

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^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. Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées, sur le projet de loi de programmation militaire et le projet de loi de finances pour 2014..... 2

Mercredi

16 octobre 2013

Séance de 16 heures 15

Compte rendu n° 15

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Présidence
de Mme Patricia Adam,
présidente



La séance est ouverte à seize heures quinze.

Mme la présidente Patricia Adam. Nous avons le plaisir d'accueillir le médecin général des armées Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées (SSA). Nous savons, général, que vous envisagez de reconfigurer ce service – dont nous connaissons l'excellence et l'importance, récemment illustrées au Mali – suivant le double principe de concentration sur ses missions majeures et d'ouverture dynamique sur la santé publique.

M. Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées. Madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en m'invitant, à l'occasion des travaux sur le projet de loi de finances pour 2014 et le projet de loi de programmation militaire, à vous présenter le projet du SSA. Le personnel de ce service – que j'ai le privilège de diriger depuis un an – est en ce moment même très fortement engagé avec nos forces sur les théâtres d'opérations extérieures (OPEX).

Après avoir rappelé succinctement ce qu'est le SSA aujourd'hui, je présenterai les raisons du changement que j'estime nécessaire, avant d'évoquer les grandes lignes du projet de service que nous souhaitons mettre en œuvre.

En 2013, le SSA est un service interarmées efficace qui remplit pleinement sa mission. Fort de 16 000 personnes, il bénéficie d'un budget de 1,4 milliard d'euros ; sa mission première est, et demeure, le soutien santé opérationnel des forces – mission qui couvre toute la vie opérationnelle du militaire, se déclinant avant, pendant et après les opérations. Elle débute avec la préparation opérationnelle médicale du combattant, intègre les soins aux militaires blessés ou malades, et s'étend aux soins de suite et de réhabilitation jusqu'à la réinsertion professionnelle et sociale. Cette mission nécessite un ensemble parfaitement organisé et coordonné de capacités médicales, pharmaceutiques, vétérinaires, dentaires, paramédicales et médico-administratives. Le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013 a de nouveau souligné le caractère indispensable du SSA pour l'engagement opérationnel de nos forces. Il n'est pas de chef militaire aujourd'hui qui ne souligne l'importance de la présence du médecin ou de l'infirmier au plus près des combattants. C'est un des éléments déterminants de leur engagement, car ils savent ainsi pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale efficace et rapide en cas de blessure ou de maladie.

Pour cela, le service est capable de déployer en tous temps, en tous lieux et en toutes circonstances, une chaîne santé opérationnelle complète et cohérente. Capacité quasi-unique en Europe, cette chaîne santé comprend une offre de soins, le ravitaillement en produits de santé, l'évacuation médicale, l'évaluation et l'expertise des risques sanitaires, et le commandement médical opérationnel. En charge de la santé des combattants, elle ne se réduit pas à une simple chaîne logistique : composée de personnels non combattants, elle est cependant déployée au plus près de la ligne des combats. Elle constitue ainsi une force d'appui déterminante. Priorité des éléments du soutien, elle permet l'entrée en premier, et se retire souvent en dernier des théâtres d'opérations.

La chaîne santé opérationnelle est très exigeante en termes de qualité, imposant les plus hauts niveaux de formation et d'équipement. Pour la mettre en œuvre, le service s'appuie

sur cinq composantes fonctionnelles indissociables qui en conditionnent la cohérence, et donc l'efficacité : la médecine des forces – cinquante-cinq centres médicaux des armées en métropole et quatorze centres médicaux interarmées en outre-mer, qui assurent la médecine de premier recours –, neuf hôpitaux d'instruction des armées (HIA) répartis sur le territoire national, le ravitaillement sanitaire, la formation et la recherche biomédicale de défense. L'équilibre entre ces composantes garantit la qualité du soutien santé sur les théâtres d'opérations, sa réactivité et son autonomie. Les OPEX récentes, en Afghanistan comme au Mali, ont confirmé la capacité du SSA à déployer une telle chaîne dans son intégralité, et donc à remplir sa mission opérationnelle, y compris dans les formes d'engagement les plus difficiles.

Pourquoi le changement m'apparaît-il nécessaire ? Si le SSA remplit efficacement sa mission, il le fait de plus en plus sous forte tension. À son origine, en 1708, le service a probablement représenté le premier système de santé organisé en France. Entièrement dévolu au soutien des militaires, il a longtemps vécu de manière autonome vis-à-vis du système public de santé. Il a ainsi traversé trois siècles d'histoire dans un relatif isolement. Cette situation, justifiée à l'époque, lui permettait de répondre aux impératifs d'autosuffisance et d'autonomie de décision, indispensables à sa mission opérationnelle. Cependant, cet isolement l'a progressivement fragilisé en lui imposant une dispersion de ses moyens, au point de mettre en question sa capacité à remplir, à terme, la mission qui lui incombe.

Pourtant, le SSA n'a jamais cessé de s'adapter ; mais ses évolutions – qui se sont accélérées et amplifiées ces dernières années – ont souvent été initiées en réaction à diverses contraintes, et toujours conçues dans une perspective essentiellement gestionnaire, sans remettre en cause le modèle lui-même. Elles atteignent aujourd'hui leurs limites, obligeant le service à passer d'une logique d'adaptation à une logique de changement.

Depuis la révision générale des politiques publiques en 2007 et l'audit de la Cour des comptes en 2010, une tension accrue s'est en effet exercée sur le SSA. Cette tension s'est encore accentuée récemment avec la loi de programmation militaire. Tout en maintenant un haut niveau d'ambition, il s'agit pour le service de poursuivre les efforts déjà entrepris pour améliorer encore sa performance, dans un contexte de profonde évolution du monde de la santé en France. Nous ne pouvons pas ignorer la nouvelle stratégie nationale de santé qui prône le décloisonnement, les partenariats et la territorialisation de l'offre de soins. Le service veut et doit prendre en considération ces évolutions majeures.

Aujourd'hui, le SSA a clairement identifié quatre facteurs de vulnérabilité, liés à son histoire, à son organisation et aux évolutions de son environnement. En premier lieu, l'isolement – déjà évoqué – est devenu de moins en moins tenable dans un système de santé national de plus en plus organisé, souvent concurrentiel dans un contexte financier contraint. Ensuite, le service pâtit de la dispersion en matière de moyens, d'emprises, mais aussi d'activités dont certaines sont très éloignées du besoin réel des forces. Une troisième fragilité tient aux deux corpus légaux et réglementaires dont il dépend – celui de la santé et celui de la défense. Toutes les évolutions de normes et d'exigences propres au monde de la santé publique sont opposables, autant que celles liées aux missions opérationnelles ; elles entrent parfois en contradiction, obligeant le service à trouver des solutions originales. Le dernier facteur de vulnérabilité réside dans la complexité et parfois la lourdeur d'une gouvernance qui limite fortement ses marges de manœuvre et son aptitude à l'adaptation.

Ainsi, la capacité du SSA à soutenir l'engagement opérationnel des forces armées françaises pourrait être à terme menacée. En effet, le service rencontre des difficultés croissantes pour réaliser l'adéquation entre la nécessaire performance médicale et la complexité du déploiement cohérent d'une chaîne santé opérationnelle. On a pu le constater dans le cadre de l'opération Serval qui cumulait des contraintes maximales. Initiée par un engagement très rapide de nos forces, suivi d'une entrée en premier en l'absence de soutien de la nation hôte, cette opération restera marquée par un tempo très rapide, de fortes elongations et une large dispersion des troupes au sol. Il faut ajouter à ces considérations tactiques le fait que l'opération s'est déroulée à grande distance du territoire national, dans des conditions environnementales éprouvantes. Tous ces éléments ont représenté autant de contraintes majeures pour nos soldats comme pour le soutien médical.

Mais les capacités du service sont également mises à l'épreuve par la contrainte budgétaire qu'il subit à l'instar de l'ensemble de notre défense. Cette contrainte impose de concevoir un modèle qui préserve les investissements sans dégrader le fonctionnement. Il est exclu de majorer le coût de possession pour la défense, et de compromettre la soutenabilité budgétaire du service rendu. Il s'agit donc de s'organiser afin que les ambitions restent compatibles avec les moyens alloués.

Enfin, le corps social étant totalement légitime pour exiger des pertes minimales et, en cas de blessure au combat, les meilleurs soins permettant d'éviter au maximum les séquelles, le service doit répondre à un véritable défi technique. Il doit garantir au citoyen que le soldat engagé en opérations sera protégé et surtout secouru et soigné au mieux, et donc rester en mesure de déployer, en toutes circonstances, l'ensemble de ses capacités.

Pour faire face à cette situation complexe, on ne saurait se contenter d'une nouvelle adaptation ; il faut désormais envisager de changer de modèle. Résolument centré sur l'opérationnel, le nouveau modèle de service devra répondre aux ambitions stratégiques de la France. Il devra préserver la capacité des armées à entrer en premier sur un théâtre d'opérations, et pouvoir s'adapter à la diversité des formes d'engagement auxquelles les forces seront confrontées. Ce modèle pour le futur, étalonné sur le calendrier de la loi de programmation militaire, fait actuellement l'objet d'un projet de service dont l'élaboration est en cours de finalisation.

Ce projet s'appuie sur cinq principes majeurs. Le premier d'entre eux est celui de la concentration : le SSA doit concentrer ses activités sur sa mission régaliennne – le contrat opérationnel –, tout en densifiant ses équipes et ses structures. Un nouvel équilibre entre ses différentes composantes devra être recherché, particulièrement entre la médecine des forces et la médecine hospitalière.

Le service devra ensuite mettre en œuvre une ouverture au service public de santé, tout autant nécessaire à la performance technique qu'à l'efficacité économique du nouveau modèle de service. Cette ouverture lui permettra d'instaurer un dialogue utile avec son environnement, et de le rendre plus visible. Il pourra ainsi mieux intégrer des réseaux de soins, s'engager dans des partenariats efficaces et favoriser son interopérabilité. Les systèmes d'information et de communication seront placés au centre de cette politique d'ouverture, qui sera conduite tant au niveau local – avec les établissements de santé – que régional – avec les agences régionales de santé (ARS) – et national – entre les administrations centrales.

Le nouveau modèle de service suppose également le développement des coopérations internationales. Ce troisième principe répond à un impératif d'efficacité opérationnelle et d'économie de moyens. En effet, si l'ambition du service est d'assurer un soutien santé garantissant la capacité d'entrer en premier, il ne disposera à l'avenir que de capacités limitées pour tenir seul dans la durée. Des coopérations multinationales devront donc être développées dans un souci de complémentarité, de réciprocité et de culture médicale opérationnelle partagée, tout en tenant compte de la limite que représente l'absolue nécessité de préserver l'autonomie de la France et sa capacité à conduire seule, au moins initialement, une opération militaire.

Il faudra également renforcer les coopérations interministérielles. Ce principe est essentiel pour permettre, dans les meilleures conditions, la participation du service à la résilience de la Nation, comme cela lui est demandé. Cette participation ne peut se concevoir que sur la base de collaborations renforcées, mais sans mobilisation de capacités ou de compétences nouvelles. Le maintien et l'extension des coopérations interministérielles contribueront de surcroît à l'entraînement du personnel du SSA et à la diminution de son coût de possession pour les armées.

Enfin, le dernier principe – la simplification – s'inscrit résolument dans le programme ministériel visant à réformer la gouvernance, à clarifier la chaîne de décision, à simplifier les organisations, à alléger les échelons de commandement et à fluidifier les flux d'information, tout en générant des économies de fonctionnement.

Conformément à ces cinq principes, le service fera principalement porter son effort sur certains axes d'intervention, qui concernent l'ensemble de ses composantes. Pour trois d'entre elles – la formation, la recherche et le ravitaillement sanitaire –, il s'agit d'accentuer les mesures déjà engagées dans le cadre de la transformation en cours depuis 2008. Les efforts nouveaux viseront à concentrer ces composantes sur le soutien santé des forces en opérations, et à les ouvrir plus largement à des partenariats interministériels. Enfin, la valorisation financière des savoir-faire sera systématisée afin de préserver la capacité de progrès et d'innovation de ces composantes essentielles à la cohérence du service.

Pour la médecine des forces, la réorganisation issue de la création des centres médicaux des armées en 2011 sera poursuivie et complétée. Une attention particulière sera portée à leur insertion dans leur territoire de santé, notamment dans le cadre de la permanence des soins. Concentrées sur leur mission opérationnelle, leurs activités seront prioritairement orientées vers la pratique médicale et soignante dans des domaines d'intérêt majeur pour les armées, comme la prise en charge des urgences, mais aussi vers la prévention des risques sanitaires et l'expertise médico-militaire. Par ailleurs, un effort particulier sera consenti pour faire face aux différentes contraintes matérielles qui pèsent actuellement sur le fonctionnement quotidien de nombreux centres médicaux des armées.

La composante hospitalière, dont le périmètre ne sera pas réduit, fera cependant l'objet d'une réorganisation importante. Celle-ci adaptera l'offre de soins des hôpitaux militaires aux besoins actuels des armées et de la défense, tout en favorisant leur insertion dans les territoires de santé. L'élaboration d'un nouveau modèle hospitalier, autour de plateformes renforcées, visera à concilier les nouvelles exigences du contrat opérationnel et les contraintes qui pèsent actuellement sur tous les établissements. Une nouvelle gouvernance,

locale et centrale, garantissant une plus grande souplesse en gestion sera également mise en œuvre.

Toutes ces évolutions demanderont du temps pour produire leur plein effet. Leur réussite exigera une implication et un accompagnement attentif des personnels du service de façon à impulser et à maintenir la dynamique de changement dans la durée. Elle passera aussi par une nouvelle relation entre le SSA et le service public de santé ; la solidarité accrue entre ces deux grands acteurs s'inscrira dans une optique de lien entre l'armée et la Nation. La réussite nécessitera également de revisiter en profondeur la place des réserves citoyenne et opérationnelle du SSA, dont le rôle indispensable sera amplifié et valorisé. Ces évolutions majeures supposent un dialogue au plus haut niveau entre les ministères concernés et ne pourront se faire sans une volonté politique partagée à l'échelon national et régional. Le nouveau projet ne peut se concevoir qu'ensemble, puisque c'est ensemble qu'il se déclinera, dans le respect des missions spécifiques et de l'identité de chacun des acteurs, civils comme militaires.

Enfin, je voudrais évoquer une autre ambition du SSA. Par sa position unique au sein des mondes de la défense et de la santé, il réalise la synthèse des valeurs portées par ces deux communautés, toutes deux animées par l'esprit de service. Tout au long de son histoire – et encore aujourd'hui, lorsqu'il s'engage dans l'urgence au sein des forces armées –, il a fait la preuve des aptitudes exceptionnelles que lui confèrent sa militarité et sa mission de soins : capacité de réaction immédiate, robustesse dans l'engagement opérationnel, potentiel de résistance et d'adaptation en milieu hostile, voire agressif. Toutes ces aptitudes rares, précieuses et pour certaines uniques, sont indispensables au soutien des opérations militaires. Pour autant, elles pourraient être sollicitées plus largement dans le cadre de la résilience de la Nation, à laquelle le service participe déjà. Ainsi, au-delà de l'ouverture vers le service public de santé, c'est la question de l'organisation d'un dialogue interministériel plus large qui est soulevée aujourd'hui.

En somme, le nouveau modèle proposé par ce projet de service souligne clairement le fait qu'aujourd'hui le SSA ne peut plus, et ne veut plus, décider seul de ses évolutions, ni conduire seul un tel changement. Dans le contexte économique actuel, l'importance des enjeux – militaires, sanitaires et sociaux – nous impose de rechercher ensemble une solution qui permette de garantir, d'une part, la qualité du soutien médical opérationnel des forces engagées sur les théâtres d'opérations – priorité absolue –, et d'autre part, l'utilisation pleine et entière des capacités du SSA dans le cadre de la résilience de la Nation – priorité fondamentale.

Soyez assurés, madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, de mon engagement dans cette voie, comme de celui de l'ensemble des personnels du SSA, qui en font la preuve au quotidien – tant sur le territoire national que sur les théâtres d'opérations où nos forces sont déployées.

Mme la présidente Patricia Adam. Je vous remercie, général, et passe la parole à Alain Marty, rapporteur spécial du budget pour le soutien et la logistique interarmées.

M. Alain Marty. Monsieur le directeur, l'amélioration du fonctionnement des HIA constitue l'un des objectifs fixés pour optimiser la gestion du SSA. Ces hôpitaux ont fait des efforts considérables en matière de coûts en essayant de valoriser leur activité – 472 millions

d'euros pour l'année 2012 –, mais cette valorisation ne pourra se poursuivre indéfiniment. Comme vous l'avez souligné, le modèle a aujourd'hui atteint ses limites et il sera difficile d'améliorer les choses davantage.

Vous souhaitez vous recentrer sur les missions essentielles du SSA, quitte à abandonner certaines disciplines accessoires, mais sans modifier l'organisation territoriale. Le ministre ne souhaite pas non plus, dans l'immédiat, toucher au nombre des HIA. Quelle organisation nouvelle les changements envisagés impliqueront-ils ?

Aujourd'hui, les neuf hôpitaux sont gérés par une direction centrale, à travers un système lourd et complexe. Dépendant de l'ARS d'Île-de-France, ils ont du mal à instaurer un dialogue avec les territoires ; si les liens ne sont pas inexistant, les HIA ne sont pas véritablement intégrés dans l'offre de soins. Envisagez-vous, en matière de gouvernance, d'accorder davantage de liberté aux établissements ?

Comment évolueront les effectifs du SSA aux termes de la loi de programmation militaire pour 2014-2019 ? Quels efforts vous demande-t-on de consentir dans ce domaine, et comment comptez-vous les organiser ?

Au regard du rapport de la Cour des comptes, votre service – tant sous la direction de votre prédécesseur que sous la vôtre – a effectué des efforts considérables, remettant en cause le fonctionnement des hôpitaux et des centres médicaux. Je tiens à saluer ce travail de qualité.

M. Jean-Marc Debonne. En effet, beaucoup d'efforts ont été entrepris et l'on peut difficilement attendre aujourd'hui des hôpitaux qu'ils progressent encore en matière de rationalisation et d'optimisation. Nous sommes probablement arrivés au bout de ce que peuvent donner ces évolutions ; mais puisque ce n'est pas assez et que les risques pour les hôpitaux demeurent, nous ne saurions en rester là. Ne pouvant plus progresser dans le modèle actuel, nous devons passer à un nouveau modèle.

Comme l'a annoncé le ministre de la Défense, nous gardons le même périmètre hospitalier ; garder les neuf HIA apparaît comme une nécessité absolue pour la mise en œuvre du nouveau projet. Sans eux, nous n'aurions pas pu mener l'opération Serval ; ils sont indispensables pour le contrat opérationnel comme pour le soutien des militaires dans les territoires de santé, où ils jouent également un rôle dans la prise en charge des patients locaux. On ne peut pas envisager, de façon unilatérale, de se retirer de ces territoires sans une étroite concertation avec des autorités de santé locales, territoriales et régionales. En tout état de cause, les éventuels retraits de spécialités de certains hôpitaux doivent être préparés.

Cependant, les HIA sont en difficulté. Leur déficit, que la Cour des comptes avait souligné en 2010, s'est depuis réduit, atteignant aujourd'hui probablement une limite qu'il ne pourra pas dépasser. Derrière la question du déficit pointe celle du niveau d'activité des HIA, désormais lié au financement. Ces hôpitaux pourront-ils développer un niveau d'activité adapté aux nouvelles exigences, notamment pour des spécialités très importantes pour nous comme la chirurgie ? De mon point de vue, si nous ne faisons rien, nous n'y arriverons pas. Nos structures sont actuellement trop petites, divisées en de nombreux services, la taille réduite de certaines équipes – trois à cinq praticiens parfois – les rendant fragiles. Quand les équipes partent en OPEX, les HIA perdent beaucoup de patients civils, qui représentent 80 % des personnes qui y sont soignés. Ainsi, au premier semestre 2013, marqué par l'opération

Serval, les HIA ont connu une période extrêmement difficile, et cela n'est pas totalement terminé.

Le problème des hôpitaux, révélé en 2010 par leurs difficultés financières, tient à leur niveau d'activité. S'il ne faut pas réduire le périmètre hospitalier, on ne peut pas non plus laisser les choses en l'état. Une réorganisation s'impose, reposant essentiellement sur deux concepts : concentration et ouverture. Pour commencer, l'offre de soins de nos hôpitaux ne répond plus aux besoins des armées. Elle représente, en partie, un héritage du passé, notamment de l'époque de la conscription ; soigner les appelés – population réellement captive – imposait alors de développer toutes les spécialités. Aujourd'hui, si l'on prend l'exemple des hémodialyses ou des radiothérapies, des centres de soins publics sont parfaitement aptes à prendre en charge les militaires malades. La mission du SSA n'est plus d'apporter cette offre de soins et de recours hospitalier, d'abord parce que les HIA ne sont pas présents sur tout le territoire, mais également parce que cela entretient la dispersion des moyens.

La première mesure consistera donc, pour nous, à construire un nouveau modèle hospitalier concentré sur des disciplines d'intérêt pour la projection et pour l'expertise de la défense. Un hôpital ne fonctionnant pas seulement sur ce type de disciplines, nous devons y ajouter des spécialités de cohérence et de soutien. Ainsi, si un service d'urgence est vital pour un hôpital militaire, il faut disposer de spécialités capables de prendre en charge les patients qui ne doivent pas tous être opérés et qui ne relèvent pas tous du domaine d'expertise de la défense. Mais ces spécialités annexes ne seront pas développées au même niveau.

D'une façon ou d'une autre, le SSA devra contribuer aux efforts demandés à la défense, et nos moyens ne seront pas augmentés. C'est donc à enveloppe constante qu'il nous faudra conduire la réorganisation, en redéployant les moyens, en abandonnant de façon concertée et progressive certaines activités pour les transférer au service public. Les moyens dégagés seront remis sur les spécialités d'intérêt majeur.

Notre projet propose également au ministre de renforcer les équipes pour aller vers un modèle où les hôpitaux auront pour vocation de répondre intégralement au contrat opérationnel, et particulièrement à l'entrée en premier qui représente une véritable difficulté. Projeter des chirurgiens, des infirmières, des anesthésistes ou des infirmiers de bloc opératoire (IBODE) sur un théâtre d'opérations, parfois sans délai, suppose de détenir en propre cet outil pour la défense. Certains pays – comme le Canada ou le Royaume-Uni – n'ont plus la possibilité d'entrer en premier ; la France souhaite la garder et le soutien santé opérationnel doit donc être capable de partir immédiatement. Cela implique de renforcer les équipes de nos hôpitaux dont on ponctionne de façon brusque les personnels, sous peine de déstructurer complètement leur activité.

Quelques hôpitaux – dont le nombre n'est pas encore arrêté – se concentreront sur ces missions opérationnelles et verront leurs équipes densifiées. Mais dans un contexte d'enveloppe constante, voire progressivement érodée, d'autres HIA porteront une mission différente et complémentaire pour le contrat opérationnel. En effet, à côté de l'entrée en premier, le soutien santé prend également en charge la régénération qui intervient souvent au bout de quelques semaines, voire de quelques mois. Cette partie du contrat opérationnel pourra donc être assurée par des structures hospitalières beaucoup plus intégrées dans l'offre de soins des territoires. L'hôpital de Kaia, situé sur l'aéroport de Kaboul, en offre un

exemple : les praticiens – dont des réservistes – qui y travaillent aujourd’hui échappent aux conditions très dures qu’on a connues au Mali. L’essentiel de la réforme actuelle consiste à progressivement construire des plateformes hospitalières en nombre réduit, prenant en charge la mission la plus dure qui incombe à l’hôpital militaire – garantir l’entrée en premier – et d’autres structures hospitalières qui auront un rôle d’appoint et de relève.

Si notre modèle actuel repose sur des hôpitaux largement identiques, le nouveau modèle implique une spécialisation : d’un côté, des hôpitaux densifiés, concentrés sur des missions opérationnelles, très visibles ; de l’autre, des hôpitaux beaucoup plus intégrés dans les territoires, insérés dans des partenariats forts avec des établissements du service public, qui contribueront d’une autre façon au contrat opérationnel et au parcours de santé des militaires. Cette évolution nous permettra de densifier les équipes des plateformes hospitalières, pour qu’elles puissent supporter les OPEX.

M. Alain Marty. Ces plateformes sont-elles les hôpitaux qui aujourd’hui reçoivent les blessés en provenance des théâtres d’opérations ?

M. Jean-Marc Debonne. Une réflexion a été conduite avec l’état-major des armées sur les critères – en partie stratégiques – qui présideront à la sélection de ces plateformes, la proximité d’aéroports en faisant assurément partie. Il y en aura une en Île-de-France et une autre dans la région PACA. Le fait que sur ces deux plateformes soient concentrés cinq hôpitaux – trois en région parisienne et deux dans le Sud – permet une résilience interne. De surcroît, ces plateformes abritent les trois hôpitaux les plus récents : Percy, Sainte-Anne – qui a cinq ans – et Bégin, qui finalise en ce moment sa rénovation. Tout converge donc aujourd’hui, tant sur le plan stratégique que sur celui de la logique des infrastructures, pour créer ces deux plateformes.

Les quatre hôpitaux hors plateforme fonctionneront différemment, mais contribueront également au contrat opérationnel. De fait, passé le pic d’engagement, tant la régénération que des contrats opérationnels longs – certains théâtres, comme l’Afghanistan, imposent, en effet, d’y durer – exigeront de compléter les plateformes par un autre type de structures.

En matière de gouvernance, le modèle très centralisé ne permet pas une bonne insertion des établissements dans leurs territoires. Celle-ci suppose, en effet, un dialogue important avec les ARS et les autres acteurs de la santé. Il faut donc donner beaucoup plus de liberté et d’autonomie de décision à nos hôpitaux. Mais une telle décision se prépare. Plutôt que de précipiter les choses, mieux vaut d’abord former nos personnels d’encadrement – directeurs d’hôpitaux, directeurs de soins – à cette nouvelle responsabilité. C’est pourquoi nous avons sollicité auprès de l’état-major des armées et du cabinet du ministre un délai pour conduire cette réforme : il nous faudrait au moins cinq à six ans, et idéalement dix à douze ans. Il s’agit, en effet, d’une réforme lourde concernant neuf hôpitaux. Mais nous sommes conscients de la nécessité d’alléger la gouvernance pour aller vers une plus grande autonomie de décision qui permettra aux établissements de s’adapter aux contraintes et aux contingences locales.

Quant à l’évolution des effectifs, l’état-major et le cabinet du ministre nous ont accordé l’essentiel : la maîtrise du tempo pour mettre en place ce nouveau modèle qui se construira en partenariat étroit avec les tutelles et les acteurs du service public. Il nous faut

donc pouvoir progresser au rythme des partenaires. Sans être contraints par le tempo très serré et très anticipé, prévu dans la demande initiale, nous pourrons, après 2015, développer les coopérations locales et cadencer la contribution du service aux attentes de la loi de programmation militaire.

Mme Geneviève Gosselin-Fleury. Quelles ont été les conséquences des dysfonctionnements de LOUVOIS sur les personnels du SSA ? Le problème des indemnités de garde hospitalière a-t-il pu être pris en compte et résolu ? Où en est-on du traitement de la solde dans votre service ?

M. Philippe Folliot. On connaît l'importance de l'aide médicale aux populations (AMP) pour l'acceptation des forces en opération dans le cadre des actions civiles ou militaires. Au Mali, cette importance a peut-être été moindre, tant nos forces y étaient bien accueillies par la population ; mais l'AMP s'est révélée essentielle en Afghanistan, notamment dans la vallée de Kapisa. Auteur d'un rapport parlementaire sur ce thème, j'ai pu le constater sur le terrain. Dans le modèle futur, au regard des contraintes budgétaires et financières du service, l'AMP restera-elle prévue dans le cadre des projections ultérieures dans des zones parfois moins accueillantes que le Mali ?

En tant que député de la ville où se situe la seule école d'ingénieurs de télé-médecine en France, mais aussi plus généralement, je me demande si vous travaillez sur la question de l'e-santé ? Il s'agit d'un enjeu important puisqu'il en va de pouvoir valider des diagnostics de certains traumatismes ou pathologies.

M. Jean-Marc Debonne. Le SSA est entré très tôt dans le système LOUVOIS ; plusieurs facteurs nous ont permis d'éviter les très grands dysfonctionnements qu'ont pu connaître d'autres structures, comme l'armée de terre. D'abord, notre service ne représente que 16 000 personnes ; ensuite, adoptant d'emblée le nouveau dispositif, nous n'avons pas eu à gérer la transition de l'ancien vers le nouveau système ; enfin, le SSA a dès le départ mis en place des moyens dédiés pour contourner les difficultés. Aujourd'hui, la situation est donc stable et parfaitement contrôlée.

En revanche, l'indemnité de garde a représenté un véritable problème. Médecin-chef d'hôpital pendant cinq ans, j'ai été confronté quotidiennement, notamment durant les trois dernières années, aux retards de plusieurs mois. Des cas isolés de ce type persistent encore, mais il ne s'agit plus d'un problème de système. Nous contrôlons le système grâce à des procédures de contournement extrêmement lourdes et ne lâcherons pas la vigilance tant que nous aurons la responsabilité directe de la solde.

Le SSA a toujours été particulièrement attaché à l'AMP, qu'il est l'un des seuls services de santé au monde à pratiquer. Cet attachement répond à celui de notre pays tout entier et à la volonté politique de maintenir cette activité. Notre service ne peut que se féliciter de cet accord, car il est difficile de se trouver dans des pays tels que l'Afghanistan ou le Mali sans pouvoir apporter une aide, même modeste, aux habitants. Aussi n'imaginons-nous pas, sauf si on nous en donne l'ordre, d'arrêter l'AMP. Cependant, cette activité est très fortement encadrée ; c'est l'état-major qui décide, en fonction du contexte opérationnel, si l'on peut ou non la mettre en œuvre. Au Mali, le besoin était moins important, mais il nous a surtout été impossible d'agir en ce sens à cause de l'extrême dynamique de l'opération qui nous interdisait de nous installer. Au contraire, en Afghanistan, à l'hôpital de Kaia ou dans les

bases opérationnelles avancées – *forward operating bases* (FOB) –, on soigne des populations civiles.

Il ne faut pas sous-estimer l'investissement que cela représente ; or nous avons le devoir de préserver les moyens pour la force que l'on soutient. Lorsque les lits sont comptés, recevoir un patient qui nécessite une réanimation peut confronter les médecins à des choix difficiles. L'exercice de l'AMP suppose donc une réflexion permanente, y compris sur le plan éthique. Mais nous ne changeons pas de position : le projet que nous présentons au ministre comporte une nouvelle fois un volet AMP, et nous souhaitons continuer à la pratiquer, tant qu'on nous le demandera. Aujourd'hui, l'AMP représente la moitié des 150 000 consultations et des 8 000 hospitalisations que l'on réalise par an en OPEX ; il s'agit donc d'une activité très importante, menée dans des conditions souvent difficiles.

M. Philippe Folliot. L'AMP est éminemment utile en matière d'acceptation de la force armée par la population.

M. Jean-Marc Debonne. L'état-major est très attentif à la question de l'acceptation de la force. Pour les soignants que nous sommes, cette activité est évidemment précieuse. Elle a été remise en cause un temps en Afghanistan pour des raisons de sécurité, et les personnels du service ont été très heureux quand elle a pu reprendre. C'est une tradition ancienne, liée à l'histoire du SSA. Aussi notre projet propose-t-il de continuer à pratiquer l'AMP et à former nos personnels, en particulier dans des domaines comme la pédiatrie ou la gynécologie-obstétrique où la demande est extrêmement forte alors qu'il ne s'agit pas de notre cœur de métier. Si l'on doit se concentrer sur les besoins des armées, il faut aussi préparer nos praticiens et infirmiers à faire face aux populations qui se trouvent souvent dans des situations de détresse sanitaire. L'AMP est donc structurante dans notre formation ; elle ne se pratique pas à la légère, mais suit des règles strictes. Ainsi, pour certaines pathologies, on ne peut rien apporter ; mais s'intéresser à la souffrance, quelle qu'elle soit, et y porter attention, n'est jamais négligeable.

Bien que notre territoire de santé soit le monde, notre service n'est pas très avancé en matière d'e-santé. Nous avons un retard à rattraper dans le domaine des systèmes d'information et de communication, en particulier pour la télétransmission. Mais ce problème est pris en compte dans le projet, puisqu'il représente un des trois grands processus supports qui font l'objet de mesures spécifiques, d'ailleurs déjà lancées. Bénéficiant de nouveaux moyens, le projet télé-santé du SSA prend un nouvel élan. Nous comptons développer l'e-santé dans les hôpitaux, mais également dans les centres médicaux des armées, qui adhèrent, les uns comme les autres, aux espaces numériques régionaux de santé. L'ensemble de la composante médecine de la défense se convertit donc à cette nouvelle culture. Le passage au dossier médical personnel exigera d'être de plus en plus connecté ; aussi cette évolution fait-elle partie des grands axes du projet qui sera présenté au ministre dans quelques jours. Nous comptons également bénéficier de la dynamique de l'e-santé qui se développe actuellement partout. Ce sujet est notamment traité dans la région PACA, dans le cadre de la collaboration avec l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (APHM), ainsi qu'en Bretagne.

Mme Paola Zanetti. Vous avez évoqué la nécessité de recentrer vos activités et de développer des partenariats au service du parcours de santé des militaires. Qu'en sera-t-il du lien entre l'Institution nationale des Invalides (INI) et le SSA ? L'INI est confrontée aujourd'hui au même défi que vous : s'adapter à la réalité des besoins. Cette institution

ancienne à dimension symbolique très forte compte un certain nombre d'outils importants : le centre des pensionnaires, le centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH) et un centre médico-chirurgical très spécialisé. Malgré sa singularité, l'avenir de l'INI dépendra de ses capacités à devenir un outil complémentaire du SSA et de la santé publique.

Des partenariats sont-ils envisagés entre l'INI et le SSA ? L'INI pourra-t-il être mieux pris en compte dans l'offre de soins du SSA et dans le parcours de santé militaire tout au long de la vie ?

M. Jean-Pierre Fougerat. L'isolement et la dispersion représentent à l'évidence des difficultés majeures. Alors que l'armée ne compte plus d'appelés et que ses effectifs diminuent, les hôpitaux militaires ne doivent-ils pas se diriger vers une véritable mutualisation avec les hôpitaux classiques, tout en gardant quelques prérogatives ? Y songe-t-on dans le cadre de la coopération interministérielle que vous avez évoquée ? Puisque 80 % de vos patients sont des civils, une telle évolution paraîtrait logique.

Par ailleurs, quel est l'effectif exact du SSA ?

M. Jean-Marc Debonne. Si l'INI ne relève pas du SSA, la prise en charge des blessés de guerre et des anciens combattants constitue notre cause commune. Nos deux institutions entretiennent des relations importantes : le SSA fournit des personnels – dont le directeur –, mais également des praticiens à l'INI ; cette dernière collabore avec différents hôpitaux militaires parisiens. Mais l'INI est aujourd'hui confrontée à la question de son avenir.

C'est des anciens combattants qu'il nous faut partir pour construire le modèle futur. L'INI a pour raison d'être leur prise en charge, son cœur de métier étant le centre des pensionnaires. L'effectif de cette structure est cependant appelé à se réduire. En effet, les futurs anciens combattants – les jeunes blessés d'aujourd'hui – n'auront probablement pas la même demande que ceux issus des guerres précédentes, y compris la génération de la guerre d'Algérie. L'INI doit donc s'interroger sur les modalités de prise en charge des nouveaux pensionnaires.

Les deux autres structures de l'INI – le centre médico-chirurgical qui regroupe différentes activités, dont la rééducation, et le CERAH, centre d'excellence en matière d'appareillage – travaillent beaucoup avec le SSA ; le CERAH collabore notamment avec l'hôpital Percy. Aujourd'hui, nous sommes prêts à réfléchir ensemble et sans délai, à un projet médical commun entre l'INI et le SSA. Beaucoup d'aspects doivent être pris en considération : l'attachement très fort des anciens combattants à la maison INI, la capacité de l'Institution à évoluer favorablement malgré son environnement classé et peu commode. Le SSA se pose les mêmes questions, particulièrement depuis l'expérience de l'Afghanistan et de ses blessés graves. À ces questions, l'hôpital de Percy a apporté une réponse magistrale en montrant une capacité exceptionnelle de prise en charge du blessé de guerre dans sa globalité – y compris sur le plan social ou sportif. On y tient notamment régulièrement des réunions de consultation pluridisciplinaires, sur le modèle de ceux organisés pour les malades atteints de cancer. L'équipe de Percy a construit, autour de deux services – la rééducation et la psychiatrie –, un dispositif que l'INI, centré sur les anciens combattants, n'a pas vocation à proposer. Il faut désormais réfléchir sur la filiation entre le blessé de guerre et l'ancien

combattant qu'il deviendra un jour. J'estime que puisqu'il s'agit d'une cause commune entre le SSA et l'INI, notre approche doit être globale ; il faut s'interroger non sur l'INI ou sur le SSA, mais sur l'ancien combattant. Je suis donc ouvert à la réflexion sur un projet médical partagé.

Les appelés représentaient jusqu'à 40 % des patients et 30 % des effectifs des hôpitaux militaires. En 1996, le SSA a donc subi un choc terrible et a dû repenser à la fois sa raison d'être et sa gestion de personnel. Nous avons réussi cette mutation, au prix de la fermeture de neuf hôpitaux entre 1996 et 2002. Les neuf HIA actuels resteront au même nombre, mais subiront les évolutions que j'ai exposées. La question des mutualisations y est centrale. En effet, nous ne pourrions pas acquérir seuls l'ensemble des équipements nécessaires au maintien de la qualité technique dans nos hôpitaux ; la mutualisation apparaît donc comme une condition impérative de la réussite du projet. Pendant les trois années où j'avais dirigé le Val-de-Grâce, je m'étais tourné vers l'hôpital Cochin ; avec mon homologue, nous avons alors signé le premier groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens entre un hôpital militaire et un hôpital civil. Comme je le souligne dans le projet soumis au ministre, en particulier en matière d'équipements, les établissements ne doivent jamais être en redondance, encore moins en concurrence ; ils doivent donc travailler de concert. Mais la mutualisation ne doit pas priver certains hôpitaux d'une activité ; il faut donc construire les conditions de l'exploitation du matériel acquis ensemble – tâche parfois délicate. En tout état de cause, le SSA ne pourra pas, même au sein des plus densifiés de ses hôpitaux, développer seul le niveau technique nécessaire. Le Val-de-Grâce a réussi à acquérir un robot ; il l'a ouvert au GCS et les urologues de Cochin travaillent désormais avec nous. Il n'est pas envisageable, demain, d'acquérir seuls tous les équipements lourds – scanners, IRM, etc. La mutualisation est donc au cœur du projet, pour les hôpitaux des plateformes et plus encore pour les hôpitaux qui n'en feront pas partie.

Les effectifs du SSA s'élèvent à 16 500 personnes, dont 8 300 travaillent dans les HIA. La composante hospitalière représente donc plus de 50 % des ressources humaines du service. L'hôpital consomme aujourd'hui de plus en plus, et nous devons y faire attention puisque notre enveloppe n'augmentera pas. Vouloir à tout prix entretenir un parc de neuf hôpitaux identiques amènerait obligatoirement à dépeupler la médecine des forces – médecine de premier recours, au plus près des combattants sur les théâtres d'opérations et sur le territoire national. À terme, si on fragilisait autant la médecine des forces, on viderait la composante hospitalière de son sens. Il faut donc veiller à ne pas déséquilibrer davantage le rapport entre le premier recours et le recours hospitalier, les effectifs de ce dernier apparaissant déjà quelque peu excessifs.

M. Joaquim Pueyo. Je mesure l'importance de la réforme des plateformes hospitalières. Quelle place la nouvelle organisation fera-t-elle aux 3 200 réservistes ? Si l'on envisage des mutualisations d'équipements avec les CHU, ne pourrait-on pas mutualiser également des personnels ?

Il y a quelques mois, une action – impliquant les états-majors, l'action sociale des armées et la sécurité sociale des militaires – a été mise en place pour mieux soutenir psychologiquement les militaires, notamment en retour d'Afghanistan. Pourriez-vous faire un point sur la situation ? Combien de militaires sont actuellement suivis au titre de soutien psychologique ?

M. Damien Meslot. Avez-vous des projets de mutualisation avec nos alliés – anglais, allemands ou autres – impliquant l'évacuation, comme en Afghanistan, ou le matériel ? Dans le cadre des restrictions budgétaires, il pourrait être utile qu'au lieu d'investir toutes dans le même matériel, les armées européennes développent leur complémentarité sur les OPEX telles que le Mali.

M. Jean-Marc Debonne. Le projet du SSA – qui repose essentiellement sur la concentration et l'ouverture – ne pourra pas être mis en place sans que la réserve n'y trouve une place nouvelle. Dès ma prise de fonction il y a un an, j'ai donc missionné un groupe de travail piloté par des réservistes, chargé de préparer l'arrimage du SSA au service public de santé. Faisant partie des deux mondes, les réservistes représentent une population idéale, qui bénéficie de notre confiance tout en connaissant bien le milieu avec lequel nous devons coopérer. Ce groupe devait également réfléchir aux différentes pistes de réorganisation du service, mais aussi penser autrement le rôle de la réserve, en faisant table rase du passé. Au bout de plusieurs mois, il a rendu un rapport dont les conclusions figureront intégralement dans le projet que je soumetts au ministre.

Les réservistes se sont montrés plus qu'intéressés ; ils estiment, tout comme moi, que le rôle de la réserve pourrait dépasser celui de la simple suppléance. Des pans entiers de nos missions – comme par exemple l'odontologie – pourraient lui être confiés. En effet, les dentistes réservistes sont extrêmement dynamiques ; présents sur le territoire national dans tous les centres médicaux des armées, ils effectuent également la moitié des jours en OPEX des dentistes militaires. En même temps nous avons des difficultés à construire ce corps, à garder les personnes, à leur donner de l'intérêt professionnel. On se demande donc si l'on ne pourrait pas organiser complètement le soutien dentaire par les réservistes, ne gardant que quelques odontologues militaires.

En effet, toutes les activités ne requièrent pas le même degré de militarité : le militaire d'active est incontournable en cas d'entrée en premier sur un théâtre d'opérations ; pour la relève, le réserviste est associé ; mais pour les activités du socle, les réservistes exercent quand les médecins militaires partent en mission. Nous pourrions aller plus loin encore : plutôt que d'externaliser des fonctions, on peut les garder et les faire faire en partage par des réservistes et des acteurs du service public. En somme, le rôle de la réserve est reconsidéré dans le nouveau modèle. Actuellement, nous sommes contraints par le budget, mais la question pourrait être reposée s'il s'avérait que le service se concentre sur des aspects liés au contrat opérationnel pour les militaires d'active, et confie une part plus importante de certaines missions à des personnels de réserve – qui sont très demandeurs.

Certes, le profil du réserviste est actuellement en train d'évoluer. Ceux issus de la conscription se font de plus en plus rares, et leur renouvellement pose question. Or, pour inclure dans le projet une utilisation accrue de la réserve, il nous faut avoir la garantie de continuer à recruter. Je pense que le principe d'ouverture, qui amènera le SSA à travailler bien davantage avec des acteurs civils de la santé, créera des vocations. Ainsi, les officiers contractuels de notre service – qui occupent un poste d'internat dans nos hôpitaux – sont généralement satisfaits des conditions de travail et, lorsqu'ils nous quittent au bout de deux ans, beaucoup d'entre eux demandent à devenir réservistes. À travers cette nouvelle relation, nous pourrions reconstituer un vivier ; ce réseau sera également entretenu par nos praticiens qui travailleront davantage dans le service civil. Quand je vois des jeunes réservistes qui

continuent à s'engager, avec des motivations similaires à celles de leurs aînés, je ne me sens pas inquiet pour l'avenir.

La réserve sanitaire représente un domaine où il nous faut être particulièrement vigilants. Beaucoup de réservistes le sont à la fois à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), chez les pompiers et au SSA. Il faut adopter une approche globale de la réserve sanitaire – à vocation civile ou militaire –, afin de savoir où iraient les personnes en temps de crise. Nous réfléchissons actuellement avec le directeur général de l'EPRUS, M. Marc Meunier, aux manières de renforcer la concertation dans la gestion de nos réserves respectives, voire d'aller vers une forme de réserve partagée. Nous pourrions mettre en commun la formation, tout comme certains emplois qui viendraient au secours de réservistes qui en sont privés. Au total, la réserve se trouve clairement au cœur du projet.

Le soutien psychologique constitue une préoccupation extrêmement forte de l'état-major des armées et du ministre de la défense. Dès 1992, le stress post-traumatique a été reconnu en tant qu'affection ; depuis, le SSA et les armées en général y voient une blessure qui doit être traitée comme telle. Cependant, c'est à l'occasion des événements dramatiques de la guerre d'Afghanistan, et particulièrement en 2007-2008, que l'enjeu a réellement gagné en visibilité. Le premier plan dans ce domaine, arrivé à échéance, couvrait la période 2011-2013 et était mené en partenariat avec d'autres acteurs tels que la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS). Il comportait neuf axes majeurs, déclinés en trente-trois actions ; vingt-trois d'entre elles sont réalisées, huit sont en cours et une démarre actuellement. Les actions réalisées ont notamment touché à la formation des personnels du SSA et des militaires ; grâce à elles, ce problème ne constitue plus un tabou. La direction centrale possède désormais un service d'intervention médico-psychologique des armées, piloté par un médecin psychiatre, qui fédère et coordonne l'ensemble des activités de prise en charge du stress post-traumatique.

Le deuxième plan, qui vient de débiter, est prévu sur la période 2013-2015 et concerne huit mesures du plan précédent et trois mesures nouvelles : l'extension des mesures initiales aux forces spéciales, qui exigent une approche particulière ; la prise en charge des familles, qui sont autant victimes du stress post-traumatique que les militaires eux-mêmes ; la communication, qui doit continuer à amplifier la prise de conscience du problème et faire connaître les activités du service en cette matière. Entre 2011 et 2012, le nombre de pensions d'invalidité pour stress post-traumatique a doublé, passant à 163 ou 164 dossiers.

Depuis une dizaine d'années, 900 cas ont été officiellement diagnostiqués dans les armées. Depuis 2010, on distingue le traumatisme psychique du syndrome de stress post-traumatique. Les troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant n'évoluent pas tous vers un syndrome ; nous proposons donc deux niveaux de déclaration. En 2012, nous avons enregistré quelque 250 traumatismes psychiques, dont environ 150 ou 160 ont évolué vers un syndrome de stress post-traumatique.

Mme la présidente Patricia Adam. Que se passe-t-il pour des blessés plus anciens atteints de ce syndrome, qui n'avaient pas été diagnostiqués à l'époque des faits ?

M. Jean-Marc Debonne. Le numéro vert « Écoute défense » a permis à certaines personnes psychologiquement blessées il y a très longtemps de se déclarer et de voir leur affection

reconnue. En effet, la maladie se déclare parfois bien après le retour des opérations, et peut devenir chronique. Un militaire qui a subi un traumatisme psychique vient aux soins de trois façons : la moitié d'entre eux spontanément – chiffre en forte évolution –, un quart dirigés par l'entourage – famille, commandement, camarades – et un dernier quart repérés par les mesures de dépistage du SSA.

L'international est le troisième des cinq principes qui présideront au nouveau projet. Dans les années qui viennent, nous ne pourrons pas développer en permanence une chaîne santé opérationnelle en autonomie totale. L'ambition de notre SSA est de pouvoir effectuer l'entrée en premier seul ; mais quand il faut s'inscrire dans la durée, il est indispensable de mettre en place des mutualisations. Les évacuations sanitaires aériennes font notamment l'objet d'un commandement mutualisé – *European Air Transport Command* (EATC) – qui réunit plusieurs pays européens : l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, le Danemark. Nous nous inscrivons totalement dans cette dynamique ; si nous gardons la main sur les Falcon, les évacuations par des moyens lourds – comme demain, le transporteur A400M – se régleront au niveau européen.

Actuellement nous avons des contacts très étroits avec le service de santé allemand ; nous avons échangé des visites et un séminaire franco-allemand sur la santé se tiendra en décembre. Nous adoptons la même démarche avec les Anglais. Ces échanges montrent que le SSA français a développé une expertise probablement unique en Europe sur la tête de chaîne santé, qui comprend le rôle 1 – en terminologie de l'OTAN, le poste de secours médicalisé où s'établit le premier contact avec un médecin – et le rôle 2 – l'antenne chirurgicale qui assure le premier contact avec un chirurgien. Les Allemands, en revanche, sont davantage spécialisés sur le rôle 3 – structures hospitalières qui permettent le contact avec un chirurgien spécialisé –, voire le rôle 3 lourd. La complémentarité est donc évidente : pour la France, il est essentiel de garder les rôles 1 et 2, qui – le Mali l'a montré – rendent possible l'entrée en premier ; mais monter un rôle 3 lourd – tel que l'hôpital de Kaia – dans la durée et en autonomie ne correspond ni à nos moyens ni à notre stratégie, puisque cela nous obligerait à déshabiller la tête de chaîne qui pour nous est vitale. Si nous devons rester sur un théâtre d'opérations – comme en Afghanistan –, nous contribuerions à un rôle 3 dans un contexte multinational, car si les rôles 1 et 2 sont difficilement mutualisables, le rôle 3 l'est beaucoup plus.

Au total, la mutualisation apparaît nécessaire lorsque nous devons durer sur un théâtre d'opérations au sein d'une coalition. Elle se déroule bien avec les Allemands grâce à notre complémentarité naturelle. Avec les Anglais, la collaboration se développe, mais davantage pour l'engagement opérationnel. Enfin, pour les évacuations, nous nous inscrivons dans l'EATC qui détient une conception commune pour l'évacuation stratégique. Quant à l'évacuation tactique, nous travaillons sur le terrain avec les États-Unis – notamment en Afghanistan –, mais le plus souvent avec les moyens de l'armée française.

Cependant, l'opérationnel ne réussit que si on l'a préparé en amont. La réflexion – avec les Anglais et surtout les Allemands – porte donc aujourd'hui sur la formation et la recherche, l'information réciproque et l'harmonisation des procédures. La standardisation que nous impose l'OTAN facilite les choses ; mais se connaître reste important, aussi faisons-nous des échanges de personnels pour préparer les interventions communes.

Mme Marianne Dubois. Dans le cadre de la réorganisation du SSA, quelle sera la place de la pharmacie centrale des armées (PCA) ? Son rôle apparaît essentiel non seulement

dans le stockage, mais également dans la fabrication de produits contre les risques chimiques et nucléaires.

M. Yves Fromion. À côté de la mutualisation avec les Européens, qu'en est-il de l'utilisation des structures existantes dans les territoires d'intervention ? Par exemple, pouvez-vous vous appuyer, au Mali, sur le dispositif hospitalier, même lacunaire ?

Je voudrais également revenir sur nos grands blessés. J'ai visité Percy à plusieurs reprises, et je peux témoigner de la qualité des soins et du dévouement du personnel de cet établissement, dont on peut tirer fierté. La prise en charge des blessés – à l'hôpital, mais aussi à l'extérieur, certaines initiatives bénéficiant du soutien financier de l'industrie de la défense – apparaît exemplaire. J'avais obtenu du précédent ministre de la Défense que l'on y lance la construction d'un bâtiment pour l'accueil des familles des blessés, certains devant rester en soins durant plusieurs mois. Où en sont aujourd'hui les travaux ?

M. Jean-Marc Debonne. La PCA représente un joyau, un outil remarquable, unique en son genre puisqu'il s'agit de la seule pharmacie dont dispose l'État. Étant seule à pouvoir fournir massivement certains produits, la PCA reste indispensable, et le projet que nous remettons au ministre ne remet pas en cause la place qui lui revient. En revanche, nous réfléchissons aux manières d'optimiser ce potentiel qui n'a pas été totalement exploité et qu'il est possible de valoriser davantage. Dans le cadre de nos relations avec l'EPRUS, on pense confier à la PCA une plus grande part de production de médicaments d'intérêt national. On réfléchit également à d'autres productions qui pourraient par exemple servir à la recherche médicale en France. Il est donc impératif de garder la PCA, malgré les moyens qu'elle exige ; mais il faut la valoriser au travers de partenariats d'ouverture et de mutualisations avec d'autres acteurs, particulièrement publics.

M. Alain Marty. Qu'en est-il du centre de transfusion sanguine des armées ?

M. Jean-Marc Debonne. Cet outil remarquable n'est pas non plus remis en question.

En matière d'appui sur les structures locales, le Mali constitue un cas difficile. Malheureusement, dans les endroits où les armées interviennent, le tissu sanitaire est généralement inexistant ou détruit. En Côte d'Ivoire, à Abidjan, le SSA travaille avec une clinique locale, de manière plus ou moins fructueuse. L'appui sur les structures locales fait donc partie des possibilités – qui faisaient défaut au Mali.

L'histoire récente nous a montré qu'une attention particulière devait être portée à ce qui se passe en Afrique, et au soutien de santé des coalitions dont nous faisons partie. Si nous avons été la nation leader au Mali, nous n'y étions pas seuls, et nous avons notamment assuré le soutien pour le contingent tchadien. Le SSA a une grande culture de coopération avec ses homologues africains, entretenant des liens encore très étroits au Maghreb et en Afrique subsaharienne, où nous avons gardé des racines. En effet, on n'efface pas un siècle d'histoire en quelques années. La situation de ce continent n'étant pas définitivement consolidée, on pourrait être à nouveau amenés à contribuer à sa stabilisation. Il est donc très important d'entretenir ces liens avec les services de santé des armées de pays comme le Sénégal, que l'on pourrait réactiver en cas de besoin. Nous partageons la même langue, mais également une culture médicale commune, comme le prouvent par exemple nos récents échanges avec nos collègues algériens. En somme, nous ne regardons pas uniquement l'Europe ; étant donné les

intérêts stratégiques de la France au-delà de la Méditerranée, nous restons attentifs à ces relations, recevant et formant beaucoup de praticiens militaires africains. Ces liens favoriseraient, le cas échéant, des collaborations opérationnelles.

Quant aux blessés, je ne manquerai pas, monsieur Fromion, de transmettre votre appréciation au personnel de Percy. Il s'agit, en effet, d'un établissement exceptionnel qui fait beaucoup pour les jeunes blessés graves, notamment pour les amputés ou les brûlés, prenant en charge leur rééducation et leur réhabilitation complète – qui inclut le traitement des traumatismes psychiques. D'autres ministères – comme celui de l'Intérieur –, parfois confrontés à des blessures très importantes, notamment chez les démineurs, nous confient leurs blessés pour réhabilitation. La dimension interministérielle que pourrait un jour acquérir le service concerne également ces personnels qui, comme les pompiers, exposent leur vie dans leur travail. Percy a entièrement endossé la mission de traitement des blessures en service, militaire ou civil.

Le projet de bâtiment pour l'accueil des familles – qui répond à un véritable besoin – suit son cours. Il servira également aux militaires qui reviennent régulièrement à Percy pour des gestes chirurgicaux ponctuels ou la mise au point des prothèses.

Mme la présidente Patricia Adam. Alain Marty et moi-même avons pu constater l'avancement du projet quand nous nous sommes rendus à Percy. Comment cette structure sera-t-elle gérée ?

M. Jean-Marc Debonne. Ce ne sera pas le SSA qui s'en occupera, mais probablement l'action sociale des armées.

Mme la présidente Patricia Adam. Ce sont souvent des associations de bénévoles qui gèrent ce type de structures, car les familles ont besoin de soutien, d'écoute et de médiation.

Général, je vous remercie pour votre exposé et pour vos réponses.

La séance est levée à dix-huit heures.

*

* *

Membres présents ou excusés

Présents. - Mme Patricia Adam, M. Jean-Jacques Bridey, Mme Marianne Dubois, M. Philippe Folliot, M. Jean-Pierre Fougerat, M. Yves Fromion, Mme Geneviève Gosselin-Fleury, M. Christophe Guilloteau, M. Alain Marty, M. Damien Meslot, M. Philippe Meunier, Mme Émilienne Poumirol, M. Joaquim Pueyo, Mme Paola Zanetti

Excusés. - M. Ibrahim Aboubacar, M. Olivier Audibert Troin, M. Claude Bartolone, M. Philippe Briand, M. Jean-Jacques Candelier, M. Bernard Deflesselles, M. Éric Jalton, M. Jean-Yves Le Déaut, M. Frédéric Lefebvre, M. Bruno Le Roux, M. Maurice Leroy, Mme Sylvie Pichot, M. François de Rugy, M. Jean-Michel Villaumé