Synthèse de connaissances

Rôle des médecins d'unité et difficultés rencontrées dans le suivi des militaires atteints de cancer

M. LALANDE[(1)], G. VANDERPERRE[(2)], A. PERISSE[(3)], P. RAJOELISON[(4)], M. PATIENT[(5)], É. ROMÉO[(6)], J.-S. BLADÉ[(7)], L. BOUDIN[(8)]

(1,2,5,6,7,8) Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Service d'Oncologie, Toulon
(3) 9e Centre Médical des Armées, 147e Antenne Médicale, Hyères
(4) Forces Armées de la Zone Sud de l'Océan Indien, Antenne Médicale Saint-Pierre, Réunion

Auteur correspondant : manon.lalande66@hotmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.8373

Reçu
le 22 mai 2023

Accepté
le 7 octobre 2023

Publié
le 5 mars 2024

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prise en charge et la coordination des soins des patients atteints de cancer. Pour les médecins généralistes civils, certaines difficultés ont été identifiées dans la prise en charge de ces patients. La pratique de la médecine d'unité en milieu militaire se distingue notamment du contexte civil par une expertise sur la condition physique et la population suivie. Nous avons donc tenté d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins d'unité dans la prise en charge des patients pendant ou après un cancer.
Nous avons mené une étude descriptive transversale multicentrique ciblant tous les médecins généralistes militaires appartenant au Service de santé des armées.
Nous avons envoyé un questionnaire afin de décrire la population des médecins d'unité et leurs patients, d'explorer les difficultés rencontrées par les médecins dans le suivi des militaires atteints de cancer et d'examiner les réseaux d'informations potentiels accessibles aux médecins.
Trois cent quatre-vingt-dix médecins ont rempli le questionnaire. Parmi eux, 49 % ont déclaré suivre des patients ayant une tumeur maligne « active » et 70 % ayant une pathologie tumorale maligne en rémission. Trente et un pour cent des médecins rencontrent des difficultés avec ces patients : 26 % rencontrent des difficultés concernant les aptitudes ; 17 % dans le suivi médical ; 14 % dans la prise en charge de l'aspect psychologique ; 11 % expriment des difficultés en termes d'accessibilité des spécialistes pour des avis.

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des médecins militaires ont exprimé que les antécédents de chimiothérapie ne devaient pas constituer une inaptitude définitive aux opérations extérieures ou au service à la mer. Soixante-sept pour cent des médecins souhaiteraient bénéficier d'une aide au contact entre le médecin d'unité et l'oncologue militaire et 39 % des répondants demandent la reconnaissance d'un temps partiel thérapeutique pour ces patients.
Les difficultés de suivi des patients atteints de cancer touchent également les médecins militaires. Des défis spécifiques liés à l'aptitude au travail ou des difficultés à proposer des aménagements de poste ont été mis en évidence.

Mots-clés : Cancer. Suivi. Médecin généraliste.
Retour à l'emploi. Médecine d'armée.

Abstract:
THE ROLE OF UNIT PHYSICIANS AND DIFFICULTIES ENCOUNTERED IN MONITORING MILITARY PERSONNEL WITH CANCER
General practitioners have a central role in the management and coordination of care for patients with cancer. For civilian general practitioners, certain difficulties have been identified in the care of these patients. The practice of unit medicine in a military environment differs from the civilian context in particular through expertise on fitness and the population followed. We have therefore attempted to identify the difficulties encountered by unit physicians in the care of patients during or after a cancer.
We conducted a multicenter cross-sectional descriptive study targeting all military general practitioners belonging to the French Armed Forces Health Service. We sent a questionnaire describing the population of unit physicians and their patients exploring the difficulties encountered by physicians in the follow-up of military personnel with cancer and examining potential information networks accessible to physicians.
Three hundred and ninety physicians completed the questionnaire. Among the responding physicians, 49% reported following patients with an "active" malignant tumor and 70% with a malignant tumor pathology in remission. Thirty-one percent of physicians encountered difficulties with these patients: 26% of physicians encountered difficulties concerning aptitudes, 17% in medical follow-up, 14% in addressing the psychological aspect, 11% express difficulties in terms of specialist accessibility for advice. Ninety-seven percent of military physicians stated that history of chemotherapy should not constitute a definitive inaptitude for external operations or service at sea. Sixty-seven percent of responding physicians expressed the need for contact assistance between the unit doctor and the military oncologist, and 39% of respondents requested therapeutic part-time work for these patients.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Difficulties in the follow-up of cancer patients also affects military doctors. Specific challenges related to fitness for duty or difficulties in proposing job adjustments have been highlighted.

Keywords: Cancer. Follow-up. General practitioner. Return to work. Military medicine.

Introduction

Le médecin généraliste a une place centrale dans la prise en charge des patients. Ce rôle est d'autant plus important dans les maladies chroniques pour lesquelles il est impliqué dans le dépistage, le diagnostic, le traitement puis le suivi. Son rôle est également essentiel dans la coordination des soins entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, notamment chez les patients atteints de cancer (1).

La pratique de la médecine d'unité en milieu militaire est singulière. Le médecin généraliste militaire répond aux mêmes missions que le médecin généraliste civil mais a également un rôle de médecine d'expertise et de médecine du travail (2).
En effet, la patientèle est représentée majoritairement par de jeunes militaires, en bonne santé, sélectionnés avant leur incorporation d'un point de vue médical. Les militaires doivent répondre à des exigences en termes d'aptitudes physiques et psychiques. Les soignants militaires ont ainsi la responsabilité de statuer sur l'aptitude à servir lors de la sélection, l'incorporation et tout au long de leur carrière notamment lors des visites médicales périodiques. En France, concernant l'aptitude dans le cas des tumeurs malignes, différents critères entrent en compte : localisation et évolutivité de la tumeur, éléments cliniques, paracliniques dont l'histologie, thérapeutiques mises en œuvre ainsi que le recul sur l'évolution de la maladie (3). Le médecin militaire détermine ainsi l'aptitude à servir du militaire mais également son aptitude au port d'armes, à la pratique d'activités physiques, à la conduite automobile ou encore aux déploiements opérationnels.

La place du médecin traitant dans la prise en charge des patients atteints de cancer a été soulignée dès le premier plan cancer 2003 – 2007 notamment à travers une volonté d'insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie, en mettant en place un forfait de suivi et en intégrant les médecins généralistes membres du réseau à la concertation multidisciplinaire (4). Sa place se précise au fur et à mesure des années, en le positionnant au centre de la prise en charge et coordinateur du parcours de soin. Celui-ci intervient à tous les stades du parcours du patient, du dépistage à l'après-cancer.

Contrairement à leur place dans le dépistage (5), la place des médecins généralistes dans la reprise professionnelle après cancer est peu décrite dans la littérature (6).

Une étude réalisée en France par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) s'est intéressée au suivi des patients atteints de

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

cancer par les médecins généralistes civils (7). En effet, le nombre de patients atteints de cancer ne cesse d'augmenter et cela met bien en évidence la nécessité de mettre rapidement en avant la prise en charge du patient par le médecin généraliste après la phase initiale du traitement (8). Un tiers des médecins généralistes déclarent ne pas être formés à la cancérologie et deux tiers déclarent se trouver en difficultés pour la gestion de fin de vie, des effets indésirables des traitements ou encore des séquelles dues au cancer (7).

Certaines de ces difficultés rapportées par les médecins généralistes civils nous semblent transposables aux médecins militaires. Toutefois, la spécificité du médecin militaire concernant l'âge, la condition physique et les exigences opérationnelles de sa patientèle ainsi que son rôle dans la détermination des aptitudes l'expose potentiellement à d'autres difficultés spécifiques dans le suivi de ces patients.

Alors que les tumeurs malignes et hémopathies représentent tout de même 24,3 % des nouvelles mises en Affection longue durée (ALD) (9) chez les militaires, aucune étude n'a, à notre connaissance, évalué les difficultés rencontrées par les médecins généralistes militaires dans le suivi de leur patient reprenant une activité professionnelle après cancer.

Nous avons donc réalisé une étude *via* un questionnaire auprès des médecins d'unité servant dans l'Armée française afin d'identifier d'éventuelles difficultés rencontrées dans le suivi et la prise en charge de ces patients avec pour objectifs :

- d'évaluer le volume de patients atteints de cancer dans la patientèle des médecins militaires français ;
- de connaître le point de vue du médecin concernant les contraintes que peuvent impliquer ou non les thérapeutiques instaurées en termes d'aptitudes futures ;
- d'identifier les points de prise en charge ou de suivi les mettant en difficulté ;
- d'avoir un aperçu des outils déjà présents et pouvant être mis en place pour faciliter la prise en charge du médecin généraliste.

1 Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique se déroulant du 2 juillet 2021 jusqu'au 30 septembre 2022 et visant tous les médecins généralistes militaires appartenant au Service de santé des armées.

L'approbation de diffusion d'une étude dans les structures du Service de santé de la médecine des Forces a été délivrée par la Direction de la médecine des Forces (DMF), permettant la diffusion du questionnaire médecin à l'ensemble des médecins d'unité. Selon les données actuelles, le Service de santé des armées dénombre environ 700 médecins généralistes. Ce questionnaire a été transmis par voie électronique aux chefs responsables des 16 Centres médicaux des armées (CMA) ainsi qu'aux huit Directions interarmées du Service de santé des armées outre-mer (DIASS) responsables de la diffusion du questionnaire auprès des médecins appartenant aux 230 antennes médicales. Cette étude a également reçu les autorisations réglementaires de la division recherche et innovation de la Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation (DFRI). Sa mise en œuvre a bénéficié de l'accord du comité éthique de l'HIA Sainte-Anne (IRB 202212-7).

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Nous avons donc créé un auto-questionnaire anonyme, sur un support informatisé à travers la plateforme *Sherlock* passant par le réseau *Intradef*. Ce logiciel est un équivalent de *Lime Survey*, plateforme Internet permettant la réalisation de questionnaires anonymes, aussi bien constitués de questions ouvertes ou bien fermées, mais également des questions à réponse(s) unique ou multiples.

L'avantage de cette plateforme est qu'elle permet de retirer une analyse descriptive des réponses au questionnaire. Concernant *Sherlock*, l'accès au questionnaire se fait uniquement *via* un poste *Intradef* et la gestion des participants se faisait uniquement sur invitation par mail.

Le questionnaire est composé d'une question ouverte et de 16 questions fermées, à choix multiples, dont 13 questions à réponse obligatoire.
Ces questions sont regroupées en trois grandes thématiques :

- La première : descriptive de la population de médecins d'unité et de leur patientèle (questions 1 à 5) ;
- La deuxième : explorant les difficultés rencontrées par le médecin dans le suivi des militaires atteints de cancer (questions 6, 7, 11, 12 et 13) ;
- La dernière : étudiant les potentiels réseaux d'informations accessibles pour les médecins (questions 8, 9, 10, 14 à 17).

La durée de réponse au questionnaire était estimée à 15 minutes. Toutes les réponses aux questionnaires ont été retenues pour l'étude, que les questionnaires soient renseignés de manière complète ou non.

2 Résultats

Parmi les 700 médecins militaires généralistes, 390 médecins ont répondu de façon complète au questionnaire dont 327 de manière exhaustive, soit un taux de réponse de 55 %.

2.1 Concernant la rubrique descriptive des médecins d'unité et de leur patientèle

Parmi ces médecins, une majorité soutenaient des militaires de l'armée de Terre ou bien de la gendarmerie (figure 1 et tableau 1).

Parmi les médecins ayant répondu, 49 % suivent des patients ayant une pathologie tumorale maligne « active » (bilan d'extension ou traitement en cours, ou pathologie non considérée en « rémission »).

Chez ces médecins, 78 % déclarent suivre un à trois patients ayant une pathologie tumorale maligne active ; 19 % suivre quatre à six patients ; 1 % sept à dix patients et 2 % plus de dix patients.

Parmi les médecins ayant répondu, 70 % déclarent suivre des militaires ayant une pathologie tumorale maligne en rémission. Cela représente un à trois patients chez 71 % des médecins d'unité ; quatre à six patients pour 20 % des médecins ; sept à dix patients pour 5 % d'entre eux et plus de dix patients pour 4 % des médecins.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

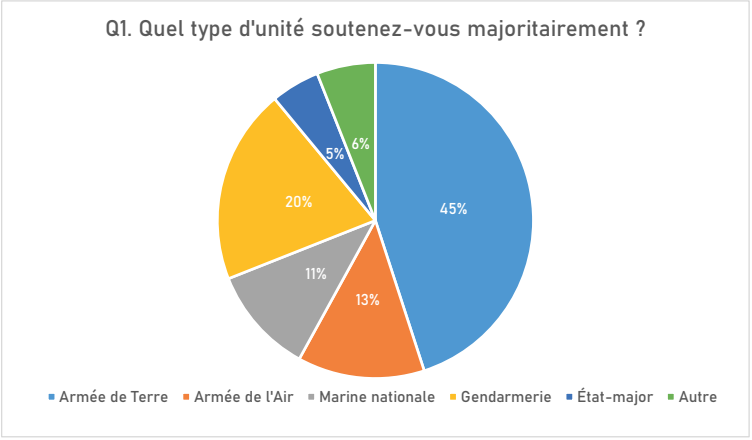


FIG. 1 : Arme d'appartenance des médecins militaires

TAB. 1 : Description des médecins d'unité et de leur patientèle

	N (%)
Q1. Quel type d'unité soutenez-vous majoritairement ?	
Armée de Terre	155 (45)
Armée de l'Air	44 (13)
Marine nationale	38 (11)
Gendarmerie	71 (20)
État-major	17 (5)
Autre	22 (6)
Q2-3. Suivez-vous actuellement des militaires ayant une pathologie tumorale maligne « active » ? Si oui, combien ?	
Oui	119 (49)
• 1 à 3	96 (78)
• 4 à 6	23 (19)
• 7 à 10	1 (1)
• Plus de 10	3 (2)
Non	126 (51)
Q4-5. Suivez-vous actuellement des militaires ayant une pathologie tumorale maligne considérée « en rémission » ? Si oui, combien ?	
Oui	166 (70)
• 1 à 3	118 (71)
• 4 à 6	34 (20)
• 7 à 10	8 (5)
• Plus de 10	7 (4)
Non	72 (30)

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

2.2 Parmi les difficultés rencontrées par le médecin dans le suivi des militaires atteints de cancer

Trente et un pour cent des médecins estiment que le suivi de ces patients pose des difficultés : 26 % des médecins rencontrent des difficultés concernant les aptitudes, 17 % dans le suivi médical, 14 % dans la prise en charge du versant psychologique, 11% expriment des difficultés en terme d'accessibilité du spécialiste pour avis, 10 % dans la prise en charge de la désadaptation à l'effort, 9 % dans la prise en charge du versant social, 7 % dans la prise en charge médicale et 6% des médecins rencontrent des problématiques autres (difficultés d'accessibilité des données quand le patient est suivi dans le civil notamment ou la difficulté d'une mise en place d'un poste adapté en terme d'activité ou d'horaires de travail). Les médecins répondeurs semblent unanimes (97 %) concernant le fait que tout antécédent de chimiothérapie ne doit pas constituer une inaptitude définitive aux opérations extérieures, à la mer ou encore au service (100 %), bien qu'aucun texte officiel ne stipule que ce traitement induirait une inaptitude systématique.
La quasi-totalité (99 %) des médecins pensent qu'un antécédent de radiothérapie ne doit pas entraîner systématiquement une inaptitude définitive au service (tableau 2).

Tab. 2 : Difficultés rencontrées par les médecins d'unité dans le suivi des patients atteints de cancer

	N (%)
Q6. Considérez-vous que le suivi de ces patients pose des difficultés ?	
Oui	71 (31)
Non	160 (69)
Q7. Quelles difficultés représentent le suivi de ces patients ?	
Prise en charge médicale	14 (7)
Suivi médical	36 (17)
Accessibilité du spécialiste	24 (11)
Aptitude	57 (26)
Prise en charge psychologique	30 (14)
Prise en charge sociale	20 (9)
Désadaptation à l'effort	21 (10)
Autre	14 (6)
Q11. Considérez-vous que tout antécédent de chimiothérapie doit constituer une inaptitude définitive aux opérations extérieures ou à la mer ?	
Oui	6 (3)
Non	210 (97)
Q12. Considérez-vous que tout antécédent de chimiothérapie doit constituer une inaptitude définitive au service ?	
Oui	0 (0)
Non	205 (100)
Q13. Considérez-vous que tout antécédent de radiothérapie doit constituer une inaptitude définitive au service ?	
Oui	2 (1)
Non	213 (99)

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

2.3 Concernant la thématique des réseaux d'informations disponibles pour le médecin d'unité

À propos des aptitudes, 40 % des médecins répondants déclarent toujours solliciter l'avis de l'oncologue militaire, 24 % le sollicitent souvent, 19 % le sollicitent parfois, 7 % le sollicitent rarement et 10 % ne le sollicitent jamais (tableau 3).

Tab. 3 : Réseaux d'informations

	Nombre (%)
Q8. Concernant les aptitudes, sollicitez-vous l'expertise d'un oncologue militaire ?	
Oui, toujours	91 (40)
Oui, souvent	55 (24)
Oui parfois	42 (19)
Oui, rarement	16 (7)
Non	23 (10)
Q9. À quel moment, pensez-vous que l'expertise d'un oncologue militaire soit justifiée ?	
Lors du diagnostic, pour envisager la prise en charge	66 (14)
Lors du diagnostic, une fois le bilan d'extension et la RCP réalisés	87 (18)
En cours de traitement	34 (7)
Dès que la pathologie est considérée en rémission ou stabilisée	95 (20)
Avec un recul de plusieurs mois une fois la pathologie en rémission ou stabilisée	162 (34)
Autre	31 (7)
Q10. Considérez-vous que l'expertise d'un oncologue militaire apporte une réelle plus-value concernant les aptitudes de ces patients ?	
Oui, toujours	52 (23)
Oui, souvent	77 (35)
Oui, parfois	54 (24)
Oui, rarement	15 (7)
Non	25 (11)
Q14. Disposez-vous d'un réseau en HIA pour les avis spécialisés en oncologie ?	
Oui, efficient	32 (15)
Oui, correct	69 (31)
Oui, perfectible	45 (21)
Non	73 (33)
Q15. Souhaiteriez-vous disposer d'une aide pour favoriser le contact entre médecin d'unité et oncologue militaire ?	
Oui	144 (67)
Non	71 (33)
Q16. Quelles aides souhaiteriez-vous pour favoriser le contact entre médecin d'unité et oncologue militaire ?	
Mail ou numéro national	112 (39)
Prospectus diffusé aux antennes	33 (11)
Mise au point officielle sur PPT/PDF ou lettres diffusées aux antennes	92 (32)
Mise au point plus officielle : instruction ministérielle ou arrêté fixant les aptitudes	43 (15)
Autre	8 (3)

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Concernant le moment opportun pour solliciter l'avis de l'oncologue militaire, celui-ci semble justifié pour 34 % des médecins à distance de plusieurs mois après que la pathologie soit en rémission ou stabilisée, 20 % au moment où la pathologie est considérée en rémission ou stabilisée, 18 % lors du diagnostic après que le bilan d'extension et la réunion de concertation pluridisciplinaire aient été réalisés, 14 % au moment du diagnostic pour envisager la prise en charge, 7 % au cours du traitement et 7 % à d'autres moments de la prise en charge.

Vingt-trois pour cent des médecins considèrent que l'expertise de l'oncologue militaire concernant l'aptitude des patients représente toujours une plus-value, 35 % pensent que l'expertise est souvent une plus-value, 24 % pensent que cela est parfois une plus-value, 7 % pensent que cela a rarement une plus-value et 11 % des médecins pensent que l'avis du spécialiste n'a pas de plus-value.

Concernant l'accès aux spécialistes, 15 % des médecins estiment avoir un accès efficient à un réseau en HIA en ayant plusieurs contacts et un accès rapide à la prise de rendez-vous, 31 % des médecins ont un accès correct au réseau en HIA par le biais d'un ou plusieurs contacts et ayant accès à une filière de demande d'avis. 21 % ont un accès qualifié de perfectible et 33 % n'ont aucun accès au réseau en HIA pour des avis spécialisés.

Soixante-sept pour cent des médecins répondeurs sont demandeurs de bénéficier d'une aide au contact entre médecin d'unité et oncologue militaire.

Quand on les interroge sur les outils dont ils pourraient avoir accès, 39 % souhaiteraient un mail ou numéro de téléphone national, 32 % une mise au point officielle sur support *PowerPoint* (PPT)/ *Portable Document Format* (PDF) ou une lettre diffusée aux antennes médicales, 15 % souhaiteraient une mise au point officielle sous forme d'instruction ministérielle ou d'arrêté fixant les aptitudes, 11 % sous forme d'un prospectus diffusé aux antennes médicales et 3 % souhaiteraient avoir accès à un autre format d'outil (contact accessible à l'échelle locale, une mutualisation des documents sur le logiciel métier médico-militaire Axone par exemple).

La dernière question était une question ouverte concernant les améliorations qui pourraient être apportées concernant les conditions de reprise professionnelle.
Trente-neuf pour cent des répondants sollicitent la reconnaissance du mi-temps thérapeutique pour ces patients et certains médecins relèvent une prise en charge psychosociale souvent insuffisante.

3 Discussion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude s'intéressant au ressenti des médecins d'unité dans le suivi des patients militaires précédemment traités pour une pathologie néoplasique.

Le taux de réponse au questionnaire est de 55 %. Ce taux est plus élevé que d'autres études concernant des médecins généralistes en France avec, par exemple, un taux de réponse de 40 % pour une étude visant à évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les structures de soins palliatifs à leur disposition en Gironde (10) ou de 50 % pour une autre étude visant à évaluer les pratiques des médecins généralistes

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate avec un taux de réponse de 49,1 % (11). La précédente étude concernant le dépistage du cancer par les médecins militaires français avait recueilli 133 réponses (12). Le taux de réponse élevé à ce questionnaire en plus d'augmenter la représentativité des résultats témoigne de l'intérêt des médecins d'unités pour cette thématique.

Ce questionnaire nous permet de prendre conscience que le suivi de patients ayant une pathologie néoplasique représente une part non négligeable de la patientèle du médecin militaire. Il apparaît ainsi qu'une grande majorité de médecins militaires interrogés sont concernés par l'après cancer avec 70 % des praticiens interrogés ayant des patients en rémission dans leur patientèle. Près de la moitié des médecins militaires français répondeurs suivent de plus des patients atteints d'une pathologie tumorale active, coordonnant ainsi leur parcours de soins.

Cette étude a par ailleurs permis de mettre en exergue des difficultés spécifiques aux médecins militaires dans le suivi de ces patients. Quand le médecin civil se trouve en difficulté devant l'accompagnement des patients en fin de vie (65 %), la gestion des effets indésirables des traitements à moyen et long termes (70 %) et les séquelles du cancer (70 %) (7), le médecin d'unité déclare, lui, se retrouver alors majoritairement en difficulté face aux décisions médico-administratives telles que les aptitudes, au suivi purement médical ou encore face à la prise en charge de la part psychologique du patient. En effet, l'arrêté du 29 Mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale (3), concernant les tumeurs malignes (index 71) par exemple, entraîne une modification du profil médical concernant l'état général avec un coefficient allant de 3T à 6T quand en évolution ou en cours de traitement, en cours de carrière, et 2 à 5 quand en rémission complète ou partielle après traitement, ce qui induira des modifications dans le type d'activités autorisées (Sigle G concernant l'état général dans l'aptitude médicale du militaire allant de 1, aptitude à tous les emplois, à 6, inaptitude totale. L'indice « T » peut être attribué quand l'évolution de la maladie est incertaine par exemple). Il est alors souvent nécessaire d'avoir recours au spécialiste de la spécialité d'oncologie pour statuer, le médecin généraliste étant expert des contraintes que l'emploi peut représenter mais ne connaissant pas forcément tous les risques futurs d'une pathologie néoplasique en rémission et tout ce que cela peut impliquer. Les difficultés médicales liées à d'autres pathologies chroniques ou psychosociales, motifs principaux de consultation du médecin généraliste chez les patients dans l'après cancer, sont moins rapportées par les médecins militaires (13).

Cette différence est probablement liée à la fois à la pluridisciplinarité du médecin militaire jouant le rôle de médecin généraliste et médecin du travail mais aussi au fait qu'il s'agit de profils de patients bien différents. La population civile est en effet plus hétérogène aussi bien en âge qu'en profil de cancer. La population militaire concerne majoritairement des patients jeunes, ayant repris une activité professionnelle, donc *a priori* des patients en meilleur état général, atteints de cancers de meilleur pronostic.

Cette différence d'âge a été démontrée par une étude réalisée sur 123 militaires atteints de cancers suivis sur l'HIA du Val-de-Grâce entre 2003 et 2015 retrouvant une population dont la moyenne d'âge était de 40,7 ans chez les hommes et 38,6 ans chez les femmes (14). Alors que, d'après les derniers chiffres de l'Institut national du can-

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

cer, des âges médians au moment du diagnostic étaient de l'ordre de 68 ans chez les hommes et 67 ans chez les femme (17). Par ailleurs, les patients atteints de pathologies chroniques parfois séquellaires de leur cancer doivent fréquemment quitter l'institution pour inaptitude.

Concernant les cancers les plus représentés dans la population civile, on retrouve, chez l'homme, le cancer de la prostate, du poumon puis colo-rectal et, chez la femme, le cancer du sein, colo-rectal puis du poumon (16). La population militaire étant plus jeune, certains cancers tels que les hémopathies lymphoïdes sont certainement surreprésentées. Cette étude souligne la volonté des médecins d'unité de permettre la poursuite d'une carrière militaire après cancer, la quasi-totalité des répondants aux questionnaires ne considérant pas un antécédent de chimiothérapie ou de radiothérapie comme une inaptitude à servir.

Ce questionnaire a également évalué le réseau de soins sur lequel pouvait s'appuyer le médecin d'unité et son efficience. D'après l'étude de la DREES, les oncologues représentent la principale source d'informations sur les cancers évoquée par les médecins généralistes. Le questionnaire médecin semble aller dans le même sens pour la population militaire, une grande majorité d'entre eux considérant l'oncologue comme une plus-value. Il apparaît que les médecins d'unité semblent s'appuyer sur l'expertise d'un oncologue militaire (près de 90 % considérant l'avis de l'oncologue militaire comme une plus-value apte à statuer également sur les aptitudes du patient.)

Les médecins, civils comme militaires, rencontrent toutefois les mêmes difficultés de communication entre médecine hospitalière et médecine de ville. Pour les médecins militaires, une majorité ne possèdent pas un réseau efficient en HIA et sont demandeurs d'aide pour favoriser le contact. Concernant les médecins civils, les difficultés de suivi des patients atteints de cancer semblent liées en grande partie à un défaut de transmission de l'information par les spécialistes, alors que cet enjeu est majeur. Les traitements oncologiques administrés doivent l'être dans le cadre d'une décision partagée par l'oncologue et le patient. Les médecins généralistes jouent un rôle de conseil important pour la prise de décision du patient (17), potentiellement lorsque ces traitements pourraient entraîner des séquelles contre-indiquant la poursuite de leur activité professionnelle, comme chez les militaires.

De plus, contrairement à ce qui peut se voir à l'étranger, comme en Norvège ou en Australie où il existe une réelle pénurie d'oncologues surtout en milieu rural, les médecins généralistes français, aussi bien civils que militaires, n'ont pas de tropisme pour la pratique de l'oncologie, hormis des courtes formations rentrant dans le cadre du développement médical continu, le plus souvent centrées sur la prévention et le dépistage. Cela peut alors limiter leur investissement dans la prise en charge de patient atteint de cancer. En effet, il n'est pas rare de voir, dans ces pays, des médecins généralistes être à l'origine de l'initiation d'une chimiothérapie avec un recours spécialisé possible si nécessaire (18, 19).

Il semblerait alors essentiel de se concentrer sur les moyens pouvant être mis en place afin de faciliter le contact avec l'oncologue. Un numéro ou un mail national ou encore une mise au point officielle diffusée aux antennes médicales sous forme de PPT ou PDF semblent être les moyens à privilégier selon les médecins d'unité. La question de la faisabilité, notamment d'un numéro ou mail national se pose tout de même,

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

en fonction de l'intensité de la demande et les ressources humaines en capacité de répondre à cela.

Cette étude a également permis de mettre en avant des problématiques autres que médicales et permet de suggérer des améliorations notamment d'un point de vue administratif indépendamment du rôle du médecin, à travers une question ouverte mais également sur la prise en charge plus globale notamment psychosociale. En effet, l'absence de possibilité réglementaire de mi-temps thérapeutique pour la majorité des militaires dans les armées a été soulevée par de nombreux médecins et considérée comme une aide qui pourrait grandement faciliter le retour à l'emploi.

Pour pallier cette absence, le médecin a tout de même la possibilité de contourner ce manque en proposant des restrictions d'aptitudes (sportives ou opérationnelles) et d'emploi afin d'amener à une adaptation de poste. Le conseil au commandement, élément déterminant du métier de médecin militaire, semble également primordial puisque de nombreux médecins mettent en avant le fait qu'une bonne compréhension de celui-ci permet d'adapter l'emploi du militaire alors même que le statut de mi-temps thérapeutique n'est pas envisageable. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature objectivant le rôle majeur de l'employeur dans un retour réussi à l'emploi après cancer (20).

Nous identifions dans notre étude, à travers ce questionnaire, certains biais. Il existe un biais de sélection, notamment un biais de volontariat. En effet, les caractéristiques des médecins ayant participé aux questionnaires (caractéristiques personnelles, pratiques professionnelles, intérêt pour le sujet de l'étude) peuvent être différentes de celles des non-participants. De plus, dans tout étude déclarative, il existe un risque de biais de sélection à travers le biais de mémoire, notamment ici sur le nombre de patients atteints de cancer suivis qui peut être alors être sous-estimé.

Conclusion

Cette première étude évaluant le rôle et les difficultés des médecins d'unités dans le suivi des patients atteints de cancer a permis d'observer que cette problématique ne concerne pas exclusivement les médecins généralistes civils.
Des problématiques spécifiques, liées à la détermination de l'aptitude ou aux difficultés de proposer un aménagement de temps de travail, ont été mises en évidence bien qu'une adaptation de poste soit possible à travers les restrictions d'aptitude notamment. Il existe des problématiques communes à celles des médecins généralistes civils telles que le lien ville-hôpital qui semble perfectible. L'identification de ces difficultés permettra potentiellement de les prévenir ou de les résoudre, afin d'augmenter l'efficience du suivi et donc de la réinsertion professionnelle des militaires après cancer.

Financement

Cette étude a bénéficié d'un financement par la Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation du Service de santé des armées.

Remerciements au linguiste relecteur : Juliette Béranger.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Références bibliographiques

1. Hart NH, Smith AB, Hobbs K, Thamm C, Gordon LG, Crichton M, *et al.* Juggling cancer and life in survivorship : The role of general practitioners. Aust J Gen Pract. 2021 ;50(8) :520-5. doi :10.31128/AJGP-04-21-5938

2. Cazes N, Galant J, Renard A, Boutillier Du Retail C, Leyral J. Early training in clinical ultrasound for general-practitioner military residents. BMJ Mil Health. 2022 ;e002266. doi :10.1136/military-2022-002266

3. Arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. Journal officiel n° 0083 du 08/04/2021 [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=aa8hO5Jh46hiC8Ey5vSxhWorswIIl3bSm2y6Qp746Es=

4. So SCY, Ng DWL, Liao Q, Fielding R, Soong I, Chan KKL, *et al.* Return to Work and Work Productivity During the First Year After Cancer Treatment. Front Psychol. 2022 ;13 :866346. doi :10.3389/fpsyg.2022.866346

5. Atlas SJ, Tosteson ANA, Burdick TE, Wright A, Breslau ES, Dang TH, *et al.* Primary Care Practitioner Perceptions on the Follow-up of Abnormal Cancer Screening Test Results. JAMA Netw Open. 2022 ;5(9) :e2234194. doi :10.1001/jamanetworkopen.2022.34194

6. De Jong F, Frings-Dresen MH, Dijk N van, Van Etten-Jamaludin FS, Van Asselt KM, De Boer AGEM. The role of the general practitioner in return to work after cancer-a systematic review. Fam Pract. 2018 ;35(5) :531-41. doi :10.1093/fampra/cmx114

7. Rey D, Lescher S, Paraponaris A, Verger P, Zaytsteva A, Pourcel G. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital – Ministère des Solidarités et de la Santé. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2017.

8. Les outils pour accompagner le parcours personnalisé du patient – Parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils

9. Martinez-Lorenzi E, Desjeux G, Marsan P, Thevenin-Garron V. Incidence des ALD 30 chez les militaires d'active entre 2005 et 2011. Santé Publique. 2013 ;25(5) :599-607.

10. Fallot A. Enquête de pratique auprès des médecins généralistes girondins concernant le recours aux professionnels de soins palliatifs. Bordeaux (France) : Université de Bordeaux : 2018.

11. Guy L, Van de Steene E, Védrine N, Teissonnière M, Boiteux JP. Étude de pratique des médecins généralistes concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate. Progrès en Urologie. 2008 ;18(1) :46-52. doi : 10.1016/j.purol.2007.10.006

12. Bellier T, Vallard A, Espenel S, Langrand-Escure J, Ben Mrad M, Védrine L, *et al.* [Role of general practitioners in cancer screening : A survey in the French armed forces]. Bull Cancer. 2015 ;102(12) :993-1001. doi : 10.1016/j.bulcan.2015.10.010

13. Heins MJ, Korevaar JC, Rijken PM, Schellevis FG. For which health problems do cancer survivors visit their General Practitioner ? Eur J Cancer. 2013 ;49(1) :211-8. doi : 10.1016/j.ejca.2012.07.011

14. Marcaillou-Vanderperre M. Rôle du médecin d'unité dans la mise en place du congé de longue durée pour maladie, le suivi et la réhabilitation des patients militaires atteints de cancer. Paris (France) : Université Paris Descartes ; 2017.

15. Cancers : les chiffres clés – Qu'est-ce qu'un cancer ? [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles

16. Les chiffres du cancer en France – Professionnels de santé [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France

17. Abma IL, Roelofs LCG, Van Der Kolk MB, Mulder SF, Schers HJ, Hermens RPMG, *et al.* Roles of general practitioners in shared decision-making for patients with cancer : a qualitative study. European Journal of Cancer Care. 2022 ;31(4) :e13594. doi :10.1111/ecc.13594

18. Holtedahl K, Scheel BI, Johansen ML. General practitioners' participation in cancer treatment in Norway. Rural Remote Health. 2018 ;18(2) :4276. doi :10.22605/RRH4276

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

19. Gyawali B, Jalink M, Effing SMA, Dalgarno N, Kolomitro K, Thapa N, *et al.* Oncology training programmes for general practitioners : a scoping review. Ecancermedicalscience. 2021 ;15 :1241. doi :10.3332/ecancer.2021.1241

20. Greidanus MA, Tamminga SJ, De Rijk AE, Frings-Dresen MHW, De Boer AGEM. What Employer Actions Are Considered Most Important for the Return to Work of Employees with Cancer ? A Delphi Study Among Employees and Employers. J Occup Rehabil. 2019 ;29(2) :406-22. doi : 10.1007/s10926-018-9800-z

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410