

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission de la défense nationale et des forces armées

— Audition de M. le médecin général Gérard Nédellec,
directeur central du service de santé des armées..... 2

Mercredi
2 novembre 2011
Séance de 17 heures

Compte rendu n° 13

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Présidence
de M. Guy Teissier,
Président



Audition de M. le médecin général Gérard Nédellec, directeur central du service de santé des armées.

La séance est ouverte à dix-sept heures.

M. le président Guy Teissier. Nous recevons cet après-midi le médecin général Gérard Nédellec, directeur central du service de santé des armées (SSA).

Vous êtes à la tête d'un outil superbe, présent sur les théâtres d'opération comme dans ses hôpitaux en métropole. Nous rencontrons régulièrement de jeunes soldats grièvement blessés qui, grâce à vos soins, parviennent à retrouver leurs unités et une vie normale.

Votre audition intervient près d'un an après un rapport de la Cour des comptes qui avait fait grand bruit. Il reconnaissait les mérites du SSA, mais formulait également des critiques parfois beaucoup trop sévères. En particulier, le coût de fonctionnement des hôpitaux d'instruction des armées était pointé du doigt. Vous en avez tiré les conséquences en engageant un plan d'économies. Dans le même temps, le SSA a poursuivi sa réforme avec son intégration dans les bases de défense, des fermetures de sites ou encore la mise en œuvre d'importants projets d'infrastructures. Vous pourrez nous donner des détails sur ces différents éléments qui doivent avoir une influence directe sur votre activité quotidienne.

Votre service est également au cœur des opérations. Est-ce qu'il n'est pas difficile d'entretenir vos capacités de projection ?

Qu'en est-il par ailleurs de la féminisation du service ?

M. le médecin général Gérard Nédellec, directeur central du service de santé des armées. Voici un peu plus d'un an, j'ai eu l'honneur d'être auditionné par votre commission. C'était quelques semaines avant la parution du rapport de la Cour des comptes intitulé « Médecins et hôpitaux des armées ».

Avant tout autre développement, je souhaite appeler votre attention sur l'effet désastreux que ce rapport a eu sur le moral de mes personnels et sur le sentiment d'injustice, voire d'humiliation, que chacun a pu ressentir.

Depuis cet événement marquant, le service a continué à remplir ses missions opérationnelles en soutien de l'ensemble des forces et a poursuivi sa transformation. Engagé depuis 2008, ce processus a été ajusté en fonction des mutations de son environnement, en particulier la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) promulguée en 2009, qui a remodelé en profondeur la santé publique.

Avant de répondre à vos questions, je voudrais aborder la mission prioritaire du service que constitue le soutien opérationnel des forces puis sa transformation pour laquelle des jalons importants ont déjà été franchis, avant d'envisager le projet de service validé par le ministre de la défense et des anciens combattants. Enfin, je vous indiquerai comment le service se rapproche du dispositif de la santé publique pour améliorer son efficacité économique tout en préservant sa capacité opérationnelle et l'autonomie de décision du ministre de la défense et du chef d'état-major des armées.

Le contrat opérationnel du service de santé des armées, revu et validé en 2010 par l'état-major des armées, est dimensionné pour répondre aux contrats opérationnels issus du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale. Il consacre la juste adaptation des capacités du service aux besoins réels exprimés par les armées et la gendarmerie nationale.

De par sa mission au profit des forces armées, le service de santé constitue une composante du système de défense nationale, placée sous l'autorité de l'état-major des armées (EMA). Le concours à l'offre de soins du service public s'impose pour le maintien à niveau des compétences de tous les personnels exigées en opérations et permet au service, qui prend en charge une patientèle civile dans les hôpitaux d'instruction des armées (HIA), d'être associé aux objectifs communs de santé publique tout en finançant une partie significative de son dispositif.

Pour le chef d'état-major des armées, détenir un SSA pouvant soutenir les forces dans son scénario le plus dimensionnant, c'est garantir sa liberté d'action, c'est-à-dire sa capacité à engager des forces sans devoir faire appel à d'autres États pour son soutien médical.

À ce titre, le service de santé français est, en volume, le premier service de santé de l'Europe occidentale et le second de l'OTAN. Outre les responsabilités que cette position confère à la France en matière de soutien médical multinational – qui se traduit notamment par un *leadership* français dans l'hôpital de théâtre de Kaboul –, cette situation lui permet d'accroître les coopérations possibles avec ses homologues allemands et britanniques.

En 2011, il a déployé la totalité de la palette des capacités décrites au contrat opérationnel tout en poursuivant la modernisation de ses moyens et de ses modes d'action. Cet engagement opérationnel a été réalisé au profit de toutes les armées, dans des contextes allant du maintien de la paix au conflit asymétrique. Le service a assuré le soutien médical simultané de trois opérations de guerre, sur les théâtres afghan et ivoirien ainsi qu'au profit de l'opération Harmattan.

Alors que les bilans chiffrés portent sur les neuf premiers mois de l'année, il est déjà possible d'affirmer qu'ils seront en fin d'année supérieurs à ceux des deux dernières tant en ce qui concerne le nombre de personnels déployés que celui des blessés pris en charge.

Je souhaite me concentrer sur le soutien médical des forces déployées en Afghanistan. Les caractéristiques de ce conflit ont amené le service à imaginer de nouvelles réponses pour la prise en charge des blessés. La médicalisation et la chirurgicalisation de l'avant, piliers de notre doctrine, ont fait l'objet de modernisation tant en terme de matériels employés que de processus de prise en charge. Au cours de leur période de mise en condition avant projection, tous les militaires projetés sur ce théâtre bénéficient d'une formation de sauvetage de combat de premier niveau qui leur permet de pratiquer les premiers gestes d'urgence. Une formation de deuxième niveau, dont la pratique est strictement réservée aux situations d'exception, est administrée aux périmédicaux, placés au sein des sections de combat. Elle les rend capables de gestes plus techniques mais salvateurs, ce que confirment les comptes rendus établis par nos praticiens.

Après ces gestes de sauvetage, les blessés sont pris en charge par les unités médicales opérationnelles placées au plus près des zones de combat puis évacués vers les formations hospitalières de théâtre et enfin vers le territoire national.

L'expérience montre que toutes ces étapes se pratiquent dans les délais validés et exigés par l'OTAN : dix minutes pour le sauvetage, une heure avant une prise en charge médicale, deux heures au maximum avant un premier passage au bloc opératoire.

Au bilan provisoire de cette année 2011, plus de 1 700 personnels soignants du service de santé ont été engagés sur les théâtres d'opérations. En moyenne, plus de 60 postes médicaux, cinq équipes d'évacuation sanitaire par hélicoptère et six équipes chirurgicales auront assuré l'ensemble des missions de soutien des forces projetées. Ils représentent 4 % des effectifs en opérations extérieures mais ce pourcentage dépasse 6 % sur le théâtre afghan. Ce dernier a mobilisé près de la moitié des ressources projetées.

262 militaires français en ont été évacués depuis le 1^{er} janvier mais ils ne représentent qu'une partie des blessés pris en charge à l'avant par les équipes médicales de la *Task Force* La Fayette. Ces dernières œuvrent au sein des unités de combat et on dénombre plus de 40 relèves « sous le feu » depuis le début du mandat en cours. Les bilans des équipes médicales d'évacuations par hélicoptère sont également éloquentes : en moyenne 60 évacuations sanitaires et plus de 100 blessés évacués par mandat de trois mois. Plus de 16 000 actes réalisés au sein des postes médicaux, 2 500 consultations spécialisées, ou encore plus de 1 000 interventions chirurgicales témoignent de l'intensité de l'engagement des forces et du service de santé. À cela s'ajoute l'activité liée aux autres théâtres, ivoiriens ou tchadiens.

Pour l'ensemble des théâtres, près de 700 militaires français ont été évacués vers la métropole, dont 80 justifiaient une évacuation stratégique médicalisée classée prioritaire et réalisée par avion type FALCON ou par le dispositif d'évacuation MORPHEE, mis en œuvre deux fois cette année.

Le soutien psychologique des militaires constitue depuis de nombreuses années une priorité de l'état-major des armées et du service de santé. Le durcissement de l'engagement sur le théâtre afghan a montré la nécessité de renforcer ce soutien dans ses deux composantes que sont le soutien psychosocial et le soutien médico-psychologique qui, seul, relève de la compétence du service.

Pour renforcer ce soutien, le ministre de la défense a mandaté le SSA pour mettre en place et piloter un plan d'actions impliquant les états-majors, l'action sociale des armées et la caisse nationale militaire de sécurité sociale. Il s'agit de détecter et de prendre en charge immédiatement puis dans la durée tout militaire ou ancien militaire souffrant de troubles psychiques post-traumatiques.

Afin de garantir capacité et réactivité opérationnelles au service des forces, le SSA doit disposer de moyens adaptés tant en opérations que sur le territoire national. C'est pourquoi il a engagé depuis 2008 un processus de transformation.

La création des bases de défense a eu pour corollaire la réorganisation du soutien médical de proximité par le regroupement des moyens relevant de la fonction santé dans les 55 centres médicaux des armées en métropole et les 14 centres médicaux interarmées (CMIA) outre-mer.

Cette réorganisation, menée avec la volonté de prendre en compte les spécificités de chaque armée et de la gendarmerie nationale, donne entière satisfaction et a d'ores et déjà

démontré la validité de son concept au regard du maintien, voire de l'amélioration, des niveaux de service rendu.

Deuxième grand projet, la formation initiale des praticiens des armées a été réorganisée pour répondre à un double objectif : s'adapter aux évolutions de la réforme de l'enseignement supérieur et veiller à une meilleure adaptation de nos praticiens à la réalité de leurs conditions d'exercice grâce à la formation initiale et opérationnelle.

Ceci s'est traduit par la fermeture des écoles du service de santé des armées de Bordeaux et Lyon-Bron le 1^{er} juillet 2011 et la création de l'école de santé des armées (ESA) le 2 juillet 2011 sur le site de Bron.

La formation initiale d'officier a évolué et la part accordée aux formations spécifiques aux milieux et opérationnelles a fortement augmenté. Le service de santé a optimisé son dispositif de formation en constituant un véritable pôle lyonnais. La formation des paramédicaux est toujours réalisée à l'école du personnel paramédical à Toulon.

La réorganisation de la recherche a pour objectif de disposer d'un outil plus opérationnel et performant dans ses activités au profit de la défense et de la sécurité nationale.

Le 1^{er} mars 2009 a été créé l'institut de recherche biomédicale des armées. Les trois instituts et le centre de recherche seront regroupés sur un seul site ce qui nécessite d'importants travaux d'infrastructure à Brétigny-sur-Orge, intégrant notamment un ensemble d'unités possédant un niveau de sécurité biologique de 2 à 4. Les travaux débuteront en mai 2012, en vue d'une livraison prévue en septembre 2013.

Quatrième et dernier projet de modernisation de la fonction santé, la rationalisation du dispositif de ravitaillement sanitaire permettra d'optimiser ses capacités de stockage et de disposer d'une chaîne optimisée, tant dans sa dimension opérationnelle que dans la qualité du service rendu à ses clients et partenaires.

À l'échéance de 2013, il sera constitué de deux établissements de ravitaillement sanitaire à Marseille et à Vitry-le-François et une plate-forme logistique dédiée aux matériels non pharmaceutiques, intégrée à l'établissement central des matériels du SSA d'Orléans-Chanteau. Cette plateforme sera livrée en janvier 2014.

Dans le même temps, le service s'est inscrit dans la mise en place du dispositif de rationalisation de l'administration générale et du soutien commun ainsi que des soutiens spécialisés hors du domaine santé. Ainsi a-t-il conduit l'insertion en base de défense de la totalité de ses formations.

Enfin, un effort est porté sur la fonction achats, dont la centralisation par la direction des approvisionnements en produits de santé des armées est pleinement opérationnelle depuis le 1^{er} janvier 2011, date à laquelle cette direction est devenue l'unique opérateur des achats « santé » du ministère de la défense.

La composante hospitalière comprend un ensemble de 2 657 lits et places répartis sur neuf établissements. Elle constitue le vivier de compétences nécessaire pour la réalisation du contrat opérationnel du service. Ces établissements concourent au service public hospitalier et sont entrés dans le dispositif de la tarification à l'activité depuis le 1^{er} janvier 2009.

Les gains escomptés de cette réforme sont de 588 équivalents temps plein et de 230 millions d'euros sur la période 2008-2018. À la fin de l'année 2011, 62 % des déflations en emplois auront été réalisées. Tous les personnels ont été reclassés ou le seront pour la fin de l'année. Les démarches de reclassement pour les fermetures prévues en 2013 ont été entamées dès cet été.

Ainsi la transformation du SSA devrait dégager une économie annuelle de fonctionnement de 40 millions d'euros au terme de la réforme.

Nous menons donc depuis 2008 une réforme de grande ampleur qui touche l'ensemble des composantes et l'ambition du SSA est de continuer à satisfaire le besoin opérationnel des forces, tout en améliorant sa performance économique.

Afin de répondre aux recommandations de la Cour des comptes, j'ai élaboré un projet de service, que j'ai présenté au ministre le 15 avril 2011 et qu'il a validé. Il a été présenté en conseil des ministres le 18 mai dernier.

Il formalise l'ambition de modernisation du service et a pour objectif de poursuivre son adaptation aux exigences du contrat opérationnel, en le faisant reposer sur un coût de possession accepté et maîtrisé. Il s'inscrit dans le prolongement du programme de transformation que je viens d'évoquer et intègre l'ensemble des évolutions intervenues depuis comme la promulgation de la loi HPST en 2009, le plan stratégique des armées 2015 intervenu en 2011, et que les orientations complémentaires données par le ministre de la défense et des anciens combattants.

Il s'articule autour de quatre grands axes :

- la redéfinition de l'offre de soins au profit de la communauté de défense ;
- la poursuite de l'effort sur le recrutement et la formation des professionnels de santé ;
- la consolidation des cinq composantes du service ;
- l'amélioration de la performance économique de l'ensemble du SSA.

S'agissant du premier axe, un parcours de soins ouvert à l'ensemble de la communauté de défense, dans les CMA et les HIA est en cours de mise en œuvre. La priorité est donnée aux militaires blessés en opération extérieure afin de les faire bénéficier d'une prise en charge qui puisse se poursuivre au-delà de leur hospitalisation, après leur évacuation médicale.

L'effort sur les professionnels de santé a pour objet de garantir au service de disposer du potentiel humain adapté et de maîtriser le recrutement et la formation de ses personnels. La formation initiale et continue de tous les personnels est ainsi en permanence adaptée aux évolutions universitaires ou aux nécessités des conflits.

Le troisième axe concerne le maintien de l'ensemble des domaines du service en prenant en compte les dimensions interministérielles et internationales de la mission. Il vise à préserver la cohérence d'un dispositif reposant sur cinq composantes essentielles et

indissociables pour accomplir sa mission : médecine d'unité, secteur hospitalier militaire, ravitaillement sanitaire, recherche biomédicale de défense et enfin formation médicale et paramédicale.

Enfin, le quatrième et dernier axe a été défini en cohérence avec les conclusions du rapport de la Cour des comptes. À ce titre, le service s'est engagé plus fermement dans un processus d'amélioration de son efficacité économique globale, pour ce qui concerne notamment sa composante hospitalière, dont le format est préservé à l'heure actuelle.

Pour atteindre cet objectif et afin de conserver une autonomie de décision du ministre, le service n'a pas souhaité suivre la recommandation de la Cour préconisant une décentralisation de l'offre de soins et a fait le choix stratégique de conserver une gouvernance hospitalière centralisée, seule à même d'assurer un pilotage efficace de l'offre de soins militaire dont la finalité est la satisfaction du contrat opérationnel. Le ministre a confirmé cette disposition et a proposé au ministre de la santé des voies de progrès permettant un dialogue rénové entre les deux systèmes de santé.

Un plan de performance économique hospitalière, décliné par hôpital en fonction de ses caractéristiques propres, est mis en œuvre sur cinq ans autour de trois orientations : augmentation des produits, maîtrise des charges et amélioration de la qualité comptable ainsi que du pilotage de la performance. J'ai ainsi signé un plan d'action avec chaque chef d'établissement en juin 2011.

L'augmentation des recettes et des produits résulte, d'une part, d'une augmentation de l'activité hospitalière et des recettes issues de l'assurance maladie évaluée à plus de 19 % sur la période 2011-2015 et, d'autre part, d'un meilleur recensement et d'une meilleure valorisation de l'activité et des prestations non remboursables réalisées au profit des forces et de l'ensemble des services de l'État.

Leur recueil et leur valorisation notamment pour ce qui concerne l'hôpital sont essentiels. La valorisation dans l'ensemble de ces composantes est aujourd'hui comptabilisée au coût de revient.

La maîtrise des charges qui est indispensable repose sur un effort sur la masse salariale en optimisant les ratios entre civils et militaires et entre administratifs et techniques. Elle passe également par une véritable politique d'achats du service avec une régulation des achats et des coûts de fonctionnement des services et des plateaux techniques. Lorsque cela est possible, des coopérations avec les autres structures hospitalières des territoires de santé tels que les syndicats interhospitaliers ou les groupements de coopération sanitaire de moyens sont recherchées sur des thématiques communes.

Enfin, le troisième levier d'action concerne l'amélioration de la qualité comptable et du pilotage de la performance. Celle-ci sera obtenue grâce au développement d'outils de gestion, notamment en matière de recueil d'activité et de comptabilité analytique. Cette dernière permettra une connaissance plus fine et fiable des coûts, autorisant la comparaison avec les structures civiles pour des domaines d'activités analogues. Ces outils seront pleinement opérationnels pour débiter la gestion 2012 et seront accompagnés de la mise en place de formations, en liaison avec l'école des hautes études de santé publique de Rennes, au profit des équipes de direction des HIA. Elles porteront notamment sur la gestion médico-économique.

Au total, ce plan d'action hospitalier devrait conduire le service à réduire de 50 % le « déficit » établi par la Cour de comptes, 281 millions d'euros en 2009, soit une diminution de 150 millions d'euros entre 2009 et 2015. À cette échéance, l'objectif est de présenter un coût de possession comparable à celui des établissements publics de santé. Il sera constitué essentiellement du surcoût lié aux pensions militaires et civiles. Dans ces conditions, et malgré les exigences propres au soutien opérationnel des forces et de leur juste valorisation, l'ambition du service est bien d'être, à périmètre équivalent, comparable dans ses résultats financiers aux hôpitaux publics.

J'en viens maintenant aux relations établies par le service avec la santé publique. Le service doit s'inscrire dans le dispositif de la loi HPST de manière raisonnée et il entend contribuer à l'offre de soins régionalisée dans un dialogue constructif avec les agences régionales de santé (ARS).

Le SSA doit garantir pour son personnel un haut niveau de technicité et de disponibilité qui passe par une pratique permanente dans des domaines nécessaires à son contrat opérationnel. Cet impératif ne peut être atteint que par un exercice dans des services spécialisés tels que les services de réanimation et de chirurgie capables de prendre en charge les urgences traumatiques, de traitement des brûlés, de médecine physique et de réadaptation. Les enjeux du service vis-à-vis du dispositif de santé publique tiennent au besoin de conserver un niveau d'activité suffisant pour les hôpitaux militaires, en identifiant certaines de leurs activités dans les parcours de soins proposés dans les réseaux locaux. Ce haut niveau d'activité est, par ailleurs, un facteur de succès du plan d'action hospitalier.

Ainsi le service s'inscrit dans une démarche d'amélioration du dialogue avec la santé publique, en cohérence avec les organisations respectives des deux ministères afin de concilier leurs missions. Au niveau central, un nouvel arrêté conjoint interministériel a été signé le 25 juin 2010 fixant les données relatives aux structures et activités de soins ainsi qu'aux équipements et matériels lourds. Un protocole pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé le 15 avril 2011 avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction de la sécurité sociale. L'ensemble des activités référencées a été validé par la DGOS, en concertation avec les agences régionales de santé de façon à concilier les impératifs de la défense avec la réponse aux besoins locaux de santé publique.

L'organisation et les moyens des HIA devant répondre aux besoins des armées, ils ne peuvent être appréciés au seul niveau régional au travers des besoins de la population du bassin sanitaire dans lequel ils sont implantés. C'est pourquoi les HIA ne sont pas soumis à l'autorité des ARS. Cependant, les médecins chefs des hôpitaux militaires participent, sous l'autorité du ministre, aux conférences sanitaires de territoire ou aux travaux préparatoires des schémas régionaux d'offre de soins.

Des contacts, des visites et des projets de collaboration ont été réalisés entre les ARS et les HIA, aboutissant à des propositions concrètes.

Afin de rechercher une meilleure synergie avec le dispositif de santé publique, j'ai donné des directives aux médecins chefs des HIA pour qu'ils se rapprochent de leurs homologues civils dans une logique de rationalisation des équipements tels que les mutualisations des moyens techniques ou d'équipements lourds au travers des groupements de coopération sanitaire de moyens, institués par la loi HPST, ou des centrales d'achats. Enfin

les HIA mènent de nombreuses actions bilatérales de complémentarité et de partenariat. Ils adhèrent aux réseaux de santé. Ainsi, huit d'entre eux sont intégrés dans le maillage territorial d'accueil des urgences.

Cette inscription dans le dispositif de santé publique est menée de manière raisonnée afin de conserver l'autonomie de décision du ministre de la défense et du chef d'état-major des armées, sur le moyen capacitaire que représente le service dans le cadre du contrat opérationnel, tout en bénéficiant des économies d'échelle que peut offrir la santé publique.

J'espère vous avoir apporté les éléments d'informations vous permettant de constater que le service est en ordre de marche, qu'il se transforme et s'inscrit dans une logique de performance afin de répondre à sa mission prioritaire opérationnelle de soutien des forces sous l'autorité du ministre de la défense et des anciens combattants et du chef d'état-major des armées. Les différentes catégories de personnel manifestent leur profond attachement à notre institution et se sentent particulièrement utiles et efficaces. Cette perception positive est un gage de réussite pour la modernisation dans laquelle le service s'est résolument engagé.

M. le président Guy Teissier. Est-ce que, pour répondre au problème de disponibilité de vos personnels, vous avez davantage recours aux réservistes ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Les réservistes sont utilisés dans deux cas : soit pour partir eux-mêmes en opérations extérieures – mais il est très difficile de trouver les praticiens disponibles pour de longues périodes en raison de leurs obligations professionnelles civiles dans les spécialités dont nous avons le plus besoin –, soit pour remplacer, dans les hôpitaux des armées, les praticiens qui sont partis en opérations extérieures, ce qui est beaucoup plus simple à organiser. Dans tous les cas, leur aide nous est très précieuse car ce sont des personnes dynamiques et volontaires.

M. le président Guy Teissier. Comment faites-vous pour inciter les plus jeunes à s'engager dans la réserve ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Notre principale publicité est faite par les réservistes eux-mêmes, qui parlent de leur mission autour d'eux. Notre personnel est présent dans de nombreuses facultés au sein desquelles il existe parfois un enseignement spécifique sur la médecine militaire. Nous ne rencontrons donc pas à l'heure actuelle de grandes difficultés de recrutement de nos réservistes.

M. le président Guy Teissier. Et qu'en est-il des infirmiers ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Notre besoin est beaucoup moins important et nos écoles forment de nombreux élèves chaque année. Une association des personnels paramédicaux de réserve existe désormais et se structure ce qui sera certainement un facteur d'influence important.

M. Michel Grall. J'aimerais vous interroger sur le rôle du SSA dans les actions civilo-militaires : quel est leur poids au sein de votre activité ? Quelles sont les contraintes spécifiques à son action ? Quelles sont vos relations avec les ONG ?

M. Philippe Vitel. Il était question que l'école du personnel paramédical des armées de Toulon soit transférée à Lyon. Qu'en est-il aujourd'hui ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Notre engagement dans les actions civilo-militaires diffère sensiblement selon les théâtres d'opération. En Afghanistan par exemple, notre action dans ce domaine est très limitée pour des questions de sécurité. Nous soignons des Afghans à l'hôpital de Kaboul mais, depuis les attentats qui l'ont frappé récemment, notre vigilance est extrême et notre accueil a été réduit au strict nécessaire. Les médecins qui partent avec les unités soignent en revanche toujours la population locale lorsqu'ils le peuvent.

Au Tchad, notre action est plus importante. Nous disposons d'un centre médico-chirurgical au sein duquel la population civile est accueillie. Nous veillons cependant à ne pas déstabiliser le tissu sanitaire local et à pratiquer des actes de chirurgie utiles et limités, pour ne pas entrer dans des traitements longs et complexes qui ne pourraient être suivis.

Dans tous les cas, nous sommes soumis à l'autorité militaire opérationnelle sur place.

Avec les ONG, les relations sont cordiales. Elles sont différentes selon les théâtres d'opération. En Haïti, par exemple, cela s'est parfaitement passé, même si nous travaillions davantage avec la sécurité civile.

La Cour des comptes avait déjà soulevé la question du transfert de l'école du personnel paramédical des armées vers Lyon et le ministre avait inclus cette question dans le mandat du contrôleur des armées placé auprès du directeur central. Une étude a été faite. Ses conclusions ont été remises au chef d'état-major des armées. Les conséquences pour les armées pourraient être importantes car cette école forme des infirmiers qui servent ensuite en soutien direct des forces. Une réunion est prévue dans le courant du mois du novembre. La décision finale appartient naturellement au ministre.

M. Nicolas Dhuicq. Quel est l'impact de la féminisation de votre personnel, en particulier sur le temps global d'exercice ? Par ailleurs, est-ce que vous avez pu constater dans nos forces une augmentation des troubles de stress post-traumatiques ? Enfin, pour reprendre une préoccupation de mon collègue Daniel Boisserie, quelles sont les relations entre le SSA et les agences régionales de santé ?

M. Jean-Louis Bernard. J'avais été particulièrement choqué par la publication du rapport de la Cour des comptes l'année dernière. Je me trouvais alors à l'hôpital militaire de Dakar et j'avais rencontré des personnels désarçonnés. Je crois que le désarroi du corps médical persiste encore aujourd'hui. Je trouve étonnant que les auditeurs ne se soient pas rendus sur les différents théâtres et n'aient pas fait état de la mort des deux infirmiers militaires.

Ma question porte sur la seconde carrière du personnel du SSA : que font-ils après avoir quitté le service ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. La féminisation du service est réelle : jusqu'à cette année, où les garçons sont plus nombreux, les femmes étaient majoritaires, dans les écoles du service de santé des armées. Elles représentent aujourd'hui 53,8 % de l'ensemble du personnel militaire géré par le service de santé et sont très présentes dans les professions paramédicales. Leur activité est certes plus fractionnée et souvent plus courte que celle des hommes mais je tiens à préciser qu'elles accomplissent le même service qu'eux

lorsqu'elles sont déployées en opérations extérieures ou à leur poste en métropole. Ce n'est donc pas un problème pour nous.

Les troubles post-traumatiques existent. Les chiffres sont difficiles à obtenir, faute d'enquête globale sur le sujet. Un plan d'action associant la caisse nationale militaire de sécurité sociale, l'état-major et le SSA a été mis en place. Il nous permettra de mieux diagnostiquer et d'accompagner ceux qui en souffrent. Un auto questionnaire est fourni aux militaires et est vérifié par les médecins d'unité qui peuvent y donner suite.

Nous avons un psychiatre à l'hôpital de Kaboul. Il parcourt l'ensemble du théâtre afghan pour être au plus près des combattants. C'est donc une préoccupation à laquelle nous sommes sensibles depuis longtemps.

La mise sous l'autorité des ARS constitue un véritable danger pour le SSA. Notre vocation est le soutien opérationnel et nous risquerions de ne plus être maîtres de nos capacités locales. Il est donc important de garder une gouvernance centralisée, aux mains du ministre de la défense et des anciens combattants et du chef d'état-major des armées, même si cela n'exclut naturellement pas un dialogue avec les autres hôpitaux et l'ARS.

Le traumatisme provoqué par le rapport de la Cour des comptes a été réel. Même s'il contenait des vérités, son interprétation n'était pas bonne : nous ne sommes pas un établissement public de santé mais un service de l'État, ce qui est très différent. Nous avons une mission à accomplir et les charges sociales d'un militaire ne sont pas du tout les mêmes que celles d'un praticien. C'est donc un poids qu'il faut assumer si nous voulons rendre notre service réactif et efficace. Les auditeurs se sont déplacés dans les hôpitaux pour nous rencontrer, même s'ils ne les ont pas visités. La mort des personnels que vous mentionnez est intervenue après leurs travaux.

Ceux qui quittent le service avant l'âge limite de leur grade, le font en majorité vers 45 ans. Ils peuvent alors effectuer une deuxième carrière, de généraliste ou de spécialiste, avec leur propre clientèle ou celle d'une clinique, plus rarement aujourd'hui dans un hôpital public.

M. Jean-Claude Viollet. Dans le cadre de la mission d'information sur les sociétés militaires privées, Christian Ménard et moi nous nous sommes rendus à Djibouti où nous avons pu visiter le centre médico-chirurgical de Bouffard. Ce centre assure le soutien sanitaire des soldats français et de leurs familles mais profite également à tous nos expatriés, aux forces armées djiboutiennes et à la population locale. Son budget est d'environ 20 millions d'euros par an et il compte 60 lits dont certains en chirurgie et en réanimation. Cette installation permet au personnel du SSA d'acquérir des compétences utiles, notamment en médecine tropicale et traumatologique. C'est également un lieu d'aguerrissement très apprécié.

Malgré ces éléments positifs, l'avenir du centre n'est pas assuré. Pourriez-vous nous apporter des précisions sur ce point ? Dans la mesure où nombre d'autres pays interviennent dans la zone, je pense notamment aux États-Unis ou au Japon, ne serait-il pas possible d'envisager d'autres modes de financement voire de répartir l'effort ? Il me semble également que l'accord de défense qui nous lie à Djibouti prévoit l'accès des populations locales aux soins : comment assurer cette obligation dans la durée ?

M. Philippe Folliot. Dans le cadre de la mission d'information sur les actions civilo-militaires, j'ai eu l'occasion de rencontrer les personnels du service de santé et je veux témoigner de leur professionnalisme et de leur engagement en opérations extérieures. Je garderai en mémoire le sourire de cette petite afghane soignée dans le poste avancé de Nijrab : atteinte d'une tumeur au visage, elle a pu être sauvée grâce à l'intervention de nos soignants et se trouve désormais en phase de rémission.

J'aimerais vous interroger sur le développement de la télémédecine : quelle est l'implication du SSA en la matière étant entendu que c'est un besoin croissant en raison de nos déploiements en OPEX ou hors de la métropole ? Je suis particulièrement attaché à cette question, la ville de Castres abritant la seule école d'ingénieurs spécialisée dans ce domaine.

M. le médecin général Gérard Nédellec. Le centre médico-chirurgical de Bouffard, qui, je tiens à bien le préciser, n'est pas un hôpital au sens juridique du terme, soigne les militaires djiboutiens et les populations locales en application d'un accord de défense. Dans le cadre de sa renégociation, le centre sera rétrocédé à la République de Djibouti. Cette solution a été discutée et validée au niveau interministériel. En parallèle le ministère de la défense a envisagé d'autres possibilités mais aucune solution satisfaisante n'a pu être dégagée. La France accompagnera Djibouti dans la transition, le SSA ne se désengageant que progressivement de Bouffard.

Pour ce qui est du soutien des forces françaises, nous avons un projet de centre médical sur la base aérienne qui sera agrandi pour devenir un centre médico-chirurgical à même d'accueillir tous les types de pathologies. Cette opération devra bien évidemment aboutir avant la rétrocession de Bouffard. La nouvelle structure maintiendra nos capacités sur la zone et nous permettra d'accueillir les militaires d'autres pays, comme nous l'avons fait il y a quelques années pour les marins de l'USS *Cole*.

Je partage entièrement votre analyse quant au caractère formateur de Djibouti : tous les internes et assistants que nous y envoyons mesurent l'intérêt de cette expérience, notamment sur le plan de la traumatologie.

Notre participation à des actions civilo-militaires dépend des conditions propres à chaque théâtre et des possibilités des forces déployées. Nous veillons toujours à ce qu'elle soit établie en coordination avec les autorités militaires.

La télémédecine est un objectif d'état-major avec le projet ISSAN, développé en lien avec la direction générale de l'armement dans le cadre plus global de la numérisation du champ de bataille. Le problème majeur de ces techniques reste la capacité des réseaux à transporter des fichiers de taille importante. Les réseaux locaux sont souvent insuffisants et les réseaux militaires rarement disponibles. Nous avons pourtant besoin d'envoyer des scanners à distance : il n'y a par exemple aucun radiologue déployé à Kaboul. Lorsque les médecins ont besoin d'une analyse détaillée, ils doivent transmettre les fichiers en métropole.

M. Jean-Jacques Candelier. Dans quelle mesure le SSA est-il touché par la révision générale des politiques publiques (RGPP) ? Participe-t-il à la suppression des 54 000 postes du ministère de la défense ?

En opérations extérieures, le SSA intervient au profit des populations civiles. Vous avez évoqué l’Afghanistan, la Côte d’Ivoire et le Tchad. Assure-t-il cette mission sur d’autres théâtres ?

M. Francis Hillmeyer. Vous nous avez indiqué que le SSA est le premier service médical de l’Union européenne et le deuxième au sein de l’OTAN. C’est un élément très positif et il faut s’en féliciter. Nos moyens sont-ils à la hauteur de nos ambitions ? Disposons-nous de suffisamment d’hôpitaux de campagne indispensables à nos engagements en OPEX ?

Les crédits affectés à l’indemnisation des victimes des essais nucléaires sont très peu consommés. Pensez-vous que cette situation est liée à des critères trop restrictifs ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Partout où ils sont déployés, les personnels du SSA apportent une aide médicale aux populations en tenant compte des spécificités locales. En Afghanistan, nous avons réduit notre engagement en raison des risques élevés. Nous sommes en revanche très impliqués au Tchad.

Le SSA participe à la RGPP à hauteur de 588 équivalents temps plein, essentiellement sur des fonctions de soutien. Les hôpitaux ne sont pas inclus dans cette réforme car ils avaient déjà engagé antérieurement leur propre restructuration.

Nous sommes dotés de suffisamment d’hôpitaux de campagne pour assurer nos missions. La plateforme d’Orléans assure leur mise en service et leur renouvellement ne soulève aucune difficulté. Nous concentrons nos efforts sur l’Afghanistan : les demandes pour ce théâtre sont satisfaites en priorité.

Je tiens à souligner que nous avons déployé deux équipes chirurgicales à bord des BPC Tonnerre et Mistral et du porte-avions Ch De Gaulle lors de l’opération Harmattan. Elles étaient non seulement à la disposition des forces françaises mais aussi de tous nos partenaires de l’OTAN. Nous sommes pleinement intégrés aux opérations multinationales : l’hôpital de Kaboul a par exemple été financé par l’OTAN. En revanche notre déploiement au Tchad se fait uniquement sur des crédits nationaux.

En ce qui concerne les victimes des essais nucléaires, les demandes d’indemnisation sont peu nombreuses. Nous avons pourtant mis en place toutes les structures nécessaires et nous sommes capables de traiter tous les dossiers. Le directeur de l’observatoire de la santé des vétérans suit ce dossier avec beaucoup d’attention.

Mme Michèle Alliot-Marie. Comme nombre de vos personnels, nous avons été très surpris par les conclusions du rapport de la Cour des comptes sur le service de santé des armées. Je crois que vous pouvez compter sur le soutien unanime de la commission de la Défense. Je tiens à vous adresser, ainsi qu’à tous vos personnels, tous nos encouragements et à vous faire part de notre admiration.

Dans votre présentation, vous avez souligné l’implication quantitative du SSA mais je crois qu’il faut souligner son importance qualitative : vous êtes reconnus internationalement comme des acteurs majeurs. Nos alliés britanniques regrettent d’ailleurs d’être allés trop loin dans l’externalisation et les Allemands envient nos capacités.

M. le président Guy Teissier. Lors de la publication du rapport, nous avons entendu le président de la seconde chambre de la Cour des comptes et les rapporteurs en charge de cette étude. Nous leur avons fait part de notre mécontentement.

M. Georges Mothron. Vous avez rappelé qu'un hôpital d'instruction des armées n'est pas un établissement public de santé ordinaire. Pourtant, les HIA s'impliquent dans l'offre de soins, notamment lorsque les structures civiles n'y arrivent pas. La presse a ainsi annoncé qu'un ressortissant français se trouvant en situation délicate au Portugal ne parvenait pas à bénéficier des soins adéquats, aucun hôpital civil ne l'acceptant. Il semblerait qu'un HIA ait toutefois accepté de le prendre en charge. Pouvez-vous nous le confirmer ? Si tel est le cas, ne craignez-vous pas que la Cour des comptes vous le reproche ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Madame le ministre, je vous remercie des propos élogieux que je ne manquerai pas de transmettre aux personnels. Le SSA jouit en effet d'une excellente réputation internationale. Les Britanniques regrettent beaucoup leur choix d'externalisation et les Allemands sont également en situation délicate.

La place du SSA est d'ailleurs consacrée par la prochaine nomination de son directeur central au poste de président du comité des directeurs de santé de l'OTAN.

M. Mothron, je vous confirme que l'équipe médicale du Val de Grâce a accepté de prendre en charge le malade dont vous avez parlé. Cette décision est intervenue après s'être assuré qu'il pourrait être accueilli dans des conditions satisfaisantes pour sa propre sécurité et pour celle des autres patients. Après deux mois d'hospitalisation il se trouve en effet dans un état grave mais j'espère que les soins que nous lui apporterons amélioreront rapidement sa situation.

Je précise qu'il est couvert par un régime de sécurité sociale et que sa prise en charge ne sera donc pas à la charge du SSA.

M. Alain Moyne-Bressand. Le service de santé des armées entretient-il des relations particulières avec les ARS en ce qui concerne les matériels ? Existe-t-il dans ce domaine des possibilités de mutualisation avec les établissements de santé ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Le service de santé des armées a fait le choix de répartir ses forces sur ses neuf établissements – qui sont tous équipés de scanners et d'IRM – ce qui nous permet d'offrir à nos personnels le niveau de formation adéquat. Néanmoins, seuls deux établissements du service de santé des armées disposent des équipements les plus coûteux, comme les TEP-scanner, en l'occurrence le Val-de-Grâce et l'hôpital Sainte-Anne à Toulon. Mais évidemment dans le cadre budgétaire contraint que nous connaissons, nous souhaitons favoriser le dialogue avec les établissements de santé environnants afin de mutualiser au mieux nos équipements. Le robot chirurgical acquis récemment par le Val-de-Grâce est ainsi mis à la disposition des équipes de l'hôpital Cochin. De même les équipements IRM de nos hôpitaux, quand cela est possible, sont mis à disposition des hôpitaux publics et privés qui en font la demande.

M. Michel Voisin. Pour les étudiants ayant décidé de quitter l'école du service de santé des armées avant leur prise de fonction, et devant en conséquence rembourser les années d'études effectuées, serait-il possible d'envisager l'échelonnement du remboursement de cette dette ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Ce problème n'est pas de notre compétence mais de celle du ministère du budget. Tout médecin militaire qui quitte précocement le service doit rembourser ses années d'études. La demande d'étalement du remboursement doit être faite auprès du ministère du budget et en règle générale elle est acceptée.

M. le président Guy Teissier. Notre collègue Patrick Beaudouin souhaitait vous interroger sur l'accompagnement des blessés.

M. le médecin général Gérard Nédellec. L'accompagnement des blessés se fait dans d'excellentes conditions. La doctrine commune de prise en charge des blessés, que partagent les praticiens sur les théâtres d'opération avec les médecins en poste dans les hôpitaux d'instruction des armées en métropole, constitue un des grands avantages du service de santé des armées. La conception du soin est exactement la même tout au long de la chaîne médicale, ce qui facilite la prise en charge du patient. Concernant le soutien psychosocial des blessés et de leurs familles, le travail de la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT) est exemplaire. Des cellules d'aide aux blessés similaires existent dans toutes les armées. Mais en raison notamment de notre engagement en Afghanistan, la CABAT est la plus sollicitée. Pour améliorer encore ce soutien, il est envisagé de construire sur le site de l'hôpital Percy un immeuble qui pourra accueillir les familles ainsi que les blessés eux-mêmes s'il est nécessaire qu'ils reviennent par la suite pour des examens ou des soins complémentaires.

M. le président Guy Teissier. Quel regard portez-vous sur les régiments médicalisés ? Sont-ils opérationnels ?

M. le médecin général Gérard Nédellec. Il n'existe plus qu'un seul régiment médical à la suite du regroupement de celui de Metz et de celui de La Valbonne. Ce régiment, dont la mission principale est le soutien médical en opération, est composé de personnels de l'armée de terre. Il comprend des brancardiers secouristes et des aides-soignants. Certains de ces personnels sont affectés en section de vingt personnes environ dans chaque hôpital d'instruction des armées afin de maintenir leurs capacités techniques au meilleur niveau.

Ils sont bien évidemment une aide précieuse pour l'activité des hôpitaux dans le cadre du plan d'action hospitalier visant à réduire l'empreinte financière du service sur le budget de la défense. Mais ils n'ont pas vocation à rester dans les hôpitaux, leur mission première est d'être projetés. Ils peuvent d'ailleurs être prélevés sans aucun préavis pour partir en opération extérieure.

*

* *

La séance est levée à dix-huit heures vingt-cinq.

*

* *

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Michèle Alliot-Marie, Mme Marie-Noëlle Battistel, M. Jean-Louis Bernard, M. Daniel Boisserie, M. Jean-Jacques Candelier, M. Nicolas Dhuicq, M. Nicolas Dupont-Aignan, M. Philippe Folliot, M. Michel Grall, M. Francis Hillmeyer, M. Marc Joulaud, M. Alain Marleix, M. Christian Ménard, M. Damien Meslot, M. Jean Michel, M. Georges Mothron, M. Étienne Mourrut, M. Alain Moyne-Bressand, M. Guy Teissier, M. Yves Vandewalle, M. Jean-Claude Viollet, M. Philippe Vitel, M. Michel Voisin, M. André Wojciechowski.

Excusés. – M. Patrick Beaudouin, M. Pascal Brindeau, M. Laurent Cathala, M. François Cornut-Gentile, M. Franck Gilard, Mme Françoise Hostalier, Mme Marguerite Lamour, Mme Marylise Lebranchu, M. Daniel Mach, M. Franck Marlin, M. Philippe Nauche, M. Michel Sordi.