐ ne sait pas ☐

III. MÉDECINE D'APTITUDE

1/ Concernant la VSA, pensez-vous qu'elle est utile ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Pourquoi ?

2/ L'avis technique donné par le médecin concernant votre aptitude vous paraît-il juste ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Pourquoi ?

3/ Les conseils donnés lors de votre dernière VSA vous ont-ils paru utiles (alimentation, conseils d'étirement, de sport, prévention des maladies...) ?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

tout à fait utiles plutôt utiles plutôt inutiles tout à fait inutiles ne sait pas ou non concerné(e)

En quoi ces conseils vous sont-ils utiles ?

Autres conseils que vous trouvez utiles :

IV. MÉDECINE GÉNÉRALE

1/ Quels sont les raisons qui vous amènent (ou amèneraient) à consulter un médecin militaire (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ gratuité
- ☐ facilité d'accès (RDV rapide)
- ☐ présence sur le lieu de travail
- ☐ confiance dans le médecin militaire
- ☐ clarté de décision envers le commandement
- ☐ autres (précisez) :

2/ Quels sont les raisons pour lesquelles vous ne consultez (ou ne consulteriez) pas un médecin d'unité (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Crainte d'un changement d'aptitude ou d'une déclaration d'inaptitude
- ☐ Crainte d'être mal vu par le commandement
- ☐ Manque de temps de consultation, manque de disponibilité du médecin
- ☐ Je préfère consulter en dehors du service
- ☐ Je n'ai pas confiance dans le médecin
- ☐ Autres (précisez) :

3/ Pour chacun des termes suivants, quelle proposition correspond le mieux à votre avis concernant votre (vos) médecin(s) d'unité ?

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellente	Ne sait pas ou NC
disponibilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
proximité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
capacité d'écoute	☐	☐	☐	☐	☐	☐
compétence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sûreté du diagnostic	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité à vous guérir rapidement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Connaissance de votre environnement professionnel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
spécificité des connaissances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conseils adaptés concernant l'hygiène de vie ou du travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐

autres (précisez) :

Indiquez quel est le critère (parmi ceux-ci-dessus) qui vous inciterait à consulter votre médecin d'unité plutôt que votre généraliste civil :

4/ Pour chacun des termes suivants, quelle proposition correspond le mieux à votre avis concernant votre médecin généraliste civil ?

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellente	Ne sait pas ou NC
disponibilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
proximité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
capacité d'écoute	☐	☐	☐	☐	☐	☐
compétence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sûreté du diagnostic	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité à vous guérir rapidement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Connaissance de votre environnement professionnel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
spécificité des connaissances	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Conseils adaptés ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

concernant l'hygiène
de vie ou du travail

autres (précisez) :

Indiquez quel est le critère (parmi ceux-ci-dessus) qui vous inciterait à consulter votre médecin généraliste civil plutôt que votre médecin d'unité :

5/ Considérez-vous que votre médecin d'unité vous prescrit ?

trop de médicaments ☐ juste ce qu'il faut ☐ pas assez ☐ ne sait pas ☐

☐ non

concerné

V. PROPOSITIONS (ALLER PLUS LOIN)

1/ Aimeriez-vous que votre famille puisse consulter votre médecin d'unité ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐ non concerné(e) ☐

Pourquoi ?

2 / Si votre médecin d'unité fait des consultations pour les familles : le médecin traitant de votre famille est-il un médecin militaire ou civil ?

militaire ☐ civil ☐

3/ Si votre médecin d'unité fait des consultations pour les familles : quel est votre niveau de satisfaction concernant la prise en charge médicale de votre famille ?

Etes-vous :

très satisfait ☐ assez satisfait ☐ mécontent ☐ ne sait pas ☐

Pourquoi ?

4/ Si vous êtes une femme, souhaiteriez-vous que votre médecin d'unité vous suive sur le plan gynécologique ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐ non concerné(e) ☐

5/ Si le service médical d'unité était géographiquement placé hors de votre régiment (ex : service médical de garnison) seriez-vous prêt à y aller consulter (hors VSA et visites obligatoires) :

oui, tout à fait ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Pourquoi ?

6/ A votre avis, existe-il des obstacles à une bonne relation avec le médecin d'unité ?

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐

Si oui, lesquels ?(sanction du commandement, mauvaise image vis-à-vis du commandement, suspicion de la part du médecin de consultation non justifiée, autres...)

7/ Connaissez-vous le parcours universitaire du médecin d'unité ?

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐

8/ Les médecins militaires ont-ils un doctorat d'état (diplôme des médecins civils) ?

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐

9/ En OPEX, vous sentez-vous en sécurité sur le plan médical ?

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐

Pourquoi ?

VI. COMMENTAIRES LIBRES (ce que vous pensez du questionnaire, réflexions sur le rôle du médecin d'unité, vos attentes concernant le médecin d'unité(en terme d'écoute, disponibilité, secret médical...)...)

Annexe 3 : liste des établissements de la RTNE sollicités pour l'enquête.

3è RG Charleville Mézières
CEC Givet
CENTAC Mailly
402è RA Chalons en Champagne
501/503è RCC Mourmelon
8è RMAT Mourmelon
40è RA Suippes
61è RA Semoutiers
516è RT Toul
3èRHC Essey les Nancy (détachement)
3è RHC Etain
53è RT Lunéville
8è RA Commercy
1/2è RCH Verdun
57è RA Bitche
13è RDP Dieuze
40è RT Thionville
1 RHC Phalsbourg
1 RI Sarrebourg
1 RMED Metz
4è GEH Metz
2è RG Metz
1 RMAT Metz
44è RT Mutzig
12è RA Bischwiller
54è RT Haguenau
1 RG Illkirch
152è RI Colmar
1 RTIR Epinal
511è RT Auxonne
7è BT Besançon
19è RG Besançon
13è RG Valdahon
BPIA Châlons sur Saône
Lycée militaire Autun
28è Ggé Joigny
1 RA Belfort
35è RI Belfort
110è RI Donaueschingen (Allemagne)
3è RH Immendingen (Allemagne)
BCS Mullheim (Allemagne)
16è BC Saarburg (Allemagne)

Annexe 4 : Liste des acronymes utilisés.

BSTAT : brevet supérieur de technicien de l'armée de terre
CHA : centre hospitalier des armées
CHU : centre hospitalier universitaire
CMA : centre médical des armées
CRSSA : centre de recherches du service de santé des armées
DCSSA : direction centrale du service de santé des armées
DRSSA : direction régionale du service de santé des armées
EVAT : engagé volontaire de l'armée de terre
HIA : hôpital d'instruction des armées
MCD : mission de courte durée
MDR : militaire du rang
OPEX : opération extérieure
SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
SMU : service médical d'unité
SSA : service de santé des armées
VSA : visite systématique annuelle

VU

NANCY, le 27 avril 2010
Le Président de Thèse

Professeur J-D. DE KORWIN

NANCY, le 11 mai 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3299

NANCY, le 17 mai 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2010

A.BERCHER. Perception par les militaires de leur médecin d'unité. Etude transversale descriptive dans la région Terre Nord-Est.

RESUME.

Le médecin généraliste militaire, de part les différents rôles qui lui sont dévolus – médecine de soins, médecine d'expertise, médecine de prévention, médecine opérationnelle – n'est pas perçu par les militaires comme un médecin généraliste ordinaire.

Ce travail avait pour objectif de décrire la perception qu'ont les militaires de leur médecin d'unité, à travers une enquête auprès des personnels des établissements de la zone de défense Terre Nord-Est au moment de leur visite systématique annuelle (VSA).

Sur 42 établissements, 37 ont participé, permettant le recueil de 1087 questionnaires comportant des questions ouvertes et fermées.

Cette étude montre que le médecin traitant des personnels interrogés est le plus souvent le médecin généraliste civil, tant pour le militaire que pour sa famille, sans choix particulier du sexe du praticien.

Le médecin militaire est apprécié du fait de sa proximité et de sa bonne connaissance du milieu professionnel et les personnels n'hésitent pas en général à se confier à lui, même si certains émettent des réserves sur la confidentialité ou craignent une mauvaise image vis-à-vis du commandement, voire des sanctions.

La confiance est variable en fonction de l'âge et du grade, ainsi que de la participation aux opérations extérieures, les officiers ayant plus recours au médecin militaire comme médecin traitant.

La VSA apparaît comme un temps important dans la relation entre le militaire et le praticien d'unité, avec une confiance dans l'avis technique du médecin ; mais également une certaine crainte de l'inaptitude, particulièrement prégnante chez les sujets jeunes et peu gradés.

La mobilité fréquente, tant des personnels interrogés, que des médecins militaires, ainsi que le manque de disponibilité du praticien d'armée, sont un frein à l'établissement d'une relation fidèle et durable. Enfin, cette étude met en évidence une mauvaise connaissance du cursus universitaire du médecin d'unité par les sujets jeunes et peu gradés, qui est également un obstacle dans la relation patient-médecin militaire.

Les résultats sont voisins de ceux d'une enquête réalisée en gendarmerie, dégageant des perspectives d'amélioration de la de la relation avec notre patientèle militaire.

MOTS CLEFS.

Enquête transversale descriptive, perception, médecin militaire, médecine générale, service de santé des armées, visite annuelle d'aptitude.

KEY WORDS.

Descriptive transverse survey, perception, military physician, general practice, military health service, annual visit of professional capacity.

DATE DE SOUTENANCE: 7 juin 2010

Université Henri Poincaré, Nancy 1
Faculté de médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre Les Nancy Cedex