Expérience professionnelle d'une consultation de médecine interne dédiée aux forces armées à l'Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne de Toulon

M. Aletti[a, b], C. Landais[a], J.-M. Cournac[a], É. Poisnel[a], É. Roméo[a], C. Jacquier[a, 2], J.-F. Paris[a], Ph. Carli[a, c]

a Service de médecine interne, HIA Sainte-Anne, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 09.
b Service de médecine interne, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
c École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Le développement des réseaux de soins entre les services médicaux des bases de défense et les hôpitaux des armées demeure une priorité à développer au sein des modalités d'exercice des médecins militaires. Dans ce sens, les auteurs rapportent l'expérience sur une période rétrospective de treize mois, d'une consultation de médecine interne dédiée aux forces armées et conduite à l'Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne (Toulon). À partir d'une analyse statistique descriptive, ils formalisent une typologie de ce genre de consultations et soulignent la dualité de sa finalité : expertise médico-militaire comme attendu mais aussi soutien technique par les spécialistes hospitaliers, permettant un suivi ultérieur en médecine générale chez plus de la moitié des militaires ayant bénéficié de cette consultation dédiée.

Mots-clés : Aptitude médicale. Consultation dédiée. Parcours de soin.

Abstract

Professional Experience of an Internal Medicine Ward for the French Armed Forces within the French Army Teaching Hospital of Toulon.

Developing a network of good working relationships between the French Army Medical Centers and the different Army Teaching Hospitals is essential to optimize the efficiency of the Armed Forces medical care trajectories. The authors report on the experience of an internal medicine ward for the French Armed Forces within the Army Teaching Hospital of Toulon, over a retrospective period of thirteen months. Based on a descriptive analysis, they present the working and epidemiological features of the consultations, and their outcomes : medical care, medico-military decision regarding a serviceman's fitness for work, and medical follow up.

Keywords : Fitness for work. French Army. Healthcare trajectory. Internal Medicine. Medical consultation.

Introduction

Le Service de santé des armées (SSA) a pour mission d'assurer aux armées une couverture complète de l'ensemble de la chaîne sanitaire : de la médecine préventive aux soins immédiats, à l'hospitalisation et au suivi des patients. Les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) offrent, sur le territoire national, une médecine de soins, d'aptitude et d'expertise au profit des unités militaires qui les entourent (1).

L'HIA Sainte-Anne a une position géographique originale à Toulon, car entouré de la plus grande base navale militaire de Méditerranée et de nombreuses unités de l'armée de Terre et de Gendarmerie. Depuis 2005, le service de médecine interne de cet hôpital propose aux antennes médicales militaires une Consultation spécialisée de médecine interne dédiée aux unités (CMIDU) pour les cas médicaux difficiles, en termes de diagnostic et/ou d'aptitude.

L'aptitude repose sur une expertise médicale qui vise à déterminer si un sujet est capable d'occuper certains emplois, d'exécuter certains exercices mais aussi s'il peut s'acquitter de ses tâches dans la collectivité militaire.

M. ALETTI, médecin principal. C. LANDAIS-HERZOG, médecin en chef. J.-M. COURNAC, médecin des armées. É. POISNEL-BELLEC, É. ROMÉO, médecin principal. C. JACQUIER-MARTINEZ, médecin principal. J.-F. PARIS, médecin en chef. Ph. CARLI, médecin général, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Monsieur le médecin principal M. ALETTI, Service de médecine interne, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : marc.aletti@santarm.fr

L'Instruction ministérielle 2100/DEF/DCSSA/AST/AME (IM 2100) (2) décrit le principe de l'aptitude médicale à travers un profil médical qui est défini par sept sigles (S, I, G, Y, C, O, P) auxquels sont attribués un certain nombre de coefficients (1 à 6). L'éventail de ces coefficients couvre les différents degrés allant de la normalité jusqu'à l'affection grave ou l'impotence fonctionnelle majeure qui commande l'inaptitude totale. Ainsi, les résultats d'un bilan médical se trouvent transposés en niveaux qui permettent d'émettre un avis sur l'aptitude du personnel à servir ou à l'emploi, à partir de critères ou normes définis par le commandement. La détermination de l'aptitude est initiée dès l'entrée du personnel dans l'institution (lors de la visite médicale de sélection et d'incorporation, et pendant la période probatoire), mais aussi tout au long de son métier (qu'il soit de carrière ou sous contrat) à l'occasion d'examens médicaux qu'il est appelé à subir (visite médicale périodique, visite médicale d'aptitude particulière à des spécialités ou formation d'emploi, visite médicale d'ordre statutaire, visite de reprise du travail après un congé de maladie…). L'aptitude n'est jamais figée : elle évolue en fonction de l'état de santé et de carrière du personnel. Certaines décisions d'aptitude sont gérées au niveau du médecin généraliste à l'Antenne médicale (AM) mais une expertise plus spécialisée au niveau hospitalier est souvent nécessaire.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer de manière descriptive, à l'HIA Sainte-Anne :

– la qualité, le déroulement et l'apport d'une CMIDU, en termes de diagnostic et d'aptitude ;

– pour des pathologies médicales relevant de la médecine interne ;

– pour les trois catégories de personnels suivantes :

• les militaires d'active (pour statuer sur une aptitude),

• les militaires en congés de maladie (pour décider la reprise du service ou la prolongation du congé maladie),

• les personnels souhaitant incorporer l'armée (civils en attente de sélection, personnels sélectionnés et personnels incorporés en période probatoire) pour statuer sur leur aptitude à l'engagement.

Dans ce travail, seul le signe G a été pris en compte dans la décision d'aptitude (1, 2).

Matériels et méthodes

Une CMIDU est ouverte, au sein de l'HIA Sainte-Anne, tous les mercredis matin de 9 h 30 à 12 h 00, en dehors des périodes de vacances scolaires et des ours fériés. Cela correspond à 200 consultations théoriquement disponibles (à raison de 5 créneaux par demi-journée) sur la durée de l'étude entre le 2/9/2009 et le 29/9/2010. La possibilité de doubler chaque créneau est ouverte selon le caractère d'urgence émis par l'Antenne médicale.

Cette consultation est strictement réservée aux militaires d'active et aux personnels souhaitant s'engager dans l'armée, et uniquement à la demande d'un médecin militaire, quelle que soit l'armée d'appartenance (Terre, Marine, Air, Gendarmerie, Services), et quel que soit le département d'origine.

Elle est dispensée par un nombre restreint de médecins spécialistes : un médecin-chef spécialiste de médecine interne qui est par ailleurs le responsable de la consultation, un médecin assistant de médecine interne et un ou deux internes de spécialité. Chaque consultation est systématiquement contresignée par le médecin-chef responsable.

La CMIDU s'adresse à toutes les pathologies médicales en dehors des urgences vitales et des avis spécialisés *a priori* cardiologiques, pneumologiques, chirurgicaux, psychiatriques, neurologiques, dermatologiques et gastro-entérologiques.

Chaque consultant est classé dans une des trois catégories de personnels suivantes :

– Groupe I : militaires d'active venant pour un avis médical ou pour une décision d'aptitude ;

– Groupe II : militaires en congés de maladie pour décision de reprise du service ou de prolongation de congé maladie ;

– Groupe III : personnels souhaitant incorporer l'armée pour statuer leur aptitude à l'engagement (expertise complétant une visite médicale d'incorporation ou réclamée durant la période probatoire).

Le recueil des données est ainsi fait sur trois fiches différentes qui ont en commun :

– les données administratives (nom, prénom, sexe, date de naissance, armée d'appartenance, grade, emploi sous contrat ou de carrière, type d'emploi) ;

– les données relatives à la pré-consultation (nom et département de l'Antenne médicale, date de demande et date effective de la consultation) ;

– les données sur la pathologie motivant la consultation qui ont ensuite été regroupé en spécialité qui relève du champ de la médecine interne (maladies dysimmunitaires et inflammatoires, endocrinologie et métabolisme, rhumatologie, infectiologie, néphrologie…).

Et enfin les données relatives au déroulement de la consultation (lettre du médecin des forces, dossier paraclinique amené par le patient, examens complémentaires et/ou autre avis spécialisés prescrits par le spécialiste).

Des données spécifiques à chaque groupe sont déterminées :

– Groupe I :

- type de suivi avant et après la CMIDU (Antenne Médicale, HIA, autre hôpital, spécialiste en ville, médecin traitant, autre),

- date de début de la maladie,

- état du diagnostic final après la CMIDU (confirmé, confirmé et précisé, redressé),

- prescription ou non d'une thérapeutique à l'issu de la CMIDU,

- décision médico-militaire : profil G (1 à 6), modification ou non de l'aptitude , profil d'aptitude générale au service, à l'emploi, au service à la mer ou à l'OPEX, au sport (apte, inapte, inapte temporaire pour chaque item) ;

– Groupe II :
- motif de consultation,
- situation actuelle de la position de l'état de santé,
- décision médico-militaire ;
– Groupe III :
- motif de consultation (aptitude à l'engagement, à une préparation militaire, à une école militaire),
- type de suivi avant et après la CMIDU (Antenne médicale, HIA, autre hôpital, spécialiste en ville, médecin traitant, autre),
- date de début de la maladie,
- état du diagnostic final après la CMIDU (confirmé, confirmé et précisé, redressé),
- décision *médico*-militaire : apte ou inapte temporaire ou définitif.

Les données ont été retranscrites et analysées à partir d'un tableur de type Excel®.

Résultats

Ont été enregistrées, 208 demandes de consultations médicales de médecine interne selon le Département d'information médicale (DIM) de l'hôpital. On note que 11,5 % (n = 24) des dossiers n'ont pas pu être exploités. En effet, 6,25 % (n = 13) des rendez-vous n'ont pas été honorés pour cause de non-présentation du patient, 2,9 % (n = 6) des rendez-vous ont dû être immédiatement réorientés vers d'autres spécialités, et 2,4 % (n = 5) sont des dossiers non exploitables (perdus, ou mal documentés) (fig. 1).

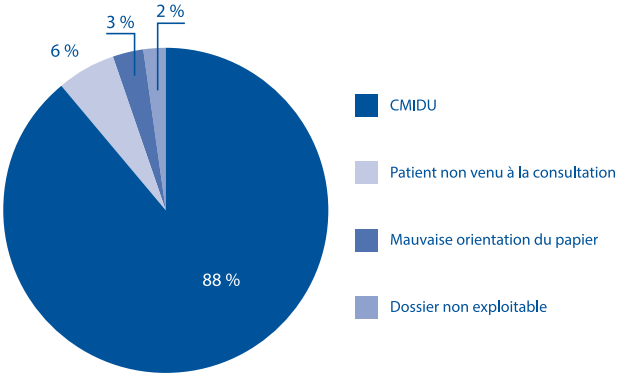


Figure 1. Consultations étudiées (88,5 %, n = 184) et exclues (11,5 %, n = 24).

Sur la période d'étude, 200 créneaux de consultations étaient disponibles, le ratio de demande de consultations/nombre de créneaux disponibles a donc été égal à 104 % (208/200), et le ratio de consultations réalisées/nombre de créneaux disponibles a donc été égal à 97,5 % (195/200).

Parmi la population étudiée (88,5 %, n = 184), 80 % (n = 148) des consultations ont été faites au profit de militaires en activité (Groupe 1), 7 % (n = 13) au profit des militaires en congés pour raison de santé (Groupe 2), et 13 % (n = 23) au profit des candidats à l'engagement (Groupe 3) (fig. 2). Le sex-ratio était de 3,6 hommes/1 femme.

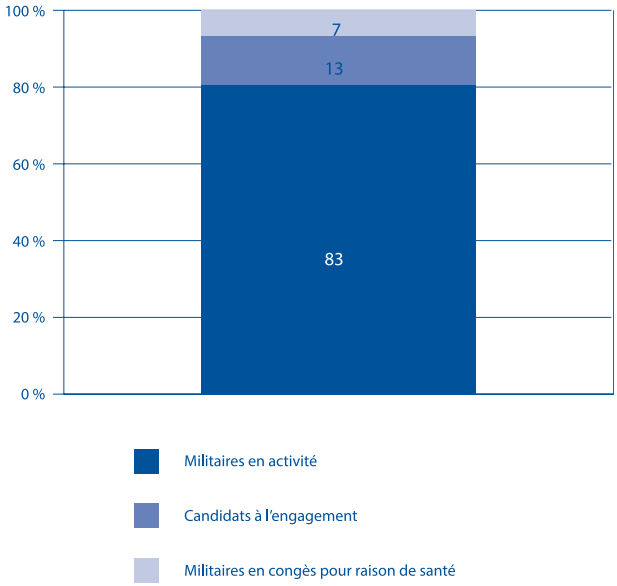


Figure 2. Répartition des groupes étudiés.

Les demandes de consultations émanaient pour 50,5 % (n = 93) de personnels dépendant de la Marine nationale, pour 29,3 % (n = 54) de personnels de l'armée de Terre, de 9,3 % (n = 17 de la Gendarmerie nationale, de 6,5 % (n = 12) de l'armée de l'Air, et de 4,4 % (n = 8) des Services (fig. 3). Parmi les militaires en activité et ceux en congés pour raison de santé (c'est-à-dire sans compter les candidats à l'engagement), la majorité appartenait au corps des sous-officiers (56 %, n = 90), ou au corps des militaires du rang (40,3 %, n = 65). Seuls 3,7 % (n = 6) des consultants étaient des officiers, et aucun officier général n'a participé à la CMIDU (fig. 4).

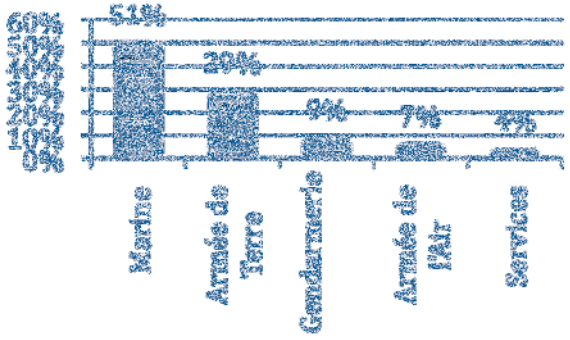


Figure 3. Répartition par Arme.

Le délai moyen d'obtention de la consultation était de 18,6 j +/-7, dépendant de l'urgence de la consultation et des exigences personnelles ou opérationnelles (mission, permission) imposées par l'Antenne Médicale ou le patient.

La majorité des patients venaient soit de la Base navale de Toulon (47,8 %, n = 88) soit du 21e RIMA de Fréjus (14,7 %, n = 27), soit de la Base aéronavale de Hyères

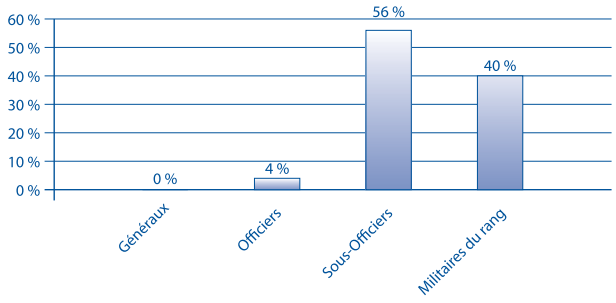


Figure 4. Répartition par Grade.

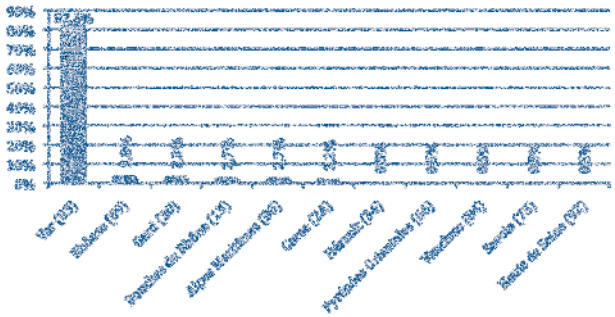


Figure 6. Répartition par département.

(5,4 %, n = 10). Un pourcentage beaucoup plus faible (<5%, n < 10) venait des autres unités comme le montre la figure 5.

Les patients venaient ainsi majoritairement 82,6 % (n = 152) du département du Var, mais aussi de tous les départements du quart sud est de la France (fig. 6).

Une lettre du médecin de l'Antenne médicale était présentée dans 97 % des CMIDU. Le tableau I représente les demandes formulées par le médecin : 54,3 (n = 100) correspondaient à un avis d'aptitude (dont 64 % concernaient les militaires du groupe I, 13 % ceux du groupe II et 23 % les personnels du groupe III). On note que 40,2 % (n = 74) des consultations étaient des demandes d'avis spécialisés avec ou sans avis d'aptitude et ne concernaient que les militaires d'active en activité. Enfin, seul 5,5 % des consultations correspondaient à un suivi de pathologies chroniques.

Dans le tableau II, sont énumérées les spécialités du champ de la médecine interne dans lesquels ont été groupées toutes les pathologies qui ont été rencontrées. Les 3/4 (66,5 %) des pathologies correspondent à quatre champs de spécialité : l'endocrinologie/métabolisme (25,5 %), la rhumatologie (24 %) et les maladies infectieuses (17 %) et la néphrologie (7,6 %). Le dernier 1/4 correspond à des pathologies groupées au sein de la cancérologie (ici majoritairement des suivis de cancer de la thyroïde qui auraient pu être groupés dans endocrinologie), de l'hématologie (5,5 %), de l'immunologie (4,2 %). Le reste des spécialités rencontré est anecdotique et pourrait même être considéré comme une mauvaise orientation du patient : gastro-entérologie (3,2 %), médecine du sport (2,7 %), psychiatrie (2,7 %), neurologie 0,5 %), et cardiologie (0,5 %).

Les consultations réalisées dans le Groupe I (n = 148) ont donné lieu à la prescription d'examens para-cliniques dans 53 % des cas (n = 78) (tab. IIIA). Cinquante-cinq virgule huit pour cent (55,8 %) des patients ont été réadressés dans le parcours de soins de la médecine générale, alors que les autres ont été ré-adressés dans un parcours de soins spécialisés : soit en revenant consulter au sein de la CMIDU (12 %, n = 18), soit vers un spécialiste militaire (16 %, n = 23), soit un spécialiste civil (16,2 %, n = 24) (tab. IIIB). Finalement, la CMIDU a dans le groupe I confirmé 87,8 % (n = 130) des diagnostics en précisant le cadre pour 68,2 % (n = 101), et a permis de redresser pour 12,2 % le diagnostic (n = 18) (tab. IIIC). À l'issue de la consultation, l'aptitude aura été modifiée pour 40 % (n = 60) des patients du groupe I ; parmi cette modification d'aptitude, 20 % (n = 12) seront redevenus aptes, et 80 % (n = 48) ont subi une décision d'au moins une inaptitude (tab. IIID).

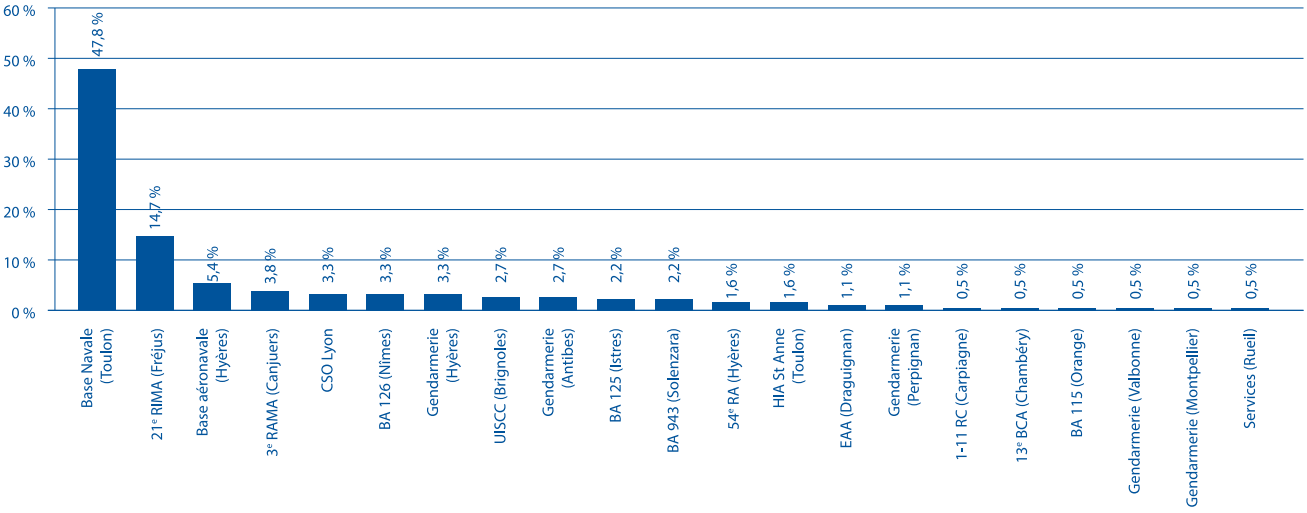


Figure 5. Répartition par Unité.

Tableau I. Répartition des motifs de consultation.

	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
Aptitude	64	13	23	54,3 % (n = 100)
Avis spécialisé +/- aptitude	74			40,2 % (n = 74)
Suivi spécialisé	10			5,5 % (n = 10)
Total	**148**	**13**	**23**	**N = 184**

Tableau II. Répartition des groupes de spécialités médicales des pathologies rencontrées.

Spécialité	Groupe I	Groupe II	Groupe III	N
Endoc/ métabolisme	37	1	9	47 (25,5 %)
Rhumatologie	39	3	2	44 (24 %)
Maladies Infectieuses	31	0	0	31 (17 %)
Néphrologie	8	0	6	14 (7,6 %)
Suivi de cancérologie	7	4	1	12 (6,5 %)
Hématologie	8	0	2	10 (5,5 %)
Immunologie	5	1	2	8 (4,2 %)
Gastro-entérologie	3	3	0	6 (3,2 %)
Médecine du sport	4	0	1	5 (2,7 %)
Psychiatrie	5	0	0	5 (2,7 %)
Neurologie	0	1	0	1 (0,5 %)
Cardiologie	1	0	0	1 (0,5 %)
Total	**148**	**13**	**23**	**184**

Tableau III. Groupe I — Activité Médicale.

A. Examens paracliniques prescrits : % (n)	
- OUI	53 % (n = 78)
- NON	47 % (n = 70)
B. Surveillance ultérieure : % (n)	
- Surveillance en médecine générale :	55,8 % (n = 88)
- Surveillance spécialisée :	
CMIDU	12 % (n = 8)
Spécialiste militaire	16 % (n = 23)
Spécialiste civil	16,2 % (n = 24)
C. Diagnostic après la CMIDU : % (n)	
- Confirmé :	19,6 % (n = 29)
- Confirmé et précisé :	68,2 % (n = 101)
- Redressé :	12,2 % (n = 18)
D. Modification de l'aptitude : 40 % (n = 60)	
- Devenus apte	20 % (n = 12)
- Devenus inaptes	80 % (n = 48)

Parmi les patients devenus inaptes, tous ont subi une modification du SIGYCOP : 83,3 % (n = 40) ont été reclassés G = 3, 14,6 % (n = 7) ont été reclassés G = 4, 2,1 % (n = 1) reclassés G5 et aucun n'a été classé G = 6 (fig. 7).

Une inaptitude temporaire a été attribuée à 64,5 % (n = 31) et 35,5 % une inaptitude définitive. L'inaptitude temporaire a été prescrite pour 3 mois (45,2 %, n = 14), pour 4 mois (3,2 %, n = 1), pour 6 mois (38,7 %, n = 12), ou pour 12 mois (12,9 %, n = 4) (fig. 8).

Une seule inaptitude temporaire a été décidée pour 45,2 % (n = 14) de ces patients, alors qu'au moins deux inaptitudes temporaires étaient décidées pour les autres 54,8 % (n = 17) (fig. 9), ce qui fait un total de 74 inaptitudes.

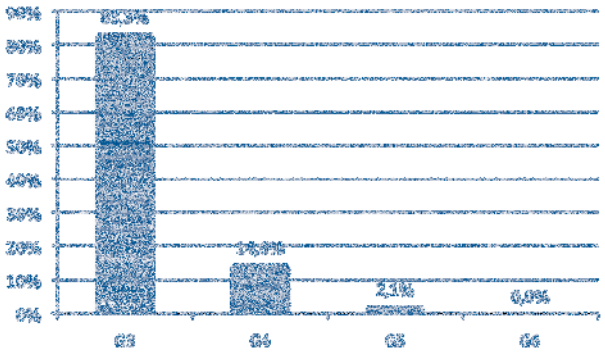


Figure 7. Groupe I : reclassement G parmi les inaptitudes prononcées.

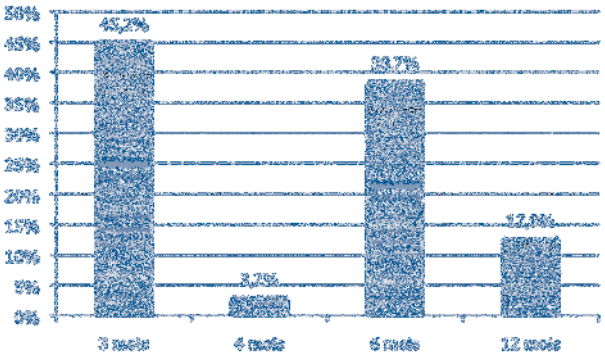


Figure 8. Groupe I : durée de l'inaptitude temporaire.

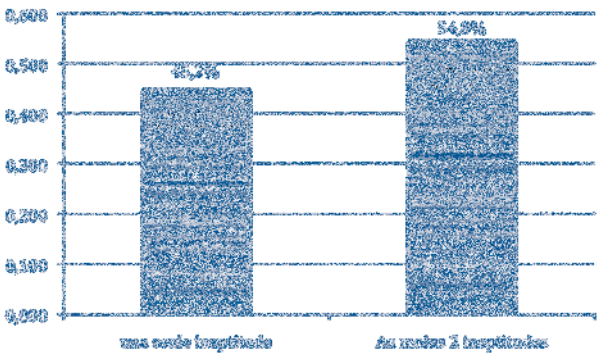


Figure 9. Groupe I : nombre d'inaptitudes temporaires prescrites (n = 74).

Parmi, celles-ci, 21,6 % (n = 16), étaient des inaptitudes temporaires liées à l'emploi, 43,2 % (n = 32) étaient des inaptitudes temporaires au service à la mer, aux OPEX et aux missions de courte de durée, et 35,1 % (n = 26) étaient des inaptitudes temporaires à la pratique et/ou aux épreuves sportives (fig. 10).

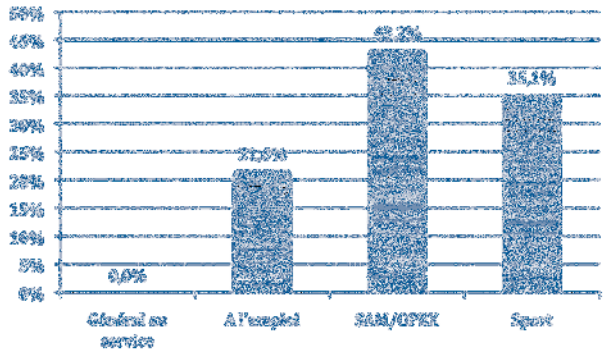


Figure 10. Groupe I : proportion d'inaptitudes temporaires prononcées (sur un total de 74).

Enfin, si 17 patients ont eu une inaptitude définitive à l'issue de la CMIDU, 21 inaptitudes définitives ont été prononcées : dont 76,2 % (n = 16) d'inaptitude définitive au service à la mer, aux OPEX et aux missions de courte de durée, et 23,8 % (n = 5) d'inaptitude définitive à la pratique et/ou aux épreuves sportives. Aucune inaptitude définitive générale au service ou à l'emploi n'a été prononcée (fig. 11).

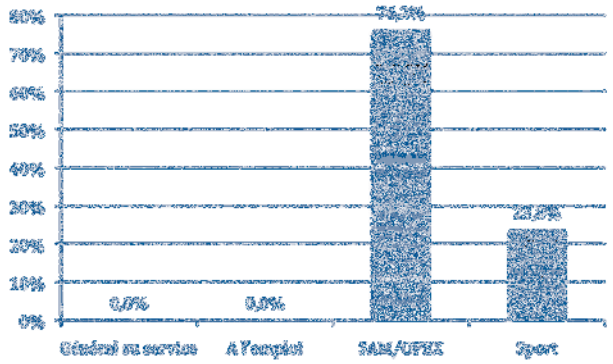


Figure 10. Groupe I : proportion d'inaptitudes temporaires prononcées (sur un total de 74).

Concernant les consultations des patients du Groupe II, l'expertise médicale s'est systématiquement déroulée à partir des documents amenés par les patients et aucun examen complémentaire n'a été demandé pour la prise de décision médico-militaire. Ainsi, parmi les 13 patients du groupe II : 15,5 % (2) ont été rendus aptes à la reprise du travail, 7,5 % mis en congé maladie, 23 % mis en Congé longue maladie (CLM), 31 %, ont eu une prolongation du CLM, et 23 % une prolongation du congé longue durée pour raison de santé (tab. IV).

Les consultations du Groupe III (n = 23) ont donné lieu à la prescription d'examens complémentaires dans 35 % des cas (n = 8). À l'issue, 56 % (n = 13) des décisions ont rendu les consultants aptes au service, et 44 % (n = 10) inaptes (tab. V).

Si l'on regroupe l'ensemble des trois groupes, 56 % (n = 104) des patients sont aptes à l'issu de la CMIDU et 44 % (n = 80 inaptes. La CMIDU a été à l'origine d'une modification d'aptitude dans 40 % des cas (n = 72) : elle a prononcé pour 14 patients une aptitude et elle a prononcé pour 58 patients au moins une inaptitude (32 pour au moins une inaptitude temporaire et 26 pour au moins une inaptitude définitive) (tab. VI).

Tableau IV. Groupe II — Décisions médico-militaires.

Décision Médico-Militaire	% (n)
Aptitude à la reprise du travail	15,5 % (2)
Mise en congé maladie	7,5 % (1)
Mise en CLM	23 % (3)
Prolongation du CLM	31 % (4)
Prolongation CLD	23 % (3)
Total	**13**

Tableau V. Groupe III — activité médicale.

Examens paracliniques prescrits	Total % (n)
— OUI	35 % (n = 8)
— NON	75 % (n = 15)

Décision d'aptitude	
— Apte au service	56 % (n = 13)
— Inaptes au service	44 % (n = 10)

Discussion

Ce type de consultation de médecine interne dédiée aux unités existe au sein de l'HIA Sainte-Anne depuis 2005. L'évaluation de son contenu et de son apport nous a semblé importante pour déterminer l'intégration de l'hôpital dans le parcours de soins et d'expertise du militaire.

Rapports avec les antennes médicales

Il existe globalement une bonne adhésion des centres médicaux d'unités comme en témoigne le ratio de demande de consultations/nombre de créneaux disponibles. La demande des centres médicaux semble honorée car le doublement possible des créneaux de consultations a peu été utilisé.

Tous les départements de PACA sont représentés, et essentiellement le Var. Localement, il existe une proximité importante entre le service de médecine interne (et donc la CMIDU) et les médecins généralistes

Tableau VI. Résumé des décisions médico-militaires.

Décision Médico-militaire	Groupe I n = 148	Groupe II n = 13	Groupe III n = 23	Total n = 184
Aptes	89 (60 %)	2 (15 %)	13 (56 %)	104 (56 %)
Dont prononcés Aptes	*12*	*2*		*14*
Dont maintenus Aptes	*77*			
Inaptes	59 (40 %)	11 (85 %)	10 (44 %)	80 (44 %)
Dont prononcés inaptes temporaires	*31*		*1*	*32*
Dont prononcés inaptes définitifs	*17*		*9*	*26*
Dont maintenus inaptes	*11*	*11*		

qui participent aux gardes des urgences de l'HIA Sainte-Anne. En dehors de ce cercle de connaissance, le rôle et l'activité de la CMIDU sont probablement mal connus d'autant plus qu'il n'y a pas de régulation réglementaire officielle la concernant en dehors du centre de consultations de l'hôpital.

La CMIDU est majoritairement bien documentée par d'une part une lettre du médecin adresseur, et d'autre part le dossier médical (radiographie, bilan biologique…) amené par le patient. Ceci témoigne, globalement d'une bonne préparation en amont. Bien que nous n'ayons pas spécifiquement étudié la qualité et la pertinence des documents apportés, nous avons constaté parfois une certaine approximation dans le motif de la demande de consultation. Une des pistes serait de réaliser un formulaire dédié pour éviter ces écueils.

Le délai moyen d'obtention d'une consultation est de 18 jours, ce qui nous semble raisonnable, mais ce chiffre ne rend pas compte en réalité de la souplesse des prises de rendez-vous.

La volonté d'impliquer les internes militaires en cours de DES de Médecine interne ou ceux en DES d'autres spécialités médicales en cours de formation dans le service dans cette consultation, témoigne d'une volonté de responsabilisation précoce face aux problèmes d'aptitude médico-militaire. Cet exercice oblige les étudiants, à comprendre et formuler une problématique médico-administrative, puis à proposer une décision qui sera validée par un médecin senior disponible à proximité en permanence. En effet, leur futur statut de praticien certifié les positionne d'ores et déjà en tant que prochain expert dans ce domaine de l'aptitude.

Caractéristiques des consultants

Les personnels de la Marine nationale sont naturellement majoritairement représentés, car la Base de Défense avec la base navale, premier port militaire de Méditerranée, emploie plus de 15 000 marins dans les forces ou les organismes de soutien (3). Les bases de défense de Draguignan et de Marseille, qui sont proches de 70 km environ comptent aussi près de 12 000 militaires qui sont majoritairement issus de l'armée de Terre. Le sex-ratio h/f dans notre étude était de 3,6/1 alors qu'il est globalement de 6/1 dans l'armée (4) probablement parce que la Marine nationale dont l'effectif est majoritaire dans notre étude est plus féminisée que l'armée de Terre qui est majoritaire dans les effectifs de l'armée française. Aucun officier général et très peu d'officiers sont recrutés dans cette consultation, largement représentée par les corps des sous-officiers et des militaires du rang qui sont proportionnellement plus représentés dans l'armée. En 2008, les officiers représentaient effectivement 12,1 % des personnels militaires en activité, alors que les sous officiers 54,8 % et les militaires du rang 33,1 %, sur un effectif total de 357 106 personnels (incluant les trois armées, la DGA et les différents services) (5). Le recours direct aux spécialistes hospitaliers (militaires et civils) semble davantage de mise chez les personnels officiers.

Le groupe I est largement représenté, légitimant la raison même d'existence d'une telle consultation.

Les patients du groupe II sont en faible nombre au sein de la CMIDU ; une des explications que nous avançons est que les pathologies chroniques qui amènent les militaires à être en congés prolongés pour raison de santé, intéressent d'autres spécialités que la médecine interne comme l'onco-hématologie, ou la psychiatrie.

Il y a finalement peu d'activité dans le groupe III, probablement car les Centres de sélection et d'orientation remplissent correctement leur rôle. Néanmoins, deux remarques peuvent être formulées à ce niveau :

– un certain nombre de patients nous ont été envoyés pour des bilans mineurs d'aptitude (hématurie, protéinurie de découverte fortuite à la bandelette urinaire), qui peuvent relever à notre sens du rôle des centres de sélection et d'orientation ;

– nous avons constaté des demandes d'avis d'aptitude à l'engagement pour des pathologies chroniques et sévères contre-indiquant à l'évidence l'engagement dans les forces armées, et ne justifiant pas en fait une CMIDU mais seulement de se référer aux termes de l'instruction ministérielle 2100.

Analyse des décisions du spécialiste

Dans le groupe I, la prescription d'examens complémentaires a été demandée dans 53 % des cas pour préciser un diagnostic en vue d'un acte thérapeutique, d'un suivi spécialisé ou d'une décision d'aptitude et 80 % auront un diagnostic précisé et/ou redressé. La moitié d'entre eux sera orientée vers une prise charge spécialisée, 40 % auront leur aptitude modifiée. Cette CMIDU a su être réactive et s'organiser rapidement pour mettre en œuvre une prise en charge coordonnée de 19 personnels du 21e RIMA de Fréjus atteints d'accès de reviviscence

de paludisme à *Plasmodium vivax* au retour de Guyane (consultation rapide, dosage de la G6PD, demande d'ATU de Primaquine et distribution des médicaments). Ces résultats confirment l'intérêt de l'avis spécialisé qu'apporte la CMIDU autant sur la décision médico-militaire que sur la médecine de soins.

Il est intéressant de constater que les problèmes endocriniens, métaboliques et rhumatologiques constituent presque la moitié des pathologies rencontrées. L'aptitude quant à la surcharge pondérale est régulièrement demandée ; elle ne nécessite pas à notre sens un avis spécialisé sauf s'il existe un retentissement associé (l'obésité étant seulement l'un des facteurs de risque cardio-vasculaire). De même nous avons constaté que pour certaines pathologies normalement gérées au niveau du généraliste (exemple du diabète de découverte récente), la prise en charge thérapeutique n'était pas initiée et un avis spécialisé était demandé sous couvert d'une demande d'aptitude.

La décision d'aptitude résulte, en dehors du cadre de l'engagement, d'une authentique consultation individualisée : cette décision dépend autant des mentions de l'IM2100 que de la pathologie sous-jacente (étiologie, progression, retentissement) et du patient (profil de carrière souhaité, motivation…). Cela impose un minimum de connaissances sur les métiers, la carrière et les spécificités du milieu militaire.

Au final, la CMIDU, a donné lieu à une modification de l'aptitude pour 40 % (n = 72) des consultations. Parmi elles, 20 % (n = 14) étaient une décision restituant l'aptitude antérieure et 80 % (n = 58) amenaient à une décision d'une inaptitude majoritairement temporaire, courte (<6 mois) et touchant l'aptitude SAM/OPEX/MCD ou sportive. L'inaptitude dans l'emploi était peu décidée. L'inaptitude générale au service a été prise uniquement pour les personnels en cours de sélection ou en période probatoire.

Conclusion

La CMIDU est une illustration exemplaire du lien privilégié existant entre la médecine hospitalière spécialisée et la médecine des forces. Elle est indéniablement la vocation d'un HIA implanté au sein d'une importante région militaire.

Son rôle est de maintenir un lien fort entre l'hôpital et les antennes médicales, d'assurer une continuité des soins dans des délais adaptés aux contraintes opérationnelles, d'optimiser les décisions d'aptitude en adéquation avec les besoins opérationnels, de cultiver une expérience décisionnelle en rapport avec la réalité militaire et de fidéliser le militaire à une prise en charge médicale spécialisée au sein de nos établissements hospitaliers.

Cependant, elle ne doit pas se limiter au seul domaine de l'expertise médico-militaire, mais s'étendre davantage à une médecine de soins spécialisés : dans la mesure du possible, il faut pouvoir dissocier l'aptitude de la médecine de soins pour amener le militaire à consulter sans crainte pour son avenir professionnel. Par ailleurs, le rôle de la CMIDU n'est pas de se substituer à une prise en charge de type soins primaires en médecine générale. Enfin, un travail plus complet, prospectif, mériterait d'être envisagé, pour apprécier la vision et le réel service rendu aux Antennes médicales par des consultations de type CMIDU.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Instruction n° 500/DEF/DCSSA/HOP du 1er mars 2005 (BOC, p. 2184 ; BOEM 620-5*) portant règlement général des hôpitaux d'instruction des armées.
2. Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er octobre 2003 (BOC, p. 7118 ; BOEM 620-4.1.1) modifiée.
3. Marine, n°216, juillet, août septembre 2006.
4. Annuaire statistique de la défense 2009/2010, page 58, source d'après ministère de la Défense, Observatoire économique de la Défense.
5. Annuaire statistique de la Défense 2009/2010, page 56, source d'après DRH-MD/SPGRH/PRH.