# Évolution de l'offre de soins en centres médicaux des armées : confrontation entre la vision de la patientèle et celle du personnel soignant

R. Haus-Cheymol[a, c], S. Boyavalle[a], C. Verret[b], L. Ollivier[c], F. Pérello[a], E. Rabatel[a], L. Gros[a], F. Boissan[a], I. Rolland[a], P. Marle[a], P. Stock[a], J.-L. Cavallini[a], H. Corbet[a], A. Thimon-Lechevalier[a], P. Lecureux[a], J.-F. Boin[c], J.-P. Boutin[c, d], Ph. Rouanet de Berchoux[c], J.-L. Guigon[a]

*a Membres du groupe de travail « Missions et activités du CMA 2020 ».*
*b Institut de recherche biomédicale des armées, bureau co-investigations hospitalières et d'unités, BP 73 – 91223 Brétigny sur Orge Cedex.*
*c Direction centrale du Service de santé des armées, Fort neuf de Vincennes Cours des maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.*
*d École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.*

Article reçu le 9 février 2015, accepté le 4 mai 2015.

**Résumé**

La mission prioritaire du Service de santé des armées est le soutien des forces en opérations et en métropole. Dans le cadre du projet de service SSA 2020, une enquête par questionnaire a été réalisée en novembre 2013 auprès de plus de 2 000 soignants et 14 000 patients dans les centres médicaux des armées pour contribuer à la réflexion prospective sur les besoins en offre de soins. Plus de la moitié des militaires interrogés déclarait qu'ils consulteraient plus souvent un médecin militaire si celui-ci était qualifié en médecine de sport (58,9 %) ou en médecine manuelle-ostéopathie (54,2 %). Près d'un militaire sur deux (49,7 %) déclarait souhaiter la venue d'un spécialiste au service médical. Pour un militaire sur trois, les spécialités souhaitées étaient la kinésithérapie-rééducation et les soins dentaires ; les autres spécialités étant souhaitées par moins d'un militaire sur cinq. Plus de la moitié des soignants interrogés déclarait ressentir un besoin d'offre de soins de la patientèle à renforcer en médecine manuelle-ostéopathie, kinésithérapie-rééducation et dentisterie, mais aussi addictologie, nutrition-diététique, ophtalmologie et soutien psychologique. Ce besoin était moins ressenti par les patients. Cette enquête montre l'importance pour le personnel soignant de communiquer auprès des patients sur leurs compétences afin de les valoriser et de poursuivre les actions de partenariats avec les réseaux de soins militaires et civils.

Mots-clés : Centres médicaux des armées (CMA). Médecine des forces. Offre de soins. Ouverture. Soutien médical.

**Abstract**

**EVOLUTION OF THE CARE AVAILABLE WITHIN THE ARMED FORCES MEDICAL CENTERS: THE PATIENT'S POINTS OF VIEWS VERSUS THOSE OF THE MEDICAL CARE GIVERS.**

The primary mission of the French Military Health Service (SSA) is to provide medical support to the Armed Forces personnel before, during and after their operational involvement. In November 2013, a study was conducted among the French Armed Forces in order to contribute to future-oriented health mission reflection (SSA 2020 project). This study included 2,000 health care providers and 14,000 patients from the 55 French armed medical centers. More than half of the patients said they would more likely consult military doctors if they were qualified in sport medicine (58.9%), manual medicine and osteopathy (54.2%). Close to one in two patients (49.7%) wanted to consult a specialist in their medical centre. For one in three patients, the specialities most wanted were physiotherapy and dental care. Other specialities were requested by less than one patient in five. More than half of all health care providers confirmed the need to improve health care in manual medicine and osteopathy, physiotherapy, dental care, addictology, nutrition, ophthalmology and psychological support. This study shows how important it is for military doctors to communicate on their specialities and qualifications with their patients in order to enhance their competence and develop partnerships with the Public Health Service.

Keywords: French armed forces. Health care. Medical services. Medical support. Public health service.

R. HAUS-CHEYMOL, médecin en chef, praticien certifié. S. BOYAVALLE, infirmière cadre supérieure de santé spécialisée. C. VERRET, médecin en chef, praticien certifié. L. OLLIVIER, médecin en chef, praticien certifié. F. PÉRELLO, médecin en chef. E. RABATEL, médecin en chef. L. GROS, médecin en chef. F. BOISSAN, médecin en chef, I. ROLLAND, médecin en chef. P. MARLE, médecin en chef. P. STOCK, infirmière de classe normale. J.-L. CAVALLINI, médecin en chef. H. CORBET, infirmier de classe supérieur. A. THIMON-LECHEVALIER (TA), médecin en chef, praticien confirmé. P. LECUREUX, médecin général, praticien certifié. J.-F. BOIN, médecin en chef, praticien certifié. J.-P. BOUTIN (2S), médecin général inspecteur, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Ph. ROUANET de BERCHOUX, médecin général inspecteur, praticien certifié. J.-L. GUIGON, médecin général inspecteur, praticien certifié.

**Correspondance :** Madame le médecin en chef R. HAUS-CHEYMOL, Direction centrale du Service de santé des armées, Bureau expertise des risques sanitaires, Fort neuf de Vincennes Cours des maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.
E-mail : rachel.haus@intradef.gouv.fr

## Introduction

La mission prioritaire du Service de santé des armées (SSA) est le soutien des forces en opérations et en métropole. Depuis 2011, le soutien médical des forces armées françaises a été profondément réorganisé avec l'instauration des bases de défense et la création des 55 Centres médicaux des armées (CMA) et des 14 centres médicaux interarmées (CMIA) (1). Cette réforme, conduite dans un contexte de rationalisation des effectifs du soutien, a entraîné une concentration des moyens dédiés à la santé et a renforcé l'homogénéité du service.

À l'horizon 2020, le soutien santé des forces doit continuer à évoluer afin d'améliorer les performances technique et économique du service. Dans l'avenir, le périmètre de responsabilité des CMA sera plus vaste en s'ouvrant aux territoires de santé. Concentrés sur leurs missions opérationnelles, ils devront donner la priorité aux activités de médecine générale et à la pratique des soins (2). Cette dernière permet notamment de maintenir le lien et la crédibilité indispensable auprès des professionnels de santé civils dans le cadre du réseau de soins local. Un des objectifs de la mise en œuvre de la Visite médicale périodique (VMP) à 2 ans en 2010 était notamment d'améliorer le fonctionnement et l'exercice professionnel des CMA (3).

Pour associer les professionnels du SSA aux réflexions sur la conduite du changement imposée par le projet SSA 2020, différents groupes de réflexion ont été créés en 2013 par la Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA) sur le devenir de la médecine des forces (4, 5). Ces groupes se sont intéressés aux besoins de la communauté de Défense et au parcours de soins dans le territoire de santé, aux soins de premier recours et à l'organisation des parcours professionnels afférents, à l'organisation de la chaîne de soins de premier recours ainsi qu'à la nouvelle politique d'activités et de missions.

Dans ce cadre, une étude portant sur les besoins en offre de soins des militaires soutenus et des professionnels de santé du SSA a été réalisée à l'automne 2013 dans l'ensemble des 55 CMA (6). Les objectifs de cette étude se situaient à deux niveaux différents :

– loco-régionaux : identifier l'offre de soins à maintenir ou développer dans chaque Antenne médicale (AM) et contribuer à l'élaboration du projet d'établissement de chaque CMA ;

– nationaux : contribuer à la réflexion prospective sur la médecine des forces.

Cet article présente les résultats nationaux de l'enquête descriptive.

## Méthodes

Deux questionnaires anonymes différents ont été diffusés auprès d'un échantillon de la patientèle militaire et du personnel soignant au sein de chaque AM.

### *Type d'enquête, population d'étude et données recueillies*

#### Enquête auprès de la patientèle militaire

Les critères d'inclusion étaient : tout militaire effectuant sa VMP dans une AM en France métropolitaine sur une période de 20 jours ouvrables située entre octobre 2013 et novembre 2013. Les données recueillies concernaient les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, grade, armée) et les besoins en offre de soins (venue de spécialistes à l'AM et si oui lesquels, réalisation de soins infirmiers prescrits dans le civil, ouverture de la consultation aux familles, horaires de consultation…).

#### Enquête auprès du personnel soignant

Tout personnel soignant militaire d'active et de réserve affecté dans une AM située en France métropolitaine était inclus dans l'étude. Les données recueillies portaient sur la catégorie de soignant (médecin, dentiste, infirmier, psychologue, auxiliaire sanitaire), son statut (d'active ou de réserve), son ressenti par rapport aux besoins en offre de soins de la patientèle de l'AM et la réponse apportée par l'AM dans les domaines suivants : médecine du sport, kinésithérapie-rééducation, médecine manuelle-ostéopathie, addictologie, dentisterie, ophtalmologie, allergologie, gynécologie médicale, soutien psychologique, nutrition-diététique, conseils aux voyageurs et éducation pour la santé.

#### Représentativité des patients et des soignants ayant répondu à l'enquête

##### *Enquête auprès de la patientèle militaire*

Afin de vérifier la représentativité des militaires répondants, leurs caractéristiques ont été comparées à celles de la population militaire globale en termes de sexe, âge, grade et armée à partir des effectifs fournis par l'Observatoire social de la Défense et la Direction générale de la Gendarmerie nationale pour l'année 2013.

##### *Enquête auprès du personnel soignant*

De même, afin de vérifier si les soignants répondants étaient représentatifs du personnel soignant employé dans les CMA et ainsi valider une extrapolation des résultats, les caractéristiques professionnelles des soignants interrogés ont été comparées aux données extraites du Référentiel en organisation (REO) 2013 pour les cinq catégories suivantes : auxiliaire sanitaire, infirmier, médecin, dentiste et psychologue.

### *Analyses statistiques*

Les questionnaires ont été saisis au niveau de chaque AM puis adressés à la DCSSA via les Directions régionales du Service de santé des armées. Les données ont été analysées avec le logiciel Stata 9®. Compte tenu de l'importance des effectifs de sujets répondant, le seuil du risque de première espèce $\alpha$ a été fixé à $10^{-3}$ et non au seuil conventionnel de 0,05.

La représentation géographique des données a été réalisée en rattachant chaque AM à un bassin de vie

(classification de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) 2012). Le bassin de vie est défini comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants définis en six grands domaines : services aux particuliers, commerce, enseignement, santé, sports-loisirs-culture et transports.

# Résultats

## *Enquête auprès de la patientèle militaire*

### Taux de participation et caractéristiques socio-démographiques

Le taux de participation des AM à l'enquête sur les besoins de la patientèle était très élevé (93,1 %) et 14 817 militaires ont répondu au questionnaire dans les 188 AM participantes (fig. 1).

Le nombre moyen de militaires interrogés par AM était de 78 (médiane : 70 ; extrêmes 1 à 435), 85 % des militaires étaient des hommes, la moitié (51,5 %) avait moins de 35 ans et près de 80 % appartenaient à l'armée de Terre (37,7 %) ou à la Gendarmerie (38,0 %). Plus de la moitié des militaires interrogés (54,6 %) déclaraient vivre en couple sur la garnison.

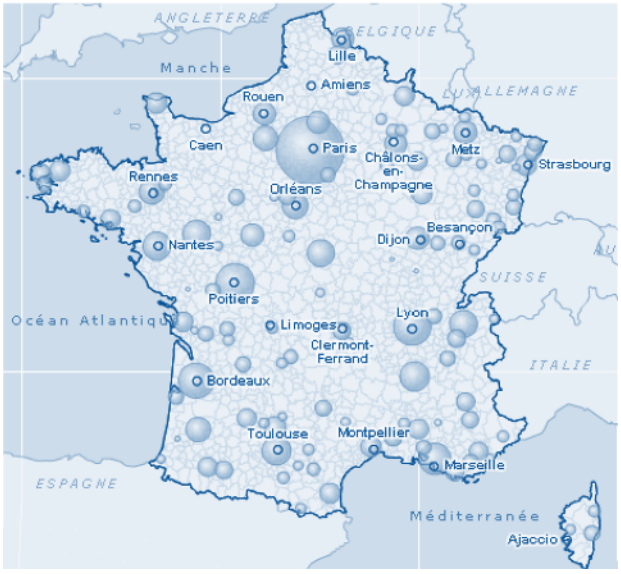



**Figure 1. Distribution géographique par bassin de vie du nombre de patients ayant répondu à l'enquête, enquête CMA 2020, novembre 2013 (N = 14 817).**

## *Représentativité des patients ayant répondu à l'enquête*

Au total, environ 5 % des effectifs militaires du ministère de la Défense et de la Gendarmerie ont répondu à l'enquête. La population des répondants différait significativement de celle de l'ensemble de la population militaire rattachée au ministère de la Défense (plus de femmes, plus de sujets de plus de 45 ans, plus d'officiers) (tab. I). La Marine était sous représentée. Pour la Gendarmerie, la population des répondants comprenait plus de femmes que la Gendarmerie dans son ensemble.

### Besoins en offre de soins

Les principaux besoins en offres de soins de la patientèle militaire sont présentés dans le tableau II.

La majorité des militaires (56,0 %) déclarait consulter exclusivement ou préférentiellement un médecin généraliste civil et ce quelle que soit l'armée d'appartenance, le taux le plus élevé étant retrouvé pour la Gendarmerie (71,0 %).

La quasi-totalité (93,7 %) des militaires ayant répondu à la question étaient satisfaits des soins dispensés à l'AM. Les militaires ne s'étant pas prononcés sur cette question étaient plus fréquemment des sous-officiers, appartenant à la Gendarmerie ou déclarant la consultation exclusive ou préférentielle d'un médecin généraliste civil.

Plus de la moitié des militaires interrogés déclarait qu'ils consulteraient plus souvent un médecin de l'AM si celui-ci était qualifié en médecine de sport (58,9 %) ou en médecine manuelle-ostéopathie (54,2 %). Seule une femme sur trois (32,3 %) déclarait qu'elle consulterait plus souvent un médecin de l'AM si celui-ci était qualifié en gynécologie médicale ; la proportion de femmes favorables à la venue d'un spécialiste en gynécologie médicale à l'AM était faible (21,1 %).

Près d'un militaire sur deux (49,7 %) déclarait souhaiter la venue d'un spécialiste à l'AM. Pour un militaire sur trois, les spécialités souhaitées étaient la kinésithérapie-rééducation (33,3 %) et les soins dentaires (29,2 %).

Les autres spécialités étaient souhaitées par moins d'un militaire sur cinq. Le souhait de la venue d'un spécialiste à l'AM dans le domaine de soutien psychologique était faible (9,1 %).

Les raisons les plus souvent invoquées pour ne pas souhaiter une offre de soins supplémentaire à l'AM étaient des raisons pratiques (éloignement) (41,0 %) et l'absence de besoin ressenti (35,8 %). Les raisons pratiques (éloignement…) étaient la principale cause citée par près de la moitié des gendarmes ne souhaitant pas d'offre de soins supplémentaire (49,3 %). Le commandement et une éventuelle incidence sur l'aptitude n'étaient pas ressentis comme des freins au recours du spécialiste en AM.

La grande majorité des patients souhaitait une consultation pendant le temps de travail (73,9 %). Le choix des autres créneaux horaires se répartissait sur une consultation très matinale (16,7 %) ou tardive en fin de journée (15,8 %). La consultation pendant la pause méridienne était souhaitée par seulement 10,0 % des patients.

La possibilité de faire réaliser à l'AM les soins infirmiers prescrits dans le civil était souhaitée par plus de 2/3 des militaires. Les soins aux familles étaient souhaités par 41,8 % des militaires ayant déclaré vivre en couple sur la garnison ; la proportion la plus élevée était retrouvée pour les officiers (52,5 %).

**Tableau I. Comparaison des caractéristiques des militaires ayant répondu à l'enquête « patient » à celles de l'ensemble de la population militaire du ministère de la Défense et de la Gendarmerie, enquête CMA 2020, novembre 2013.**

| | Ministère Défense | | | | Gendarmerie | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Enquête « patient » (N=9 153) | | OSD [a] 2013 Militaires (N=223 643) | | Enquête « patient » (N=5 610) | | RH 2013 Gendarmerie (N=96 813) | |
| | N | (%) | % | p | N | (%) | % | p |
| **Sexe** | | | | $10^{-6}$ | | | | $10^{-5}$ |
| Homme | 7637 | (83,6) | 85,4 | | 4 820 | (86,2) | 84,0 | |
| Femme | 1496 | (16,4) | 14,6 | | 774 | (13,8) | 16,0 | |
| **Âge** | | | | $10^{-6}$ | | | | 0,003 |
| < 25 ans | 1 771 | (19,4) | 19,5 | | 798 | (14,2) | 15,1 | |
| 25-34 ans | 3 527 | (38,6) | 40,6 | | 1 497 | (26,7) | 28,2 | |
| 35-44 ans | 2 425 | (26,5) | 27,4 | | 1 656 | (29,6) | 29,1 | |
| 45 ans et plus | 1 410 | (15,4) | 12,5 | | 1 648 | (29,4) | 27,6 | |
| **Catégorie de grade** | | | | $10^{-6}$ | | | | |
| MDR | 3 652 | (40,3) | 41,4 | | 782 | (14,1) | 13,7 | 0,7 |
| Sous-officier | 3 857 | (42,6) | 43,5 | | 4 377 | (78,9) | 79,2 | |
| Officier | 1 554 | (17,1) | 15,2 | | 388 | (7,0) | 7,1 | |
| **Armée** | | | | $10^{-6}$ | | | | |
| Terre | 5 565 | (60,8) | 56,7 | | - | - | | - |
| Air | 2 451 | (26,7) | 20,5 | | - | - | | - |
| Mer | 742 | (8,1) | 17,3 | | - | - | | - |
| Autre | 395 | (4,3) | 5,4 | | - | - | | - |

[a] Observatoire social de la Défense.

Le souhait d'une offre de soins supplémentaire à l'AM était systématiquement plus faible chez les gendarmes par rapport aux patients rattachés au ministère de la Défense.

## *Enquête auprès du personnel soignant en antennes médicales*

### Taux de participation et caractéristiques socio-démographiques

Le taux de participation de l'enquête auprès du personnel soignant en AM était très élevé ; 92,6 % des AM ont répondu à l'enquête et seules 15 AM n'ont pas participé à l'enquête. Au total, 2 007 personnels travaillant en CMA soignants ont répondu au questionnaire dans les 187 AM participantes. Parmi ces soignants, 1 874 (94,0 %) étaient militaires d'active et 120 réservistes. Le personnel d'active était principalement représenté par des auxiliaires sanitaires, des infirmiers et des médecins alors que près de 90 % des réservistes étaient des médecins et des infirmiers (tab. III).

### Représentativité du personnel soignant ayant répondu à l'enquête

Au total, près de 60 % du personnel soignant militaire d'active employé dans les CMA a répondu à l'enquête (tab. III) La structure sociale du personnel soignant d'active (auxiliaire sanitaire, infirmier, médecin, dentiste et psychologue) ayant répondu à l'enquête était proche

**Tableau II. Besoins en offres de soins de la patientèle militaire selon l'armée d'appartenance, enquête CMA 2020, novembre 2013.**

| | Ministère Défense (N=9 153) | | Gendarmerie (N=5 610) | | Total [a] (N=14 817) | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| **Type de suivi médical** | | | | | | | |
| Suivi par un médecin civil | 4 273 | 46,9 | 3 976 | 71,0 | 8 267 | 56,0 | |
| Suivi médical indifférent | 1 588 | 17,4 | 494 | 8,8 | 2 087 | 14,1 | |
| Suivi médecin AM si accidents en service | 1 252 | 13,7 | 627 | 11,1 | 1887 | 12,8 | $10^{-5}$ |
| Suivi par médecin AM | 1 282 | 14,1 | 235 | 4,2 | 1527 | 10,3 | |
| Pas de suivi médical | 712 | 7,8 | 270 | 4,8 | 985 | 6,7 | |
| **Satisfait des soins à l'antenne** [b] | 6333 | 93,8 | 3 507 | 93,5 | 9875 | 93,7 | 0,6 |
| **Souhait de venir consulter un médecin de l'AM qualifié en :** | | | | | | | |
| Médecine du sport | 5 619 | 62,2 | 2 969 | 53,7 | 8 618 | 58,9 | $10^{-5}$ |
| Médecine manuelle-ostéopathie | 5 189 | 57,4 | 2 703 | 48,8 | 7 921 | 54,2 | $10^{-5}$ |
| Gynécologie [c] | 506 | 34,3 | 218 | 28,5 | 726 | 32,3 | $10^{-5}$ |
| Nutrition | 2 861 | 31,9 | 1 521 | 27,6 | 4 397 | 30,2 | $10^{-5}$ |
| Problèmes allergiques [d] | 2 459 | 27,4 | 1 151 | 20,9 | 3 622 | 24,9 | $10^{-5}$ |
| Aide arrêt tabac - alcool [d] | 1 764 | 19,7 | 752 | 13,7 | 2 528 | 17,4 | $10^{-5}$ |
| **Souhait d'un spécialiste à l'AM** | 5 141 | 56,2 | 2 189 | 39,1 | 7 357 | 49,7 | $10^{-5}$ |
| Kiné-rééducation | 3 440 | 38,3 | 1 415 | 25,4 | 4 872 | 33,3 | $10^{-5}$ |
| Chirurgie-dentaire | 3 241 | 35,8 | 1 041 | 18,6 | 4 294 | 29,2 | $10^{-5}$ |
| Suivi gynécologique [c] | 361 | 24,6 | 113 | 14,6 | 475 | 21,1 | $10^{-5}$ |
| Lunettes [d] | 1 782 | 19,8 | 930 | 16,6 | 2 719 | 18,6 | $10^{-5}$ |
| Podologie | 1 670 | 18,7 | 602 | 10,7 | 2 283 | 15,7 | $10^{-5}$ |
| Dermatologie | 1 468 | 16,3 | 598 | 10,7 | 2 073 | 14,2 | $10^{-5}$ |
| Conseil alimentaire [d] | 1 137 | 12,7 | 466 | 8,3 | 1 610 | 11,0 | $10^{-5}$ |
| Soutien psychologique | 948 | 10,6 | 373 | 6,7 | 1 328 | 9,1 | $10^{-5}$ |
| Autre spécialité | 282 | 3,1 | 113 | 2,0 | 395 | 2,7 | $10^{-5}$ |
| **Souhait de soins infirmiers à l'AM** | 6 892 | 75,4 | 3 153 | 56,1 | 10 072 | 68,1 | $10^{-5}$ |
| **Soins aux familles** [e] | 1949 | 43,6 | 1 325 | 39,4 | 3 283 | 41,8 | $10^{-5}$ |

AM : antenne médicale – MG : médecin généraliste.
[a] l'armée d'appartenance n'était pas précisée pour 54 militaires.
[b] parmi les 10 539 militaires ayant émis une opinion (4 278 militaires (28,9 %) ne se sont pas prononcés sur la question).
[c] parmi les militaires de sexe féminin.
[d] termes utilisés dans le questionnaire
[e] parmi les militaires ayant déclaré vivre en couple sur la garnison.

**Tableau III. Comparaison du statut du personnel soignant ayant répondu à l'enquête à celui de l'ensemble du personnel militaire employé dans les CMA, CMA 2020, novembre 2013.**

| | Enquête « soignant » | | Données REO [b] 2013 | p |
|---|---|---|---|---|
| | N | (%) | | |
| **Personnel d'active [a] (N=1720)** | | | N=2764 (%) | 0,2 |
| Auxiliaire sanitaire | 765 | (44,5) | (44,5) | |
| Infirmier | 564 | (32,8) | (30,6) | |
| Médecin | 378 | (22,0) | (24,1) | |
| Chirurgien-dentiste | 11 | (0,6) | (0,6) | |
| Psychologue | 2 | (0,1) | (0,1) | |
| **Personnel de réserve (N=118)** | | | N=1551 (%) | 0,4 |
| Médecin | 61 | (51,7) | (48,5) | |
| Infirmier | 44 | (37,2) | (39,8) | |
| Chirurgien-dentiste | 7 | (5,9) | (10,4) | |
| Auxiliaire sanitaire | 1 | (0,8) | (1,2) | |

[a] Hors catégorie « autres » pour laquelle la représentativité ne pouvait pas être vérifiée.
[b] Référentiel en organisation 2013 personnel en CMA hors antennes vétérinaires et antennes médicales de prévention (données pour les 5 catégories présentées).

de la population militaire employée dans les CMA. Pour ces cinq catégories, le taux de participation global était de 62,2 % (1 720/2 764) et variait de 50,0 % à 68,8 %.

De même, la structure de la population des soignants réservistes interrogés différait peu de celle issue du REO avec cependant une sous-représentation des chirurgiens-dentistes réservistes.

### Besoins en offre de soins

Plus de la moitié des soignants interrogés identifiait un besoin en offre de soins de la patientèle auxquels ils ne pouvaient pas donner de réponse ou qu'ils pensaient souhaitables de renforcer dans les domaines suivants : médecine manuelle-ostéopathie, kinésithérapie-rééducation, addictologie, nutrition-diététique, ophtalmologie, soutien psychologique et chirurgie-dentaire. Le souhait de venir consulter à l'antenne médicale pour ces spécialités (en dehors de la médecine du sport) était plus faible pour les patients (fig. 2).

Les médecins identifiaient plus fréquemment que les infirmiers ou les auxiliaires sanitaires un besoin de la patientèle en médecine manuelle-ostéopathie non satisfait ou à renforcer alors que les auxiliaires sanitaires identifiaient plus fréquemment un besoin de la patientèle en éducation pour la santé, conseils aux voyageurs et allergologie sans réponse ou à renforcer (tab. IV).

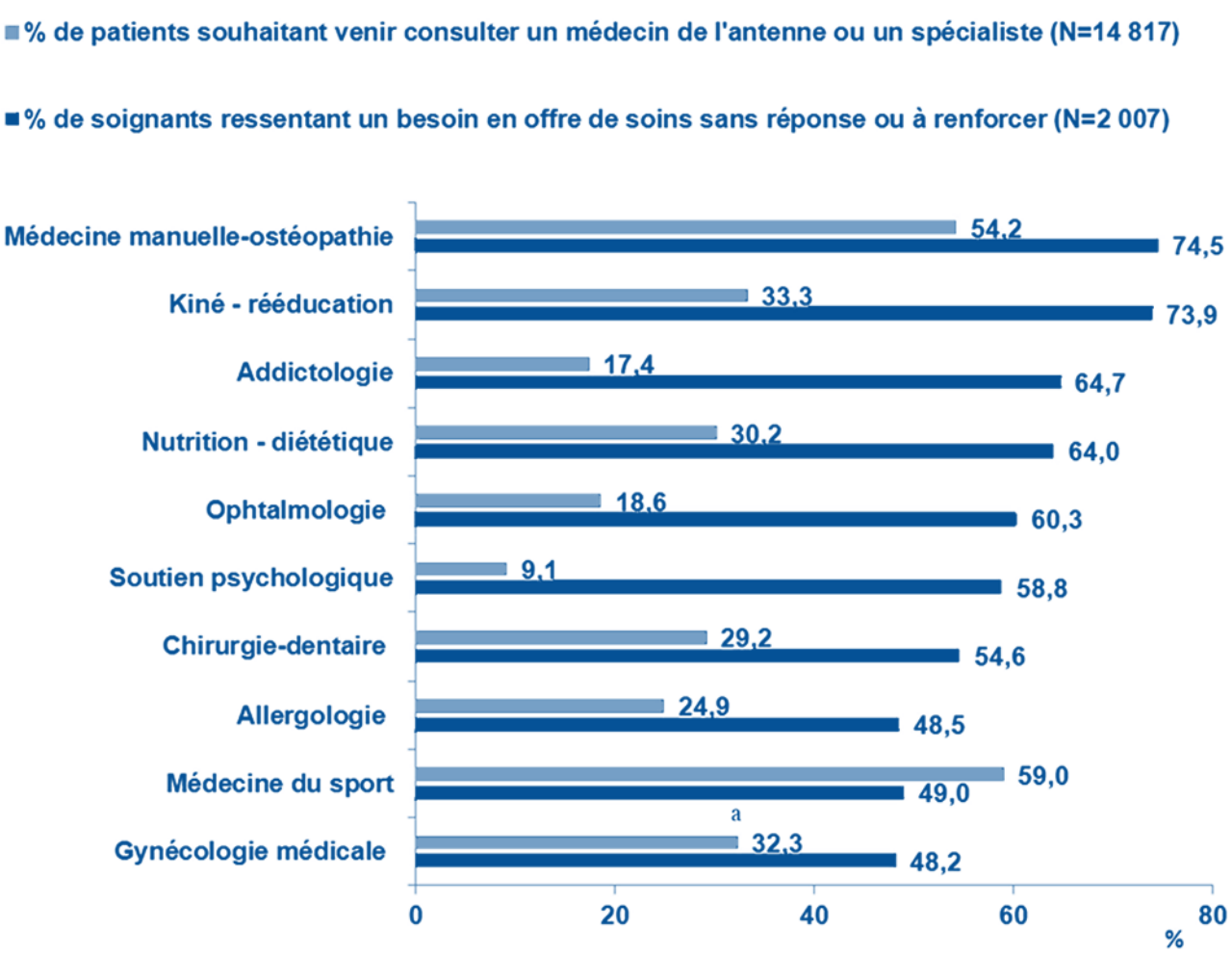
L'existence d'un besoin à renforcer ou sans réponse actuelle en médecine manuelle-ostéopathie était significativement plus fréquemment cité par le personnel soignant d'active que par le personnel de réserve (75,2 % *versus* 64,8 %). Pour les autres disciplines, il n'existait pas de différence significative entre personnel soignant d'active et de réserve.

## Discussion

### *Limites de l'étude et représentativité des patients et des soignants*

Cette étude présente plusieurs limites. La structure sociale des militaires répondant à l'enquête était significativement différente de celle de la population militaire dans son ensemble que ce soit pour les armées ou pour la Gendarmerie. La Marine nationale était sous représentée dans notre échantillon car cette enquête s'adressait, dans un premier temps, uniquement aux CMA. Les militaires et le personnel soignant rattachés à la force d'action navale et à la force océanique stratégique n'ont donc pas été inclus ; leurs attentes ne sont donc pas connues à travers cette enquête.

La structure sociale du personnel soignant d'active et de réserve (auxiliaire sanitaire, infirmier, médecin,




[a] Chez les militaires de sexe féminin.

**Figure 2. Comparaison des besoins en offre de soins exprimés par les patients et le personnel soignant, enquête CMA 2020, novembre 2013.**

chirurgien-dentiste et psychologue) répondants n'était pas significativement différente de celle de la population soignante globale affectée en CMA. Toutefois, cette étude a été réalisée auprès du personnel soignant présent dans les CMA. Compte tenu des forts taux de projection en opérations extérieures pendant la période d'étude et de la durée limitée de l'étude, les avis des professionnels projetés n'ont pas tous pu être pris en compte dans notre étude.

## *Principaux résultats et mise en perspective*

Les taux de participation des structures médicales à cette étude, que ce soit du côté des patients ou des soignants était important malgré une phase importante de projection pendant la période d'étude ce qui est en faveur d'une adhésion des CMA à cette enquête.

### Des patients majoritairement suivis en médecine de ville…

Selon la Loi portant sur le statut général des militaires, le médecin des forces est tout d'abord et avant tout un médecin généraliste, médecin traitant par défaut de tous les militaires dont il assure le soutien (7). Le choix de recourir au médecin d'AM comme médecin traitant (consultation exclusive ou préférentielle du médecin de l'AM) est faible dans cette étude (environ 10 %) et vient renforcer un constat déjà montré dans plusieurs travaux où ce choix était déclaré chez environ 30 % des répondants (8-11). Plusieurs explications sont généralement avancées : proximité géographique, dualité aptitude-soins…

### … mais satisfaits des soins dispensés à l'AM

Un taux élevé de satisfaction des soins dispensés à l'AM était constaté dans cette étude mais près d'un tiers des patients interrogés n'ont pas répondu à cette question. Les caractéristiques de ces patients sont en faveur d'une moindre fréquentation du service médical, reflet de patients ayant donc une méconnaissance de l'offre de soins proposée par l'AM ou s'en étant éloignés.

**Tableau IV. Besoins en offres de soins des patients estimés par le personnel soignant en CMA, enquête CMA 2020, novembre 2013.**

| | Médecins (N=441) | Infirmiers (N=611) | Auxiliaire sanitaire (N=766) | Total (N=1 818) | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | % [a] | % [a] | % [a] | % [a] | |
| Médecine manuelle-ostéopathie | **82,8** | **73,9** | **70,9** | **74,9** | **$10^{-4}$** |
| Kinésithérapie-rééducation | 76,9 | 74,2 | 71,8 | 73,9 | 0,15 |
| Addictologie | 64,1 | 68,0 | 62,6 | 64,8 | 0,11 |
| Nutrition-diététique | 67,0 | 63,8 | 62,3 | 64,0 | 0,3 |
| Ophtalmologie | **52,8** | **63,2** | **62,6** | **60,4** | **$10^{-5}$** |
| Soutien psychologique | 53,9 | 59,6 | 59,9 | 58,3 | 0,1 |
| Chirurgie-dentaire | **50,2** | **59,9** | **53,5** | **54,8** | **0,006** |
| Allergologie | **37,8** | **45,2** | **57,6** | **48,3** | **$10^{-5}$** |
| Médecine du sport | 43,8 | 49,7 | 51,0 | 48,7 | 0,05 |
| Gynécologie médicale | 46,4 | 45,8 | 51,1 | 48,1 | 0,13 |
| Education pour la santé | **30,9** | **44,2** | **47,3** | **42,2** | **$10^{-5}$** |
| Conseils aux voyageurs | **15,1** | **29,7** | **37,2** | **28,9** | **$10^{-5}$** |

[a] Regroupe les réponses « Besoin ressenti et réponse à renforcer » et « Besoin ressenti et pas de réponse actuellement ».

## Une offre de soins en AM mal connue des patients

Plus de la moitié (58,9 %) des militaires interrogés déclarait qu'ils consulteraient plus souvent un médecin de l'AM si celui-ci était qualifié en médecine de sport. Or, la qualification en médecine du sport est souvent acquise par les praticiens. Ceci est confirmé par le fait que, du point de vue des soignants, les besoins pour cette discipline sont déjà majoritairement proposés à l'AM. Ces derniers gagneraient donc à communiquer sur leurs qualifications au travers de leurs ordonnanciers ou par leurs contacts avec les services des sports des unités. Un travail récent (8) a montré que plus des deux tiers des militaires de l'armée de Terre déclaraient ne pas connaître le parcours universitaire du médecin de leur AM, et que la moitié admettait ne pas savoir si ce dernier possédait ou non un doctorat d'État en médecine ; la connaissance du parcours progressant avec l'âge et le grade du militaire interrogé. Peu de données existent dans la littérature sur la connaissance, par les militaires, du rôle et des multiples attributions du médecin militaire.

## Médecine du sport et médecine manuelle : des domaines intéressant les patients et les soignants

La médecine manuelle-ostéopathie et la kinésithérapie-rééducation arrivaient en tête des besoins à apporter en AM du point de vue des patients et des soignants. La médecine manuelle-ostéopathie est une spécialité en vogue depuis une dizaine d'années et ayant acquis sa notoriété dans le suivi des sportifs ou des professions soumises aux mêmes contraintes physiologiques que les militaires (milieu aéronautique, parachutisme…) qui revendiquent donc la même offre thérapeutique.

La prévention des risques d'accidents liés à l'Entraînement physique militaire et sportif (EPMS) est une préoccupation importante des états-majors en raison de la proportion importante d'accidents en service. La prévention des accidents liés à l'EPMS

a fait l'objet d'un plan au niveau des armées en 2011 afin d'intégrer une réflexion interarmées sur le suivi de l'accidentologie et sur la synergie entre médecins, spécialistes EPMS et encadrement de proximité. L'application de ce plan devrait conduire à une réduction de la proportion d'accidents de service liés à l'EPMS de 30 % à 10 % à l'horizon 2015 (12). Toutefois, ce plan n'aborde pas le rôle de la médecine manuelle-ostéopathie dans le soin et la prévention de la chronicisation des séquelles pouvant être acquises au cours de l'EPMS. Pourtant, cette discipline pourrait avoir un rôle certain dans la remise rapide en condition opérationnelle des militaires blessés. Elle est considérée par le personnel soignant, quelle que soit la spécialité (médecins, infirmiers, auxiliaires sanitaires), comme une spécialité majeure à renforcer dans les AM. Il y a donc un intérêt à ce que le personnel soignant du SSA bénéficie, dans le cadre de sa formation, d'une meilleure connaissance de la médecine manuelle-ostéopathie (preuves scientifiques sur l'efficacité et l'innocuité, cadre légal entourant la pratique et la formation de cette spécialité…). L'accès des patients à cette spécialité pourrait être proposé soit en formant du personnel soignant en CMA, soit en faisant appel à des réservistes ou soit en orientant les patients vers la médecine manuelle-ostéopathie exercée par des praticiens civils compétents et diplômés dans le réseau de soins civil local des CMA. L'intérêt majeur à former du personnel soignant militaire dans ces spécialités est de disposer de soignants compétents sur les théâtres d'opération favorisant une remise en condition opérationnelle rapide des militaires. La présence de kinésithérapeutes réservistes dans les AM est souvent très bien considérée par la population militaire qui peut ainsi réaliser plus facilement les séances de rééducation durant les horaires de travail.

### Une discordance soignants-patients pour les autres spécialités

Les patients interrogés sont peu intéressés par le déplacement à l'AM de spécialistes dans les autres spécialités proposées dans l'étude (soutien psychologique, dermatologie, conseil alimentaire, nutrition, aide à l'arrêt du tabac et de l'alcool, gynécologie…) alors que le personnel soignant, de son côté, estime que les besoins dans ces domaines notamment en addictologie, nutrition, ophtalmologie et soutien psychologique sont à renforcer au sein des AM. Cette différence constatée aurait été peut-être différente si la question avait été uniquement posée à des militaires venant d'être affectés sur la garnison et n'ayant donc pas encore connaissance du réseau de soins du milieu civil.

La discordance constatée entre les besoins préventifs et curatifs ressentis par le personnel soignant et le faible souhait, par les patients, de consultations à l'AM s'expliquent probablement par différents facteurs : absence de prise de conscience des patients des moyens de traitement ou de prévention nécessaires ou souhaitables pour améliorer leur état de santé, raisons pratiques, dualité traitant-expert, méconnaissance, attentes différentes… Cette discordance montre la nécessité tout d'abord, de mieux expliquer au patient la stratégie médicale de prise en charge globale de son état de santé, de développer la notion de prévention en médecine générale dans la population soutenue, ensuite de favoriser et de densifier le réseau de soins de proximité autour des forces en collaboration avec des partenaires civils. Créer un réseau de soins avec des spécialistes civils permet également de pallier aux problèmes d'éloignement géographiques des unités vis-à-vis des antennes médicales ou des hôpitaux des armées. C'est le cas, par exemple, du dispositif de prise en charge financière, sous conditions, des consultations de psychologue en milieu civil pour les militaires souffrant de troubles psychiques post-traumatiques établi dans le cadre du plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées » 2013-2015 (13). La diffusion aux médecins de CMA de la liste des acteurs de soins civils locaux dans les domaines souhaités par le SSA permettrait de renforcer les liens des médecins du SSA avec les praticiens civils de proximité. À titre d'exemple, dans le cadre des soins psychologiques, les coordonnées des cellules d'urgences médico-psychologiques, des centres médico-psychologiques, des centres et consultations spécialisées en psycho traumatologie, des professionnels identifiés…) ont été diffusées aux médecins des forces.

La possibilité de réalisation à l'AM des soins infirmiers prescrits dans le civil était souhaitée par près de ¾ des militaires. La nécessité de validation des prescriptions civiles par les médecins de l'AM avant la réalisation des soins dans l'établissement a cependant été soulevée par plusieurs soignants.

## Conclusions et recommandations

La médecine des forces est la médecine de proximité, exercée au contact direct des forces, par des médecins militaires, spécialistes en médecine générale, au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Les activités qui constituent le cœur de métier de la médecine des forces sont d'ores et déjà bien identifiées : soins, urgences, prévention, éducation pour la santé, expertises médicales, conseil au commandement, formation, entraînement, organisation (2) mais celles-ci demeurent mal connues des patients. Cette enquête souligne l'importance pour l'ensemble du personnel soignant de communiquer, auprès des militaires soutenus, sur les spécialités et diplômes détenus au sein des CMA afin de valoriser les compétences du personnel du SSA et d'afficher plus clairement les actions réalisées.

## Remerciements

La DCSSA et les membres du groupe de travail « Missions et activités du CMA 2020 » remercient vivement l'ensemble du personnel soignant des centres médicaux des armées pour leur participation active à cette enquête ainsi que les patients militaires ayant répondu aux questionnaires.

**Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.**

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES


1. Direction centrale du Service de santé des armées. Instruction n° 2600/DEF/DCSSA/OSP/ORG du 30 novembre 2012 relative à l'organisation et au fonctionnement des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées.
2. Direction centrale du Service de santé des armées. Le projet de service « SSA 2020 ». Document n° 515696/DEF/DCSS/PS du 25 novembre 2013.
3. Bulletin officiel des armées. Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.
4. Direction centrale du Service de santé des armées. Note n° 58/DEF/DCSSA/PS/SCS du 11 février 2013 relative aux évolutions de la médecine au soutien direct des forces à l'horizon 2020.
5. Direction centrale du Service de santé des armées. Lettre n° 76/DEF/DCSSA/EMP du 20 mars 2013 relative à l'élaboration du projet de service du SSA pour la médecine au soutien direct des forces.
6. Direction centrale du Service de santé des armées. Note n°510679/DEF/DCSSA/PC/MA du 25 septembre 2013 relative à la réalisation d'une enquête sur les besoins en offre de soins dans les centres médicaux des armées (CMA).
7. Loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires.
8. Comblet J. Attentes des patients militaires envers leurs médecins d'unité et terme d'offre de soins. Étude auprès de 290 militaires exerçant en région parisienne. Paris : Université Paris Descartes ; 2011:124 p.
9. Bercher A. Perception par le militaire de leur médecin d'unité, étude transversale descriptive dans la région Terre Nord-est. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2010:172 p.
10. Audoual T. Perception par les militaires et image du médecin militaire. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2007.
11. Carmoi T. Le médecin idéal : le point de vue des patients. Paris : Université Pierre et Marie Curie Paris VI ; 2010:13 p.
12. Ministère de la Défense. Plan de prévention en santé des militaires n°D-11-008940/DEF/EMA/RH/2/NP du 17 novembre 2011.
13. Direction centrale du Service de santé des armées. Plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées » 2013-2015.