

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 du médecin général des armées Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées, sur l'état d'avancement de la réforme du SSA..... 2

Mercredi
13 mai 2015
Séance de 9 heures

Compte rendu n° 59

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence de
Mme Patricia Adam,
présidente**



La séance est ouverte à neuf heures.

Mme la présidente Patricia Adam. Nous recevons aujourd’hui le général Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées (SSA). Le dossier de la réforme du SSA est entré en phase de réalisation, et différents hôpitaux dépendant du SSA dans les territoires sont concernés. Nous avons souhaité vous auditionner, général, afin que vous nous expliquiez les réorganisations qui se préparent et, peut-être, rassuriez.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées. C'est un grand honneur pour moi de vous présenter l'état d'avancement du projet du service de santé des armées, un an et demi après la première audition qui lui fut consacrée ici même le 16 octobre 2013.

Le SSA compte 16 000 personnes, dont 11 000 militaires et 5 000 civils. Son taux de féminisation est proche de 60 %. Son budget annuel est de 1,4 milliard d'euros, dont le tiers provient des recettes générées par son activité hospitalière. Le SSA comprend cinq composantes principales, complémentaires les unes des autres : la médecine des forces, la médecine hospitalière, le ravitaillement, la recherche et la formation. Sa mission historique est le soutien sanitaire des forces armées et de la communauté de défense, en tous lieux, en tout temps et en toutes circonstances.

De fait, le SSA démontre, sur tous les théâtres où sont engagées nos forces, son exceptionnelle aptitude à garantir à nos militaires en opération un soutien de la meilleure qualité possible. Fortement engagés sur les théâtres d'opérations depuis de nombreuses années, les personnels du SSA sont tout autant impliqués dans la préparation des forces avant leur engagement que dans la prise en charge des malades et des blessés rapatriés sur le territoire national. Ils sont enfin fortement sollicités pour des missions d'expertise, de formation et de recherche pour lesquelles un très haut niveau de compétences et souvent un véritable niveau d'excellence sont exigés.

Si le SSA est encore capable aujourd’hui de remplir ses missions, il faut reconnaître cependant qu'il le fait avec de plus en plus de difficultés. Depuis plus de vingt-cinq ans, le service ne cesse de s'adapter aux évolutions de son environnement, tant au sein de la défense que de la santé, des évolutions souvent divergentes dont la synthèse est de plus en plus difficile à réaliser pour le service, qui se trouve de ce fait dans un état de tension préoccupant.

Les évolutions constatées depuis deux décennies se sont considérablement accentuées, particulièrement dans trois domaines. Tout d'abord, la sujexion opérationnelle n'a cessé d'augmenter, en raison de l'intensité et de la diversité des menaces qui pèsent sur la sécurité nationale. La situation opérationnelle actuelle fait face à une menace diffuse dans des territoires très étendus où les implantations des forces sont parfois très éloignées les unes des autres, générant d'importantes contraintes pour le soutien médical. Ainsi, en 2013, puis en 2014, ce sont, respectivement, 248 et 228 équipes médicales de premier recours et trente-cinq et trente et une équipes chirurgicales qui ont été déployées sur l'ensemble des théâtres d'opérations. Le pic d'engagement simultané a été, durant cette période, de soixante-dix postes médicaux et dix antennes chirurgicales ou structures équivalentes. Ce niveau d'engagement représente une charge supérieure à celle décrite dans la situation opérationnelle de référence du contrat opérationnel. C'est ainsi que 80 % des jeunes praticiens servant au

sein des centres médicaux des armées ont été projetés au moins une fois sur un théâtre d'opérations dans les deux ans ayant suivi la fin de leur formation.

Une autre illustration est fournie par le nombre de militaires évacués en métropole : 938 en 2013 puis 786 en 2014, dont près des deux tiers en provenance des théâtres d'opérations, la moitié pour traumatismes physiques et 20 % pour traumatismes psychiques.

Dans le même temps, les ressources du service sont comptées au plus juste. Le SSA est soumis au cadre strict de la loi de programmation militaire (LPM) pour 2014-2019. Il doit ainsi réaliser une déflation de 2 000 postes, tandis que le budget consacré à son fonctionnement et à ses investissements enregistre durant cette période une diminution significative.

Les changements importants qui touchent le monde de la santé comme notre société en général constituent un troisième domaine d'évolution majeur auquel le service doit faire face. Il existe en effet une évolution soutenue des procédures de prise en charge des patients, guidée par des préoccupations de performance, de qualité et de sécurité. Le SSA doit intégrer ces évolutions, pour devenir, comme il le souhaite, un acteur à part entière du service public de santé.

Du point de vue sociétal, il est impératif de prendre la mesure des exigences actuelles, dont la légitimité ne saurait être contestée dans la mesure où elles portent principalement sur le thème de la qualité : qualité de la prise en charge pour les patients, étendue naturellement pour le service à celle des militaires blessés en opération, mais aussi qualité des conditions d'exercice professionnel pour l'ensemble des personnels du service, quelle que soit la composante au sein de laquelle ils servent.

Pour prendre en compte ces contraintes, le nouveau modèle de service que viennent de valider le ministre de la Défense et le chef d'état-major des armées prévoit une remise en question globale des missions, du fonctionnement et de l'organisation du SSA.

Concernant les missions confiées au SSA, il convient de rappeler que celui-ci s'est progressivement imposé dans son histoire comme le service en charge de la santé de toute une communauté, la communauté de défense. Délivrant des soins aux personnels militaires et civils, ainsi qu'à leurs ayants droit au sens le plus large du terme, comme aux retraités et aux réservistes, le service a aussi pendant très longtemps eu en charge une population qui n'avait d'autres recours en matière de soins : les appelés du contingent. Le nombre important et la diversité de ses différents bénéficiaires l'ont amené à développer à la fois un maillage territorial très serré et une importante offre de soins, couvrant peu ou prou l'ensemble du champ de la médecine. Force est de reconnaître qu'il conserve en 2015 un grand nombre d'activités dont la justification est devenue incertaine. D'autant que, durant la même période, le système national de santé n'a cessé de se développer, proposant une offre de soins qui répond parfaitement à une part importante des besoins de la communauté de défense. Le maintien de nombre de ces activités historiques devenait d'autant plus discutable qu'il obéirait progressivement la capacité du service à remplir sa mission régaliennes, celle-là même qui justifie son existence, à savoir le soutien santé des forces armées en opération.

Ainsi, le principe majeur sur lequel est fondé le nouveau modèle « SSA 2020 » est le recentrage de ses activités sur sa raison d'être qui est « *d'apporter à tout militaire soumis à un risque lié à son engagement opérationnel, au sens large du terme, un soutien santé lui* ».

garantissant la meilleure qualité de prise en charge en cas de blessure ou de maladie, préservant ainsi ses chances de survie et le cas échéant de moindres séquelles tant physiques que psychologiques ». C'est bien cette mission princeps qui doit déterminer les compétences du service ainsi que le niveau de ses capacités. Ainsi définies, ces compétences pourront être mises au service d'autres bénéficiaires de la défense et au-delà, notamment dans le cadre de la résilience nationale en cas de crise sanitaire, dans la limite de leur disponibilité et sans compromettre la capacité du service à soutenir les forces armées.

Ce principe majeur de concentration des ressources sur le besoin des armées a un corollaire impératif : l'ouverture du SSA sur le service public de santé, rompant ainsi avec sa posture classique, le service de santé des armées existant depuis son origine « à côté » du service public. Pour se concentrer sur son cœur de métier, le soutien des forces en opérations, le SSA doit devenir un acteur à part entière du service public et bénéficier du soutien de celui-ci.

Le troisième principe du projet est la simplification, considérée comme une indispensable condition de la performance. La déclinaison de ce principe aura une influence très importante sur la future organisation du service et sa gouvernance.

L'élaboration du modèle SSA 2020 aura demandé deux ans de travail. Ce travail s'est appuyé sur une méthodologie rigoureuse qui a fait une très large place à la concertation. Ainsi, la participation des personnels a-t-elle été systématiquement recherchée, au sein de toutes les composantes du service. De même, de nombreux travaux ont été menés en collaboration avec les armées, dont la gendarmerie, et les autres services du ministère de la Défense. Enfin, et conformément au principe d'ouverture, des relations très étroites se sont développées entre le ministère de la Défense et le ministère des Affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, associant les agences régionales de santé (ARS) de manière privilégiée.

Je me propose à présent, avant de vous exposer les différentes évolutions sectorielles, de vous donner une vision d'ensemble de ce que sera le SSA à l'horizon 2020.

En premier lieu, ce nouveau modèle est résolument tourné vers le soutien santé des forces en opération, et ceci dans les trois temps de l'engagement opérationnel. Avant l'engagement, il s'agit de la préparation opérationnelle des combattants et de la détermination de l'aptitude individuelle aux emplois militaires. Pendant l'engagement, c'est le soutien direct des forces en opérations, qui, au-delà de la prise en charge des malades et des blessés, englobe toutes les actions à mener pour couvrir l'ensemble des risques liés aux opérations militaires. Après les opérations, c'est la prise en charge des malades et des blessés sur le territoire national, dans les hôpitaux d'instruction comme dans les centres médicaux des armées (CMA), en vue de leur guérison mais aussi de leur réhabilitation et de leur réinsertion dans le monde social et du travail.

La préparation technique des professionnels de santé militaires et la mise à disposition d'équipements spécifiques constituent des préalables incontournables à la qualité de la prise en charge qui doit être assurée à chaque combattant. La réactivité et la disponibilité du dispositif sont nécessaires pour faire face aux menaces actuelles. Enfin, l'interopérabilité du service, tant au sein des forces armées qu'avec les services de santé alliés, devra être en

permanence améliorée car elle représente une condition du maintien dans la durée du soutien opérationnel.

La seconde caractéristique du modèle SSA 2020 est le renforcement de la cohérence du service. Le nouveau modèle conserve les cinq composantes car elles conditionnent la capacité quasi unique du SSA, au moins en Europe, à soutenir tous les types d'opérations militaires, particulièrement dans les conditions les plus dures qui soient, comme celles rencontrées lors d'une entrée en premier sur un théâtre d'opérations. C'est en effet le contrôle par le service de ces cinq composantes qui lui permet de déployer une chaîne de santé opérationnelle autonome, réactive et évolutive, car pour s'adapter à l'extrême diversité des conditions d'engagement des forces, illustrées en particulier ces dernières années par les opérations Serval et Sangaris, le SSA doit être capable de faire évoluer en permanence ses équipements, les compétences de ses personnels mais aussi sa doctrine d'engagement.

La troisième grande caractéristique du nouveau modèle est le rééquilibrage entre elles des cinq composantes du SSA. Le modèle SSA 2020 verra se renforcer de manière très significative la composante de médecine des forces, qui assure le premier recours tant sur le territoire national que sur les théâtres d'opérations. Conformément aux recommandations du récent rapport de l'Assemblée nationale relatif à la prise en charge des blessés de guerre, c'est bien autour des CMA et de leur personnel que doit s'organiser le parcours de soins des militaires blessés au combat, et de façon plus large le parcours de santé de l'ensemble de la communauté militaire, en insistant particulièrement sur la dimension essentielle que prendra dans les années à venir la prévention.

La composante hospitalière du service devra donc être redimensionnée de façon à établir un équilibre plus juste avec la médecine de premier recours. Si la fonction hospitalière sera amenée à prioriser ses activités en fonction de leur lien avec le soutien opérationnel des forces, il ne saurait être question pour autant de renoncer à la nécessaire cohérence des activités au sein d'un établissement hospitalier. Il serait par exemple impossible d'assurer une activité régulière en chirurgie, absolument nécessaire au soutien des forces projetées, sans un environnement de pratique cancérologique au sein du même établissement. Les hôpitaux militaires devront garder une expertise concernant certains risques sans lien direct avec l'engagement opérationnel. Ainsi l'accent porté sur les activités chirurgicales ne doit-il pas occulter l'importance des autres spécialités. On ne saurait à cet égard ignorer l'ampleur du travail qui reste à accomplir pour optimiser la prise en charge des blessés psychiques, dont l'importance n'a fait que croître ces dernières années.

En quatrième lieu, le nouveau modèle de service devra être contracté, densifié et modernisé. La contraction du dispositif est indispensable pour se conformer à l'impératif de réduction de l'empreinte budgétaire. Ainsi, les capacités du service seront calculées au juste besoin des forces. Cela n'exclura toutefois nullement la contribution du service à la résilience nationale en cas de crise sanitaire survenant sur le territoire français ou encore dans le cadre d'opérations gouvernementales à but humanitaire. C'est particulièrement vrai dans le domaine des risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), où le service de santé dispose de compétences et de ressources rares. L'exemple récent de la crise Ebola est également démonstratif de cette contribution.

La densification des moyens constitue quant à elle la condition première de la robustesse du SSA, ainsi que de sa résilience propre face à la pression opérationnelle qui

s'exerce sur lui. La sujexion opérationnelle ne doit plus mettre les établissements du service en difficulté, voire en péril, comme cela a pu être observé au cours des dernières années.

Enfin, moderniser le service, c'est lui permettre d'inscrire ses activités dans une véritable démarche de performance, autant économique que technique. C'est dans ce but qu'un investissement inédit a été consenti dans le domaine des systèmes d'information, où un retard certain avait été accumulé.

La dernière caractéristique majeure du nouveau modèle est certainement son ouverture et son insertion dans son environnement. Les activités nécessaires au contrat opérationnel ne pourront être préservées et développées que dans la mesure où les établissements du service deviendront des acteurs reconnus de l'offre de soins au sein des territoires de santé. Ils devront donc assumer les responsabilités inhérentes à un tel rôle, celles-ci devant être organisées avec les autorités de régulation de l'offre de soins que sont les ARS. Si la disponibilité opérationnelle des professionnels de santé du SSA ne saurait en aucun cas être remise en cause, les exigences imposées aux établissements civils devront également être appliquées aux établissements militaires.

Pour que le modèle SSA 2020 puisse présenter ces cinq caractéristiques, il est indispensable que toutes les composantes du service se transforment, et ce de façon synchrone, en raison de leur très forte interdépendance. Cependant, l'ampleur de cette transformation n'est pas égale pour chacune des composantes. Pour trois d'entre elles, le ravitaillement, la formation et la recherche, il s'agit avant tout d'un mouvement d'approfondissement de réformes structurelles déjà engagées. Pour la médecine des forces, il s'agit de préparer puis de mettre en œuvre un nouveau modèle destiné à en faire le nouveau centre de gravité du SSA. Enfin, pour la composante hospitalière, une profonde réforme s'avère nécessaire, tant pour en garantir la pérennité que pour mettre en œuvre l'ensemble du modèle SSA 2020.

Le ravitaillement sanitaire poursuivra sa restructuration, engagée depuis 2008. Ses efforts devront tendre vers la réduction de son empreinte budgétaire, notamment au moyen de la valorisation de ses produits. Une autre ambition est qu'il devienne un acteur interministériel majeur, mais aussi un acteur international, en capitalisant sur son expertise unique en matière d'approvisionnement en produits de santé nécessaires au soutien des forces en opération.

La composante formation a elle aussi déjà vécu des évolutions importantes, avec le regroupement progressif de ses établissements, qui prendra fin avec le transfert de l'École de formation des personnels paramédicaux (EPPA) sur le site de l'École de santé des armées (ESA) de Lyon-Bron entre 2016 et 2018. À cette date, la composante formation ne comptera plus que deux implantations : l'ESA à Lyon-Bron et l'École du Val-de-Grâce, à laquelle seront rattachés trois centres de formation opérationnelle et de simulation. Un volet important de la rénovation des activités pédagogiques passera par un investissement significatif dans les systèmes numériques, qui, au même titre que l'ouverture des formations du service aux professionnels de santé civils, devra contribuer au rayonnement national, voire international du service de santé des armées.

La recherche achève également un grand mouvement de densification avec le regroupement de l'ensemble de ses ressources sur le site de Brétigny-sur-Orge, où sera bientôt terminée la construction d'un nouveau bâtiment dédié à la recherche biomédicale de défense.

Une autre ambition de ce vaste programme est d'intégrer l'ensemble des composantes du SSA, au-delà du seul Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA), à l'effort de recherche. Il s'agit de promouvoir de façon active la recherche clinique et épidémiologique, qui représente une voie privilégiée vers l'excellence que doivent maintenant emprunter tous les établissements militaires de santé, qu'ils soient hospitaliers, de premier recours, ou de ravitaillement sanitaire.

L'importance de la recherche dans le processus de formation des personnels du service, praticiens comme paramédicaux, est telle qu'un rapprochement entre ces deux grandes composantes est également envisagé, avec la création à terme d'une direction unique.

La médecine de premier recours militaire va quant à elle connaître une évolution beaucoup plus profonde. En effet, toute l'organisation de ce qui s'appelle depuis 2012 la médecine des forces a été repensée. Cette composante sera tout d'abord renforcée par l'affectation de personnels supplémentaires, conformément au rééquilibrage inscrit dans le modèle SSA 2020. Cette composante ne connaîtra donc pas de déflation de postes, tandis qu'elle bénéficiera d'un effort particulier en ce qui concerne ses équipements, ses véhicules et surtout ses infrastructures.

La création des centres médicaux des armées de nouvelle génération (CMA-NG) est au cœur de cette réforme majeure. Intégrant certaines des responsabilités assumées par les directions régionales du service, amenées à disparaître, les CMA-NG seront directement subordonnés à un échelon de direction déconcentrée, la direction de la médecine des forces. En regroupant les fonctions administratives au sein de la portion centrale des CMA-NG, cette réorganisation permettra de renforcer les activités de soins, d'expertise et de préparation opérationnelle au sein des antennes médicales. Celles-ci resteront placées au plus près des forces afin de conserver la proximité indispensable à la relation de confiance sur laquelle se fonde l'action du service tant sur le territoire national qu'en opérations.

La création des CMA-NG permettra de développer de nouvelles activités en rapport avec les besoins exprimés par la population soutenue et devra à ce titre disposer de nouvelles compétences et de nouveaux équipements. Par ailleurs, le rôle croissant de la médecine de premier recours dans la coordination des parcours de soins et de santé de la population militaire verra l'émergence de nouveaux métiers, concernant particulièrement les personnels paramédicaux. Les activités réalisées au sein des CMA-NG seront encadrées par une démarche qualité actuellement en plein développement mais qu'il nous faut encore professionnaliser. Les CMA-NG devront enfin développer des activités d'enseignement et de recherche clinique dans leur domaine d'exercice, ce qui contribuera à la création d'une authentique filière d'excellence dont la médecine de premier recours militaire était jusqu'à présent dépourvue.

Ces établissements seront enfin dotés d'un nouveau système d'information, faisant du CMA-NG un CMA numérique, projet prioritaire du ministère de la Défense dans sa nouvelle politique des systèmes d'information. Ce nouveau système d'information et de communication contribuera à une meilleure performance de la médecine de premier recours militaire grâce au développement de liens étroits entre ses différents acteurs sur le territoire national comme en opération, et garantira la continuité de la prise en charge des patients militaires, quel que soit leur lieu d'emploi. Il assurera également l'interface avec les territoires

de santé numériques, condition indispensable à la construction de parcours de santé militaires et civils, gages d'une prise en charge exhaustive au meilleur standard de qualité.

La composante hospitalière est celle qui va certainement connaître la restructuration la plus profonde. Les phases de transformation puis de modernisation qui se sont succédé ces dernières années n'ont que très peu concerné l'hôpital, hormis l'effort de rationalisation et de performance engagé en 2010. Ses fondements n'ont pas été repensés. Représentant plus de la moitié des ressources du service, confrontés à des difficultés croissantes pour faire face à leur mission opérationnelle comme pour trouver leur juste place au sein des territoires de santé, et peinant à garantir des conditions de travail épanouissantes à leurs personnels, les hôpitaux militaires seront inévitablement au centre de la transformation du service, dans la perspective d'un modèle hospitalier radicalement différent.

Trois résultats sont plus particulièrement recherchés. Le premier est de sécuriser le fonctionnement de l'hôpital militaire. Le second est de se conformer aux prescriptions de la LPM. En effet, seule la composante hospitalière dispose des ressources suffisantes pour réaliser les déflations de postes demandées au SSA ; elle en supportera donc la part la plus importante. Le troisième effet recherché est la transformation des autres composantes en libérant des ressources pour mettre en œuvre le rééquilibrage prôné par le modèle SSA 2020. Cette dynamique nouvelle est à l'inverse de celle des années précédentes, où ce sont les autres composantes qui ont été mises à contribution, au prix d'une aggravation de leur situation, pour maintenir à niveau les hôpitaux militaires. Il apparaît aujourd'hui que seule une réforme structurelle pourra y parvenir.

La réforme hospitalière militaire, déclinant les principes de concentration et d'ouverture, repose sur un concept majeur : la différenciation des établissements en fonction de leur contribution au contrat opérationnel du SSA. Deux types d'établissements seront ainsi distingués.

Le premier sera composé d'établissements clairement individualisés, recentrés sur les activités nécessaires au contrat opérationnel, comme la chirurgie, la réanimation, la médecine interne ou la psychiatrie, mais disposant également des autres disciplines indispensables au bon fonctionnement des premières. Chacun de ces établissements disposera d'un service d'accueil des urgences et devra être en mesure de prendre en charge la majorité des patients admis. Ils devront à ce titre bénéficier de compétences et d'équipements adaptés, car il est essentiel de préserver la cohérence de ces établissements et de ne pas réduire leurs activités à celles-là seules qui sont utiles au soutien des forces projetées.

Les équipes projetables de ces établissements ont vocation à assurer la partie la plus contraignante du contrat opérationnel, comme l'entrée en premier sur un théâtre d'opérations ou le soutien santé des opérations spéciales, qui exigent la projection de personnels hospitaliers avec un très court préavis, imposant une disponibilité sans faille et une préparation militaire spécifique. Pour assumer cette sujexion opérationnelle potentiellement déstabilisante, les équipes médicales de ces établissements seront densifiées et inscrites dans des partenariats avec les établissements civils de leur territoire de santé.

Quatre établissements assureront cette mission. Ils seront organisés en deux plateformes : une plateforme hospitalière en Île-de-France, avec les hôpitaux Bégin à Saint-Mandé et Percy à Clamart, et une plateforme hospitalière en région PACA, avec les

hôpitaux Laveran à Marseille et Sainte-Anne à Toulon. Ces établissements, qui seront en mesure de soutenir les forces en tous lieux et en toutes circonstances, assureront également la prise en charge initiale des malades et des blessés rapatriés sur le territoire national.

Ces quatre hôpitaux ne pourront cependant prétendre répondre à eux seuls aux exigences du contrat opérationnel. Les opérations militaires, en effet, ne se limitent pas à l'entrée en premier mais peuvent aussi s'inscrire dans la durée. Il est donc indispensable de disposer d'une composante complémentaire à même de régénérer les ressources du service engagées sur les théâtres d'opération. Il faut donc pouvoir disposer d'autres équipes médicales, mais avec un préavis plus long, en général de quelques mois.

Cette contribution différente au contrat opérationnel sera assurée par les hôpitaux hors plateforme que sont les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) Clermont-Tonnerre à Brest, Desgenettes à Lyon, Legouest à Metz et Robert Picqué à Bordeaux. Au-delà de leur contribution au contrat opérationnel, ces hôpitaux auront également pour mission de répondre à la demande de soins et d'expertises spécifiques aux forces armées stationnées dans leur région. Les ressources allouées à ces établissements seront adaptées à leurs nouvelles missions. Ils connaîtront donc une réduction significative de leurs effectifs, conforme à la réduction du périmètre de leurs activités.

Enfin, pour fonctionner de façon optimale, ces établissements devront développer des partenariats très étroits avec des établissements civils de leur environnement proche. Le défi pour ces hôpitaux est de réussir leur insertion dans leur territoire de santé. Par ailleurs, il n'est pas exclu de compléter le dispositif hospitalier militaire par l'insertion d'équipes projetables au sein d'autres établissements civils, au moyen de conventions adaptées préservant leur disponibilité opérationnelle.

Je tiens à évoquer le cas particulier de l'hôpital du Val-de-Grâce ; la décision d'arrêter les activités de cet établissement prestigieux mérite d'être explicitée. Les raisons sont à la fois d'ordre intrinsèque et extrinsèque. Parmi les premières, il convient d'insister sur le défi que représentait l'importance des travaux d'infrastructure exigés au vu des normes hospitalières actuelles. Estimés à environ 200 millions d'euros, ces travaux auraient dû être menés en site occupé car une fermeture complète temporaire aurait exposé l'établissement au risque de ne plus avoir de patientèle au moment de sa réouverture trois ou quatre ans plus tard. Par ailleurs, le projet médical de cet hôpital était devenu inadapté ; certaines spécialités ne répondraient plus au besoin actuel des forces armées, comme par exemple l'hémodialyse ou la radiothérapie, tandis que d'autres activités particulièrement importantes pour le soutien des forces, comme l'accueil des urgences ou encore l'orthopédie-traumatologie, n'étaient pas représentées. Il faut enfin rappeler que l'hôpital du Val-de-Grâce est situé dans un territoire de santé où l'offre de soins est particulièrement dense et diversifiée, ce qui est de nature à compromettre son niveau d'activité.

À côté de ces raisons propres au Val-de-Grâce et à son environnement immédiat, il est important de souligner les risques que le maintien de cet hôpital aurait fait peser sur la montée en puissance de la plateforme hospitalière militaire d'Île-de-France. En effet, la dispersion de l'offre de soins militaire dans la région aurait considérablement limité les possibilités de densification des hôpitaux Percy et Bégin, et donc compromis leur aptitude à faire face aux exigences du contrat opérationnel.

Ainsi, la décision de fermeture de l’HIA du Val-de-Grâce n’est en rien une remise en question de l’excellence de cet établissement et des personnels qui y servent. Ceux-ci contribueront à la montée en puissance des deux autres hôpitaux de la plateforme hospitalière militaire d’Île-de-France. Le service de santé des armées conservera quant à lui la partie historique du site, structurée autour de l’École du Val-de-Grâce.

La mise en œuvre de SSA 2020 ne saurait cependant se limiter à la transformation des cinq composantes du service. Les interdépendances entre les programmes de transformation étant très nombreuses, j’ai décidé la création d’une structure dédiée à l’accompagnement de la transformation du service, structure qui pilotera cinq programmes complémentaires portant sur des thématiques communes et transversales.

Les trois premiers programmes transversaux concernent les ressources du service. Le programme consacré aux ressources humaines a pour but l’élaboration d’un nouveau modèle RH du SSA. Afin de prendre en compte l’impact des déflations sur le service, ce programme devra proposer de nouveaux équilibres entre personnels militaires et civils, officiers et sous-officiers, personnels de carrière et personnels sous contrat. Les parcours professionnels devront être structurés en vue de proposer des carrières attractives, longues ou courtes, tant aux personnels déjà en place qu’aux candidats à l’engagement. L’intégration des nouveaux métiers de la santé, ainsi que les transferts de tâches, devront être intégrés et adaptés aux spécificités du service, car ils constituent un enrichissement inédit des parcours proposés aux personnels para et péri-médicaux. Une attention particulière sera attachée à la considération que tout un chacun, quel que soit son statut ou son grade, est en droit d’attendre de la part de l’institution, particulièrement en cette période de grand changement.

L’un des enjeux majeurs du modèle SSA 2020 est l’avenir de sa réserve opérationnelle. Le positionnement de celle-ci sera réévalué par rapport aux autres réserves sanitaires existant en France, qu’il s’agisse de celles gérées par l’Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ou de celles œuvrant au sein des services départementaux d’incendie et de secours (SDIS).

Un second programme transversal est dédié aux systèmes d’information et de communication. Au-delà de projets ambitieux comme le CMA numérique déjà évoqué, l’effort d’investissement trop longtemps sous-évalué doit aujourd’hui conduire à une organisation totalement nouvelle de cette fonction, avec un recentrage sur les spécificités des systèmes d’information en santé. L’objectif est d’évoluer vers une logique de service au profit de tous les métiers afin de contribuer à leur performance, tout en leur offrant une ouverture en direction de leur environnement.

Le troisième programme transversal est dédié aux ressources financières et matérielles. La réduction de l’empreinte budgétaire globale du SSA ne pourra être obtenue que par la construction d’un nouveau modèle économique. Outre la rationalisation de la fonction financière, ce programme devra intégrer la résultante de deux dynamiques contraires. La première correspond à la réduction des recettes extrabudgétaires devant résulter de la contraction de la composante hospitalière. La seconde, à l’inverse, résulte du développement volontariste de la valorisation des productions extrahospitalières du service, représentées par les produits de santé issus du ravitaillement sanitaire, les formations délivrées par les écoles ou encore les expertises produites par la recherche. L’exploitation des brevets détenus par le service sera également optimisée.

Le principe de simplification que j'ai évoqué, ainsi que la nouvelle organisation rendue nécessaire par l'entrée dans le complexe de Balard d'une partie de l'actuelle direction centrale du service, a imposé un quatrième programme transversal consacré à la gouvernance. Deux caractères dominent le travail à conduire. Le premier est le renforcement du rôle stratégique de la direction centrale par la réduction de son périmètre, en mettant en place des directions déconcentrées spécialisées, comme cela a été évoqué avec la création de la direction de la médecine des forces ou encore celle d'une direction commune de la recherche et de la formation.

Le second caractère concerne le décloisonnement, qui s'incarnera notamment dans la création de six autorités de coordination placées auprès du directeur central à Balard, en charge des dossiers transversaux pour lesquels elles exerceront une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des structures organiques du service.

Le cinquième et dernier programme transversal touche à l'un des principes fondamentaux du projet de service : l'ouverture. Il trouve son importance dans l'environnement qu'il a pour mission de créer autour de toutes les composantes du service. Cela requiert des compétences spécifiques et une excellente connaissance du monde civil car, pour indispensable que soit cette démarche d'ouverture, les aptitudes fondamentales du service en termes de disponibilité et de réactivité doivent impérativement être préservées. L'ouverture doit être comprise à tous les niveaux d'interaction. Les établissements du service ont maintenant une expérience croissante dans la contractualisation avec leurs partenaires civils.

L'accord-cadre entre le SSA et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) signé en octobre dernier en présence du ministre de la Défense, du directeur général de l'ARS d'Île-de-France et du directeur général de l'offre de soins entre dans cette catégorie. Le niveau central est le lieu d'interactions entre la direction centrale du SSA et les directions générales du ministère de la Santé, direction générale de l'offre de soins (DGOS) et direction générale de la santé (DGS), qui ont été associées à l'élaboration du projet puis du modèle SSA 2020. C'est également grâce à ce rapprochement que le service de santé bénéficie d'un article d'habilitation au sein du projet de loi de santé publique récemment voté en première lecture par l'Assemblée nationale. Cet article sera déterminant pour la prise des dispositions indispensables à la mise en place du nouveau modèle de service.

Plus récente encore est l'interaction au niveau régional. Les ARS sont aujourd'hui étroitement associées à la reconfiguration du modèle hospitalier militaire. C'est ainsi que, pour la première fois, a été signé en avril 2015, également en présence du ministre de la Défense, un accord-cadre entre le service de santé des armées et l'ARS de la région PACA, formalisant des relations inédites avec une autorité de régulation extérieure au ministère de la Défense.

Des relations renforcées seront également concrétisées avec le ministère de l'Intérieur en vue de préciser la contribution du service à la résilience nationale dans le cadre de l'organisation et de la gestion de crise. D'autres dimensions sont à l'étude, notamment les collaborations internationales.

En conclusion, je voudrais insister sur le caractère systémique et complexe de la transformation engagée. La conduite de cette transformation bénéficiera de la création de

deux nouveaux postes, qui seront tenus par des officiers généraux, l'un en charge de la transformation, l'autre de la performance. Car il s'agit d'une entreprise de longue haleine qui impose la définition de jalons permettant d'évaluer l'avancement du travail et d'éviter le risque d'assouplissement.

Si l'année 2015 est le point de départ officiel de la mise en œuvre du nouveau modèle de service, 2017 en sera le prochain jalon. Des objectifs intermédiaires ont été fixés et il s'agira pour nous d'être au rendez-vous. D'importantes réalisations devront pouvoir être présentées à cette date, tandis que 2019 sera l'année du dernier contrôle avant l'arrivée sur la cible en 2020. La réussite d'un tel projet passera aussi et d'abord par l'adhésion des personnels du service à cette grande démarche. Soyez assurés que j'y attache la plus grande importance.

M. Marc Laffineur. Je peux témoigner de l'efficacité de notre SSA, notamment dans la récupération et le rapatriement des blessés sur le territoire national. Cela contribue fortement au moral de notre armée. Avec les Américains, nous sommes certainement les deux nations les plus efficaces en ce domaine, et c'est à l'honneur de nos médecins militaires.

Notre présence en Afrique est-elle toujours aussi importante ? L'hôpital militaire français au Tchad, que j'ai eu l'occasion de visiter, est pratiquement le seul hôpital du pays.

Y a-t-il par ailleurs toujours autant de candidats aux études de médecine militaire ?

Le nombre important de traumatismes psychiques parmi nos forces engagées en Afghanistan est frappant. Y en a-t-il autant à la suite de nos interventions plus récentes en Afrique ? Quels sont les chiffres de ces traumatismes ?

Que deviendra, par ailleurs, l'hôpital des Invalides, au sujet duquel il existait des divergences avec l'ARS d'Île-de-France ? Ces divergences ont-elles été aplanies ?

Enfin, nous sommes souvent interpellés par les associations de personnes ayant participé aux essais nucléaires de la France, au sujet d'indemnisations pour des cancers éventuels. La fréquence des cancers est-elle plus importante parmi cette population que dans la population générale ?

M. Alain Chrétien. Vous avez rappelé les grands principes de cette réforme : recentrage sur l'activité militaire et coopération avec le service civil de santé. Nos hôpitaux publics connaissent des difficultés à recruter des médecins, généralistes et spécialistes. Rencontrez-vous les mêmes difficultés ?

Le civil fait de plus en plus appel à des médecins étrangers, notamment venant de Roumanie. Avez-vous également recours à des médecins étrangers ? Est-il légal que des personnels civils étrangers travaillent avec des militaires français ?

Enfin, qu'en est-il de la coopération internationale dans le domaine de la santé, notamment avec nos principaux partenaires européens ?

M. Damien Meslot. Cette réforme est essentiellement liée à des problèmes budgétaires. Marc Laffineur a souligné que nous avions l'un des systèmes les plus efficaces au monde. Ne craignez-vous pas qu'avec cette réforme nous perdions en efficacité ?

On nous a toujours dit qu'il est assez difficile de recruter des médecins militaires. Ne craignez-vous pas, également, que la diminution des moyens prévue par cette réforme n'envoie un signal négatif, contribuant à réduire le nombre de candidats potentiels ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. En ce qui concerne le recrutement, nous avons eu 1 730 candidats à la formation de praticien cette année, pour une centaine de postes. C'est exactement ce que nous avons connu les dernières années ; il n'y a donc pas d'évolution négative. Pour les infirmiers non plus.

Pour autant, tout n'est pas égal, en matière de démographie médicale, et le SSA rencontre des difficultés dans certaines spécialités, en particulier les spécialités chirurgicales. Recruter un chirurgien-orthopédiste est par exemple très difficile. Nous devons considérer avec beaucoup d'attention l'évolution de notre population de chirurgiens.

Nous recourons à des médecins étrangers dans certaines spécialités rares et sensibles, comme la neurochirurgie. Ce sont des médecins citoyens de l'Union européenne engagés sous contrat pour des durées limitées. La qualité du service est au rendez-vous.

La modification du profil des activités aura-t-elle un impact sur le recrutement ? Le service réaffirme ce pour quoi il existe. La raison pour laquelle je suis entré au SSA, c'est que ce service a longtemps pratiqué la médecine tropicale de développement, laquelle a complètement disparu de nos missions. Ce qui ne changera jamais, toutefois, c'est le soutien des forces en opération. En recentrant le service sur sa raison d'être, je ne pense pas que l'on fasse courir un risque au recrutement ou à la motivation. Ceux qui souhaitent pratiquer la pédiatrie ou la chirurgie cardiaque ne viendront plus au SSA, certes, mais force est de reconnaître que ce n'est pas là sa mission. Le fait que les gens sauront dès le départ qu'ils entrent dans ce service pour une mission opérationnelle est au contraire de nature à fidéliser le personnel.

Le service s'étant longtemps occupé des appelés du contingent, il a développé une offre de soins extrêmement vaste touchant tous les domaines de la médecine. Cela ne correspond plus du tout aux besoins actuels. Personne, cependant, ne sera renvoyé du service au prétexte de sa spécialité – nous trouverons des solutions pour chacun – mais nous devons effectuer ce recentrage car la dispersion des moyens est devenue trop importante. Quand un service de chirurgie, dans un hôpital militaire, compte quatre ou cinq chirurgiens, autant qu'un service de gastroentérologie compte de gastroentérologues, ce n'est pas cohérent avec les différentes pressions opérationnelles pesant sur ces deux types de métier. Si j'insiste sur le fait qu'un hôpital ne peut reposer seulement sur des spécialités projetables, cela ne signifie pas non plus que tout est égal et doit être développé de la même façon.

C'est pourquoi nous avons décidé de fermer la dernière maternité militaire existante, à l'hôpital Bégin, à la fin du mois de juin. Les maternités répondaient à un besoin à l'époque où le SSA était le service de toute la communauté de défense. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Le projet de nouveau service a été initié en 2012, avant même le nouveau Livre blanc et la LPM. Il ne résulte donc aucunement des contraintes budgétaires. Le modèle précédent, particulièrement dans sa composante hospitalière, était déjà en grande difficulté en 2012. Nous savons depuis une quinzaine d'années que le modèle hospitalier militaire ne résisterait pas aux évolutions du monde hospitalier en général : un hôpital de 200 à 250 lits comportant dix à quinze spécialités, avec un niveau d'activité souvent en dessous des seuils exigibles,

notamment dans les spécialités d'intérêt comme la chirurgie, ne peut avoir d'avenir. Les années 2013 et 2014 l'ont confirmé de façon particulièrement claire. Après les engagements en Afghanistan, au Mali, en Centrafrique, les blocs opératoires ont perdu plus de 20 à 30 % de leur activité. On ne se relève pas d'une telle diminution d'activité durant plusieurs mois.

Un rapport a été rendu en 2011 sur l'avenir de l'hôpital militaire, à la suite des rapports de 2002 et 2010 de la Cour des comptes qui avaient déjà pointé ces difficultés. Ces rapports ont beaucoup ému, au sein de l'institution, mais leur analyse technique est inattaquable. Un petit hôpital généraliste, cela n'existe plus. La tendance est au contraire au regroupement des structures, notamment pour les activités à risque telles que la chirurgie.

C'est aujourd'hui que la qualité du service est compromise, car nous ne parvenons à maintenir nos hôpitaux à niveau qu'en paupérisant la médecine de premier recours. Le système d'information, le logiciel unique médico-militaire (LUMM), ne fonctionne quasiment pas après quinze ans d'existence, car nous n'avons pu y affecter les moyens nécessaires. De même, l'infrastructure des CMA en est restée à l'époque de la conscription : on trouve parfois à l'étage des chambres où étaient hébergés les appelés malades. Les véhicules ne correspondent plus non plus à ce que doivent être des véhicules sanitaires. Cette composante n'a pu être développée parce que l'hôpital absorbe les ressources du service, et, si rien n'est fait, il en absorbera de plus en plus, en raison des évolutions technologiques.

Le message majeur de la réforme, c'est le changement de centre de gravité. Nous avons décidé de faire porter l'effort sur la médecine de premier recours. Cela ne dégradera pas l'hôpital. Nous avons conservé une composante hospitalière d'une telle ampleur que c'est au sein de cette composante que nous trouverons la ressource pour satisfaire aux attentes de la LPM. Malgré ces ressources importantes, la fonction hospitalière est en difficulté en raison de sa structure et de son organisation. En la réorganisant, nous la pérennissons et la renforçons, tout étant à même de renforcer la médecine de premier recours.

Les quatre hôpitaux de plateforme seront densifiés, leurs effectifs et leurs équipements accrus. Ces quatre hôpitaux doivent résister à la fois au choc de l'évolution des techniques hospitalières et au choc de l'engagement opérationnel. Nous ne pouvions prétendre cela pour neuf hôpitaux, et ce n'est d'ailleurs pas nécessaire : nous n'avons pas besoin de neuf hôpitaux militaires pour soutenir les engagements, y compris dans le contexte actuel.

Notre présence en Afrique a changé. La présence du SSA est désormais exclusivement tournée vers le soutien des forces. Cette présence, dans le cadre des opérations Barkhane et Sangaris, qui consomment une part importante de nos ressources, est stable. Nos relations avec les services de santé des armées africaines sont revisitées : nous ne sommes plus en coopération, nous sommes des partenaires sur des théâtres d'opérations et nous tâchons d'établir une bonne interopérabilité.

Ces cinq dernières années, le nombre de cas déclarés de stress post-traumatique et de troubles psychiques n'a pas augmenté, après plusieurs années de forte augmentation. Il se situe actuellement autour de 300 cas par an. On est encore loin d'avoir cerné tous les aspects du sujet, qui a considérablement modifié l'activité des services psychiatriques militaires. Le SSA en est actuellement à son troisième plan d'action. Il existe au sein de la direction centrale un bureau qui coordonne l'ensemble des services médico-psychologiques des armées.

Mme la présidente Patricia Adam. Quel est en la matière le lien du SSA avec le service public, en termes de recherche et de formation ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Une collaboration est en train de se mettre en place. Le principe d'ouverture et la construction des parcours de santé dans les territoires avec l'offre de soins civile, est de nature à répondre à cette préoccupation. Un certain nombre de psychologues civils, sensibilisés à la problématique du stress post-traumatique dans la population militaire, travaillent d'ores et déjà avec le SSA et sont en train de constituer un réseau qui permettra d'assurer un bon service de proximité.

En ce qui concerne la recherche, les psychiatres militaires travaillent depuis longtemps avec les psychiatres civils. Cette problématique devenue centrale pour les armées sera prise en considération de manière partagée dans le cadre de l'ouverture du SSA sur les territoires de santé.

M. Hervé Foehrenbach, médecin chef des services. J'ai travaillé de nombreuses années en médecine nucléaire au sein du SSA. Dans l'immense majorité des essais nucléaires français, sauf accidents bien identifiés, je pense notamment à un accident survenu en Algérie lors des premiers essais, les doses de radiations reçues par les personnes sont faibles, voire très faibles. Dans la population des personnes ayant participé à ces essais, qui sont toujours suivies, certaines maladies cancéreuses sont un peu plus fréquentes que dans la population générale, mais aucun lien n'a pu être établi à ce jour avec une exposition radiologique. Par exemple, les cancers de la sphère oto-rhino-laryngologique observés sont déterminés par des causes toxiques sans rapport avec une exposition radiologique, et une fréquence supérieure a également été observée parmi le personnel de bases supports situées à de très grandes distances des sites d'expérimentation.

Le Comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires (CIVEN) utilise une méthode de calcul de l'imputabilité de la maladie cancéreuse à une exposition radiologique reconnue internationalement. Les Américains, qui utilisent le même type de formule pour leur propre personnel, indemnisent les personnes au-delà de 50 % d'imputabilité. En France, nous avons fait le choix d'indemniser à partir de 1 %, et notre pays a même accepté des indemnisations à un niveau d'imputabilité inférieur. En clair, il existe au moins 99 % de chances que les personnes indemnisées aient développé un cancer pour des raisons qui ne sont pas liées à leur exposition radiologique.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. En ce qui concerne les coopérations internationales, nous développons nos relations avec nos homologues du SSA allemand, avec qui nous organisons un séminaire stratégique commun tous les six mois, dont le dernier, il y a une quinzaine de jours, a d'ailleurs été couplé avec une cérémonie commémorative en Alsace. Nous travaillons sur l'ensemble des champs possibles de la coopération, tant sur les théâtres d'opérations qu'en recherche et formation. Nous conduisons la même démarche avec d'autres pays, notamment la Grande-Bretagne, ainsi qu'au niveau de l'OTAN, où les services de santé sont représentés. C'est d'ailleurs un axe important du nouveau projet de service que d'accentuer ce travail international.

Un travail démarre sur l'avenir de l'Institution nationale des Invalides (INI), en résonnance avec les conclusions du dernier rapport de l'Assemblée sur la prise en charge des blessés. Le SSA engage en effet avec l'INI et d'autres acteurs du monde de la défense une

réflexion sur la création d'un pôle de réhabilitation de la défense qui associerait l'ensemble des acteurs concernés par la réhabilitation et la réinsertion des militaires blessés : le SSA, l'INI et les acteurs de la sphère sociale du ministère de la Défense tels que l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONACVG) ou encore les cellules d'aide comme la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT).

Nous sommes favorables à une meilleure coordination des acteurs intervenant tout au long du parcours d'un blessé, qui commence sur un théâtre d'opérations et dure parfois toute une vie. À cette fin, nous avons proposé de reconsidérer la mission de l'INI afin qu'elle ne se limite plus à l'accueil des anciens combattants invalides mais intervienne plus en amont dans la prise en charge des blessés de guerre dès que leur état est stabilisé, à la sortie d'un hôpital militaire. L'INI pourrait également s'occuper des traumatisés psychiques. Nous présenterons des conclusions sur la faisabilité d'un tel projet à l'automne.

M. Alain Marty. Ayant eu l'occasion de visiter, en janvier, nos forces engagées dans l'opération Sangaris, j'ai pu constater que l'hôpital militaire fonctionnait de façon remarquable, grâce à des équipes très motivées.

Au moment de la création des bases de défense, les régiments craignaient que les CMA, comme d'autres fonctions de support, soient localisés sur les bases de défense et donc éloignés des régiments. Des antennes ont été maintenues dans les régiments pour assurer un service de proximité. J'ai cru comprendre, en vous écoutant, que vous privilégiez cette proximité et je vous approuve.

Que vont devenir les bâtiments du Val-de-Grâce ? Seront-ils rasés ?

Je comprends les préoccupations du SSA en ce qui concerne les hôpitaux, et nous avons tous en mémoire les critiques de la Cour des comptes. En 2011, dans le cadre d'un rapport budgétaire, j'ai conduit un travail sur le SSA montrant que des efforts considérables avaient été consentis mais que la difficulté tenait à la particularité de ces hôpitaux, dont la patientèle est peu nombreuse et les recrutements peu importants. Ne craignez-vous pas que le nouveau modèle ne les mette en difficulté ? En plaçant à part l'hôpital de Lyon, qui, avec la présence de l'ESA, aura une vocation claire, ne pensez-vous pas que la nouvelle organisation créera un fonctionnement à deux niveaux potentiellement préjudiciable aux hôpitaux de Brest, Metz et Bordeaux ? La réorganisation du plateau hospitalier de la ville de Metz, par exemple, n'a pas tenu compte de ce que pouvait apporter l'hôpital Legouest ; ce dernier aura donc peut-être du mal à trouver sa place, d'autant plus que les discussions avec les ARS étaient jusqu'à ces derniers temps assez peu substantielles.

M. Gilbert Le Bris. À la suite de l'embuscade d'Uzbin, en Afghanistan, deux sas de décompression ont été créés, l'un à Chypre, l'autre à Dakar. Quelle est l'implication du SSA dans ce dispositif très utile ? Celui-ci a-t-il vocation à s'inscrire dans la durée ?

Bien que le projet SSA 2020 implique une réduction globale des effectifs, il permet un renforcement du cœur de métier, pour lequel il est prévu de recruter 108 équivalents temps pleins. Selon quel calendrier ce recrutement interviendra-t-il ?

Mme Geneviève Gosselin-Fleury. Quelles sont les principales catégories de personnel touchées par les 2 000 suppressions prévues ? Les récentes annonces de déflations de postes auront-elles un impact sur le SSA au-delà de ces 2 000 suppressions ?

M. Daniel Boisserie. Je suppose qu'à la suite des critiques de la Cour des comptes sur la gestion du SSA, vous avez d'ores et déjà engagé des mesures. Pouvez-vous nous en parler ?

Iriez-vous jusqu'à dire que les spécialités chirurgicales du SSA peuvent être transférées au civil, à l'exception peut-être des antennes chirurgicales avancées en OPEX ?

Je tiens à indiquer que, lors des travaux ayant conduit au rapport de l'Assemblée sur la prise en charge des blessés, nous avons pu constater que les services des autres pays étaient admiratifs de notre SSA.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Le sujet de l'avenir du bâtiment du Val-de-Grâce échappe à notre service car nous n'avons exprimé aucun besoin. La question est directement prise en charge par le cabinet du ministre. Plusieurs hypothèses ont été émises au sujet de son emploi futur mais je n'en sais pas plus.

M. Alain Marty. Les bâtiments pourraient-ils faire l'objet d'une vente ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. C'est certainement ce qui est prévu.

La création des CMA – intervenue à une époque où je n'étais pas encore en fonctions – a été vécue par les armées et par certains membres du SSA comme un risque de séparation et d'éloignement. Faut-il craindre que les CMA-NG ravivent ces inquiétudes ? Je ne le crois pas : depuis 2012, les armées – notamment l'armée de terre – ont constaté que la qualité du service rendu par le SSA ne s'est dégradée ni sur le territoire national ni surtout en OPEX, et je ne reçois plus de retours négatifs de leur part. Comment préserver aujourd'hui la performance technique de la médecine militaire de premier recours sans sacrifier la proximité ? Pour combiner préparation – continue et opérationnelle – et activités quotidiennes, les équipes de premier recours doivent être renforcées. En effet, la petite taille entraîne d'importantes difficultés : comment récupérer après une garde dans un service d'urgences si votre seul collègue à assurer la même tâche est parti en OPEX ? La réforme actuelle introduit de la fluidité dans les structures, d'autant que toutes les fonctions de direction, d'administration et de gestion qui pesaient sur les antennes médicales seront centralisées sur une partie du CMA-NG, permettant aux antennes qui restent en proximité des forces de se concentrer sur le soin, l'expertise et la préparation opérationnelle. Nous sommes donc favorables à ce volet de la réforme, même s'il faut adapter la répartition des antennes à l'évolution de l'implantation des forces armées. Nous n'avons pas renoncé à la proximité, mais celle-ci ne doit pas compromettre la qualité des services. En mutualisant toutes les fonctions de soutien au sein d'une portion centrale et en concentrant les moyens au profit d'une dizaine ou d'une douzaine d'antennes, les CMA-NG permettront de préserver à la fois qualité et proximité.

Ne mettra-t-on pas en difficulté certains établissements ? La position de l'hôpital Desgenettes est particulière car Lyon réunit tout le pôle pédagogique du service, mais son sort se rapproche de celui des trois autres hôpitaux hors plateforme. La transformation de ces quatre entités individualisées constitue la partie la plus délicate de la réforme. Il est aujourd'hui difficile de préserver les structures de petite taille qui n'ont pas leur place dans un territoire de santé reconnu ; en même temps la LPM exige du SSA une forte déflation de ses effectifs. Seuls les hôpitaux peuvent contribuer à la fois à la déflation et au renforcement des autres composantes, dont la médecine des forces ; tous les neuf établissements étant en

difficulté, on a fait le choix d'en renforcer deux en Île-de-France et deux en PACA, pour faire jouer la complémentarité. Ce système est résilient : si aucun des deux hôpitaux de chaque paire ne peut armer seul une chaîne santé opérationnelle complète, chaque plateforme composée de deux structures est bien capable de prendre en charge la plupart des blessés de guerre et de traiter la grande majorité des pathologies.

Les quatre établissements restants ne seront pas fermés car les hôpitaux de plateforme ne pourront pas garantir la réponse au contrat opérationnel et parce que les forces armées connaissent également des besoins en régions. Bordeaux par exemple – mais le raisonnement vaut pour les trois autres sites – reste important pour l'armée de l'air et les forces spéciales, qui se concentrent dans le Sud-Ouest, et peut répondre aux besoins d'expertise et de prise en charge de blessés, notamment psychiques, ou de patients en rééducation. Pour autant, nous ne pouvons pas doter ces structures du même statut que les hôpitaux de plateforme : ces sites, qui emploient aujourd'hui entre 750 et 800 personnes, devront réduire de façon significative leur personnel et diminuer leurs activités. Cette opération ne peut réussir que s'ils développent des partenariats étroits avec d'autres établissements ; or, si la réforme n'a certainement pas été anticipée, le monde hospitalier civil – en particulier public – est aujourd'hui en pleine restructuration. À Brest par exemple – où je me rendrai au mois de juin –, le projet de partenariat continue à se développer. De même, à Metz, des équipes civiles travaillent à Legouest, et des équipes militaires, au centre hospitalier régional (CHR). Dans la région lyonnaise, on prévoit de se rapprocher des hôpitaux civils – notamment Edouard Herriot –, mais également d'héberger à Desgenettes une partie importante d'une structure hospitalière civile. Les projets ne manquent pas ; en revanche, les hôpitaux civils publics subissent eux aussi une forte contrainte économique et le fait que chaque partenaire privilégie son propre équilibre financier ne simplifie pas le rapprochement. Au total, l'évolution des hôpitaux hors plateforme représente l'aspect le plus sensible de la réforme hospitalière militaire et la réduction des effectifs ne permettra de les maintenir que s'ils sont étroitement associés à d'autres établissements, peut-être dans le cadre des futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) – nouvelles structures de collaboration qui réuniront demain tous les hôpitaux publics. Nous réfléchissons, en collaboration avec la DGOS, à la place qu'il convient de donner aux hôpitaux militaires au sein de ces GHT, qui sera précisée le cas échéant *via* l'article d'habilitation de la loi de santé publique.

Le SSA est peu impliqué dans les sas de décompression de Chypre ou du Sénégal, pris en charge par les armées elles-mêmes. Nous leur apportons évidemment notre concours, et notre personnel revenant d'opérations bénéficie également de ces structures, mais nous ne sommes pas au premier rang. En effet, le sas – dont la création représente une excellente mesure – n'a pas vocation à être médicalisé ; malgré la présence de psychologues – qui proposent une prise en charge plus collective qu'individuelle –, il constitue une étape normale et non pathologique de la décompression.

Les 108 ETP auxquels vous faites allusion sont destinés à la médecine des forces et de premier recours. Ils seront recrutés sur la durée de cette LPM, mais même s'il est urgent de renforcer la médecine des forces, le calendrier dépendra de la façon dont se passera la déflation des postes dans les hôpitaux – que l'on ne peut accélérer, sauf à compromettre la réforme. Les deux mesures sont donc liées. Soulignons que ce renfort est en dessous du minimum nécessaire, il est donc tout à fait impératif.

Sur les 2 000 postes touchés par la déflation, quelque 1 500 concernent des militaires et 500 des civils. Nous essayerons de préserver au maximum la production de soins. Dans les hôpitaux militaires, la partie de soutien – plus importante qu'ailleurs – représente de l'ordre de 25 à 30 % ; il faut donc veiller à épargner le potentiel soignant de nos établissements. La déflation ne touchera pas les secteurs essentiels au soutien des forces – la médecine des forces et les spécialités hospitalières utiles à la projection et à la prise en charge des malades et des blessés rapatriés –, qui seront renforcés. Certaines disciplines, notamment quelques activités pratiquées au Val-de-Grâce, disparaîtront complètement alors que d'autres seront exercées autrement, peut-être au travers de partenariats plus forts. Néanmoins, ces spécialités qui font la cohérence d'un hôpital seront préservées à un niveau de qualité optimal.

S'agissant des critiques de la Cour des comptes, je considère qu'un hôpital militaire ne peut pas être géré à partir des mêmes critères qu'un hôpital civil. Projeté quasiment tous les ans sur les théâtres d'opérations, le personnel du SSA – que certains d'entre vous ont vu à l'œuvre sur le terrain – ne peut pas, en revenant en France, retrouver immédiatement une logique de tarification à l'activité. On ne peut pas attendre d'un hôpital militaire la même performance économique que d'un hôpital civil, public ou privé, la disponibilité opérationnelle et la préparation du personnel projetable – qui absorbe 30 % du temps – lui interdisant d'offrir le même rendement. La dimension psychologique est également importante, les professionnels de santé projetables devant en permanence être prêts à partir. Je compte l'affirmer dans le cadre du développement des partenariats : si la rentabilité est au premier rang des préoccupations de nos homologues civils, le SSA, bien que sensibilisé à la question de la performance, constitue avant tout un outil de défense. Cette différence de cultures – qu'il s'agira de rendre compatibles – risque de représenter la principale difficulté. En même temps, s'associer aux hôpitaux militaires permettra aux établissements civils de santé de prendre part à la mission de défense. C'est à la représentation nationale – davantage qu'au SSA ou aux armées – d'insister sur ce point, comme je l'ai souligné devant la commission des Affaires sociales lors de la préparation de la loi de santé publique. Au bout de quarante ans de service, je suis convaincu que les armées françaises ne garderont un SSA doté de toutes ses capacités que si le système national de santé, et le service public en particulier, se mobilise à ses côtés. À défaut, comme d'autres pays occidentaux porteurs des mêmes ambitions de défense que nous – la Grande-Bretagne ou le Canada –, nous devrons renoncer à nos hôpitaux militaires. Cette affaire relève donc du niveau interministériel. Heureusement, les retours sont très positifs et nous avons développé d'excellentes relations avec le ministère de la Santé, notamment la DGOS et la DGS, qu'il faut désormais décliner sur le terrain jusqu'au niveau des équipes hospitalières – un travail de longue haleine.

M. Jean-Jacques Candelier. Monsieur le médecin général, vous avez dit que le budget avait diminué de façon sensible ; quel est le montant de cette baisse et celui du budget que vous attendez pour 2020 ?

En matière de maladies liées aux essais nucléaires, combien de personnes ont été indemnisées en 2014 et quel a été le montant – apparemment très bas – des indemnités versées ?

M. Joaquim Pueyo. La réforme que vous avez exposée va dans le bon sens. Le rapport de la Cour des comptes de 2010 avait pointé du doigt les difficultés d'organisation et de gestion financière des hôpitaux militaires tout en rappelant leur intérêt en matière de soins de qualité.

Les hôpitaux que vous avez cités – Bordeaux, Brest, Metz et Lyon – devront travailler avec les établissements civils ; à moyen terme, ne seront-ils pas englobés dans des plateformes hospitalières qui pourront accueillir les militaires dans de bonnes conditions ?

Les orientations que vous avez esquissées tiennent compte des avis exprimés à plusieurs reprises par des spécialistes et des experts ; en effet, créer deux plateformes renforcées du point de vue de la technique, de l'innovation et de la recherche permettra de se concentrer sur le cœur de métier pour prendre en charge les militaires opérationnels, les accidents et leurs conséquences physiques et psychiques. Comment se passera la manœuvre des ressources humaines ? Actuellement, le SSA bénéficie d'un personnel de 16 000 personnes et souhaite – objectif pragmatique et réaliste – baisser ce nombre dans le cadre de la restructuration. Où et comment seront intégrées les 1 000 personnes qui travaillent au Val-de-Grâce ?

M. Charles de La Verpillière. Dans votre exposé liminaire, vous avez dit que le projet de loi relatif à la santé contiendrait un article d'habilitation concernant le SSA. De quoi s'agit-il ?

La réforme de la fonction hospitalière du SSA doit redonner toute son importance à la médecine de premier recours ; aura-t-elle une incidence sur les missions du régiment médical de l'armée de terre stationné à La Valbonne ?

Mme Marianne Dubois. Pouvez-vous nous en dire plus sur la pharmacie centrale des armées (PCA) et sa place dans cette réforme ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Je ne saurais répondre avec précision à la question relative au nombre des malades indemnisés, ceux-ci ne dépendant pas du SSA.

M. Hervé Foehrenbach. Je n'ai malheureusement pas les chiffres en tête. Le service de protection radiologique des armées a récemment mené un travail sur les essais réalisés en Polynésie française, rendant publiques toutes les données dosimétriques qui ont suivi les essais ainsi que toutes les cartographies des dépôts de doses dans la région du Pacifique.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Les ressources allouées au SSA dans le cadre de la LPM – destinées à la masse salariale, au fonctionnement et aux investissements – n'ont pas déterminé le modèle de service que je vous ai présenté, mais ont été ajustées pour y permettre le passage. Une fois installé, ce modèle consommera moins de ressources que le système actuel ; le budget prévu dans la LPM apparaît donc suffisant. C'est la diminution de l'empreinte hospitalière qui rend cet équilibre possible ; en effet, il était inenvisageable d'effectuer une déflation de 2 000 postes tout en maintenant à niveau les neuf hôpitaux.

Quel avenir pour les hôpitaux hors plateforme ? Seront-ils englobés dans des plateformes avec des hôpitaux civils ? On ne sait pas quels seront en 2020 les besoins de défense et comment aura évolué le monde hospitalier français ; mais nous avons fait en sorte que l'évolution des futures plateformes ne conduise pas inéluctablement à la fermeture ou à la fusion des établissements hors plateforme, même si cela peut également apparaître comme une bonne solution. Cinq ans constituent un délai long et la décision ne dépend pas de moi, mais le modèle que nous mettons en œuvre permettra de conserver la structure d'hôpital militaire - certainement dans le cadre d'un GHT - ou d'envisager une intégration. Cette

hypothèse ne peut pas être écartée, même si elle ne représente pas le but de la réforme. En effet, tous les hôpitaux tendent aujourd’hui vers de nouvelles répartitions d’activités et des rapprochements étroits qui vont parfois jusqu’à la fusion. Si les hôpitaux militaires doivent connaître une telle évolution, il est essentiel de la préparer et les cinq années qui viennent permettront de développer des partenariats et de créer des équipes civilo-militaires. Ce délai nous permettra de tester la capacité des acteurs et de juger s’il est pertinent ou non de franchir le pas. L’hôpital Sainte-Anne de Toulon – un établissement de plateforme – dispose d’une équipe d’urologues militaires qui travaillent actuellement à l’hôpital Sainte-Musse avec leurs homologues civils. Lorsque j’ai participé à la signature de la convention, un des jeunes chirurgiens civils est venu me voir pour me demander s’il pourrait partir en OPEX. Or avec la fin de la conscription, le SSA fait face au risque de voir diminuer fortement sa réserve opérationnelle ; l’ouverture sur l’extérieur, le développement de partenariats et le fait de travailler ensemble au quotidien peuvent permettre d’en étoffer les rangs. J’ai donc répondu à ce jeune chirurgien que cela était évidemment possible à condition de signer un contrat d’engagement dans la réserve. Dans bien des pays – notamment aux États-Unis –, les médecins sont fiers d’avoir été sur un théâtre d’opérations !

Quelque 330 des 1 000 personnes travaillant au Val-de-Grâce seront réorientées vers d’autres structures du SSA, majoritairement Percy et Bégin, mais également l’IRBA, voire les hôpitaux Sainte-Anne ou Laveran. En revanche, les 600 autres personnes contribueront à l’effort de déflation sur la plateforme Île-de-France, qui concerne le personnel des trois hôpitaux en restructuration. Une part très importante de la déflation passera par les départs naturels. Les récentes décisions en matière d’effectifs du ministère de la Défense ne concernent pas le SSA qui ne participe pas à l’opération Sentinelle ; en revanche, nous pensons pouvoir étaler la déflation sur toute la LPM, dont l’année 2019, ce qui rendra la manœuvre moins brusque. Nous créons aujourd’hui des passerelles très fortes avec la fonction publique hospitalière ; le directeur général du CHU de Brest nous a par exemple proposé de constituer une cellule spécifique pour réfléchir à l’avenir du personnel de l’hôpital Clermont-Tonnerre, le CHU ayant tous les ans besoin de recrues. Nous faisons de même à Paris – notamment avec l’ARS Île-de-France – et à Bordeaux, et nous espérons le faire partout où nous sommes confrontés à cette problématique.

L’article 55 de la loi de santé publique, qui concerne le SSA et l’INI, habilitera le Gouvernement à procéder par ordonnance pour prendre toutes les dispositions qui permettront au SSA de mettre en œuvre son modèle, particulièrement dans le volet ouverture. Aujourd’hui, nous ne disposons pas de tous les outils pour développer les partenariats ; la réflexion que nous avons menée avec le ministère de la Santé a montré que dans la mesure où tout n’était pas prêt aujourd’hui, ces dispositions ne pouvaient pas être directement inscrites dans la loi, d’où un article d’habilitation. Le travail de préparation de ces ordonnances – qui aborderont probablement l’intégration des hôpitaux au sein des GHT – est actuellement en cours, leur but étant de permettre au SSA de réaliser son ouverture et son insertion dans les territoires de santé sans compromettre sa disponibilité, notamment pour la projection.

Le régiment médical n’appartient pas en propre au SSA, mais celui-ci ne pourrait, sans lui, se déployer sur les théâtres d’opérations. Commandé par un praticien militaire, ce régiment est fortement concerné par l’évolution de la médecine des forces car une grande partie de son personnel travaille au sein ou avec les CMA et sur les théâtres d’opérations. Une réduction de ses effectifs aurait des conséquences très graves sur les capacités de déploiement du SSA, mais l’armée de terre semble aussi sensible que nous à la qualité du soutien sur les

théâtres d'opération. Le régiment médical doit rester ce qu'il est, tout en continuant à faire partie de l'armée de terre ; sa proximité et son caractère militaire sont également utiles au SSA.

La pharmacie centrale des armées représente une pépite du SSA – il n'existe que de deux structures de ce type, celle de l'AP-HP et la nôtre – et son intérêt n'est pas remis en question. Elle fonctionne très bien et fonctionnera encore mieux grâce à la nouvelle dynamique de conquête de ressources et de valorisation de ses productions. Cette politique de recherche de nouveaux marchés bénéficie de retours économiques et financiers positifs et permet en outre de constater que nos savoirs intéressent d'autres acteurs, notamment le ministère de l'Intérieur.

M. Michel Voisin. Quelle est la place de la réserve dans la restructuration du SSA ?

On évoque souvent la désertification de la médecine en zone rurale ; la deuxième carrière du personnel du SSA ne pourrait-elle pas donner l'occasion d'aider ces territoires défavorisés ?

Enfin, on a parlé de l'école du SSA de Lyon-Bron ; combien d'élèves qui démarrent rompent-ils leur contrat avant la fin de leurs études ?

M. Francis Hillmeyer. Je voulais moi aussi évoquer le sort de la réserve et l'éventuel transfert des malades vers le service médical public qui connaît lui-même une démographie en baisse – source potentielle de problèmes.

Vous n'avez pas beaucoup abordé la recherche médicale ; pouvez-vous parler des partenariats entre les équipes militaires et civiles, notamment sur des recherches très pointues ? J'ai été témoin, à l'hôpital de Grenoble, d'un travail en cours sur la sensibilité aux ondes électromagnétiques de la téléphonie mobile – un sujet polémique dans la société française. Cette recherche a-t-elle abouti ?

Enfin, quels sont ces nouveaux métiers paramédicaux dont vous avez parlé ?

M. Alain Moyne-Bressand. La profession médicale est confrontée à une forte féminisation – ce constat n'étant pas un reproche. Les armées font-elles face à ce problème ? Crée-t-il des difficultés pour les OPEX ?

Par ailleurs, j'ai lu que vous fabriquez certains médicaments ; disposez-vous d'un laboratoire à même de développer des produits spécifiques ? Comment est-il organisé ?

M. Philippe Nauche. Le rapport de la Cour des comptes, il y a quelques années, livrait une analyse conforme à l'esprit de la technocratie hospitalière publique. Si les informations correspondaient probablement à la réalité, les observations suivaient la logique de tarification à l'activité – celle du ministère de la Santé –, et non une logique de défense nationale. Or un hôpital militaire doit avant tout rester au service des forces armées.

Comment donner une cohérence aux quatre hôpitaux hors plateforme ? Ces établissements doivent-ils devenir de petites structures chargées des particularités militaires, rattachées à un CHU ou à un CHR qui assurent l'essentiel des techniques ? Ou bien voulez-vous garder des établissements capables d'accueillir des patients vingt-quatre heures

sur vingt-quatre et continuant à exercer des spécialités classiques ? Ainsi, la chirurgie orthopédique pratiquée dans les hôpitaux militaires inclut des techniques particulières liées aux blessures de guerre, mais également des traitements standards pratiqués en cas d'accident de la route ou de chute. Jusqu'où peut aller la mutualisation ? Peut-on mutualiser des blocs opératoires, la stérilisation, les services de réanimation ou l'imagerie ? Quoi qu'il en soit, c'est dans le dialogue local et les partenariats interpersonnels que doivent s'enraciner ces évolutions, car la DGOS et la DGS portent souvent une vision très parisienne qui n'est pas forcément en phase avec le vécu du terrain.

Pour les spécialités qui ne sont généralement pas projetées, entretenez-vous la polyvalence des praticiens qui leur permette de se rendre sur un théâtre d'opérations ou de remplacer des confrères qui y vont ?

Le monde civil s'interroge beaucoup sur la délégation de fonctions aux professionnels paramédicaux. Sur les théâtres d'opérations, on semble leur confier certains actes qui théoriquement, d'après la nomenclature, devraient être réservés aux médecins. Où en êtes-vous dans ce domaine ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. La réserve opérationnelle du SSA représente 3 000 personnes et joue un rôle très important dans le fonctionnement des services, tant sur le territoire national qu'en OPEX. Cette composante est appelée à se développer et nous réfléchissons, notamment avec les réservistes eux-mêmes, à son rôle futur, l'idée étant de sortir de la seule logique de substitution ou de complément pour envisager la prise en charge par des réservistes de la gestion, voire du pilotage d'activités. La réserve représente un volet très important du modèle de service que nous souhaitons construire, notamment en matière d'engagement sur les théâtres d'opérations où les réservistes ont parfois apporté une contribution exceptionnelle, y compris à l'extrême avant. Certes, les membres de la réserve ne peuvent que compléter une équipe, mais certains volontaires réussissent parfaitement ; j'en ai encore eu confirmation récemment grâce au témoignage d'un professeur des universités des hôpitaux civils de Lyon. Avec l'ouverture sur les territoires de santé, le SSA ne peut pas se reposer uniquement sur son personnel de carrière ; pour garder une capacité d'adaptation, il doit aussi s'appuyer sur la réserve. Mais ce vivier demande à être entretenu, en particulier dans le domaine des spécialités projetables, car un réserviste qui n'est jamais appelé abandonne. Le modèle « SSA 2020 » fait donc une place à la réserve et cherche à l'augmenter. Aujourd'hui, le niveau de sujexion est très élevé, mais cette situation ne durera pas éternellement ; ce n'est que grâce aux réservistes que nous pourrons nous adapter en quantité. Il faut également renforcer les relations avec les autres réserves sanitaires comme celle de l'EPRUS, le bras armé du département des urgences sanitaires, qui relève lui-même de la DGS.

Hier, une dizaine de réservistes de cette structure ont rejoint la Guinée pour venir travailler avec nous dans le centre de traitement des soignants à Conakry. Le SSA réalise l'entrée en premier, conformément à sa mission, mais une fois que le théâtre d'opérations est stabilisé, il devient intéressant de travailler avec des réservistes militaires et civils. Certains sont d'ailleurs à la fois réservistes dans l'armée, à l'EPRUS, voire dans les SDIS, mais également des professionnels de la santé ; en cas de crise, ils sont donc d'abord utilisés dans leur établissement. Nous menons aujourd'hui une réflexion avec l'EPRUS sur les manières de renforcer la concertation dans la gestion de nos réserves respectives. C'est ainsi qu'on s'est

rendu compte que des réservistes civils sanitaires de l'EPRUS étaient intéressés par un contrat de réserviste militaire pour partir en OPEX, dans des conditions adaptées.

Mme la présidente Patricia Adam. Beaucoup de médecins, sans être réservistes, sont volontaires pour partir avec des ONG qui interviennent dans le cadre d'opérations humanitaires. Serait-il possible de capter cette population ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Les médecins militaires ne peuvent pas participer aux opérations des ONG, quoiqu'ils aient été beaucoup sollicités en Guinée, notamment par la Croix-Rouge qui avait la responsabilité du centre de traitement des soignants de Macenta en Guinée forestière ; nous n'aurions donc aucune difficulté à les faire travailler dans de tels contextes.

Mme la présidente Patricia Adam. Mais à l'inverse, les médecins qui s'engagent dans le cadre de ces ONG ne pourraient-ils pas intégrer la réserve ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Je ne peux pas répondre à leur place, mais je ne crois pas qu'ils en aient la motivation !

S'agissant de la désertification, on sait aujourd'hui que certaines emprises militaires sont situées dans des zones qui souffrent de problèmes de démographie médicale. Si l'implantation de CMA ouverts à la population civile peut renforcer l'offre de soins dans ces territoires de santé, nous sommes disposés à y contribuer en concertation avec les ARS. En effet, les militaires et leurs familles habitant ces régions rencontrent parfois eux-mêmes des difficultés pour se soigner. Loin de toute concurrence, nous souhaitons coopérer avec le secteur civil, notamment dans la permanence des soins d'urgence – où la collaboration est déjà lancée –, mais aussi des soins ambulatoires. L'article 55 permettra précisément à des praticiens militaires de rejoindre ce type de structures, ce qui serait utile dans les régions marquées par une forte demande. Longtemps enfermés dans le monde de la défense et des armées, les CMA s'ouvrent aujourd'hui sur les territoires, à la fois pour maintenir leur compétence dans la pratique des urgences – habituellement traitées dans les hôpitaux civils – et pour construire les parcours de soins et de santé de la population militaire, en partenariat avec l'offre de soins territoriale.

Je ne peux pas vous donner le chiffre exact des ruptures de contrat par les élèves entrés à l'école du SSA, mais il est très faible. Nous recevons parfois ce type de demandes, mais celles-ci ne sont généralement pas renouvelées. Nous n'en constatons aucune augmentation et les raisons restent les mêmes, même si certains élèves craignent aujourd'hui que le recentrage de nos activités les empêche d'exercer telle ou telle spécialité.

Les contraintes en matière de déflation qui pèsent sur le service public hospitalier ne rendent pas celui-ci particulièrement réceptif à nos propres difficultés. Toutefois, malgré la diminution du nombre de postes, les rapprochements que nous opérons actuellement avec les hôpitaux civils permettent aux membres du SSA de s'insérer dans le service public hospitalier. Nous sommes très attentifs à cet enjeu, notamment en Île-de-France, dans le cadre de la fermeture du Val-de-Grâce.

Les nouveaux métiers paramédicaux – bien pris en compte par l'école du Val-de-Grâce – tournent notamment autour de la coordination des parcours de soins. Nos antennes médicales, voire demain d'autres structures encore plus distales, auront pour

fonction principale de coordonner les parcours de soins des militaires ; ce type de métiers intéresse donc beaucoup le SSA. Sur les théâtres d'opérations, nous pratiquons beaucoup le transfert de tâches entre praticiens et personnel paramédical ; en effet, le caractère exceptionnel de l'exercice autorise des choses impossibles sur le territoire national. Certes, cela ne va pas sans difficultés, mais la simulation permet aujourd'hui de former le personnel aux gestes qui ne sont pas autorisés en France. Parfois – vous l'avez évoqué, madame la présidente –, ce sont les militaires eux-mêmes qui effectuent les premiers gestes. Tirant la leçon de l'expérience afghane, le SSA a mis en place un programme de formation très important, intitulé « Le sauvetage au combat ». La précocité de l'intervention s'avérant capitale, le cours de niveau 1 s'adresse au combattant, qui peut pratiquer certains gestes en cas de nécessité. Le cours de niveau 2 vise les auxiliaires sanitaires qui ne peuvent pas effectuer ces gestes sur le territoire national. Le sauvetage de niveau 3 est réservé à des médecins et à des infirmiers. Il existe donc une véritable doctrine que le SSA élabore en toute transparence avec l'ensemble de la communauté scientifique et médicale du pays. En effet, tout se joue aujourd'hui durant les cinq premières minutes, mais on ne peut pas avoir un médecin derrière chaque combattant. En même temps, ces personnels – notamment les auxiliaires sanitaires du régiment médical – acquièrent des compétences qu'ils ne peuvent pas valoriser par la suite. Nous menons donc une réflexion – qui s'intègre dans la réflexion plus large sur les parcours professionnels – sur la façon de leur permettre de le faire tout en restant dans le cadre de notre législation.

Mme la présidente Patricia Adam. Comment ces militaires qui ne sont pas des soignants, mais d'excellents secouristes, peuvent-ils valider ces compétences pour aller vers des métiers du sanitaire ou d'aide-soignant ? Avez-vous avancé sur cette question ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Je ne peux vous faire part d'aucune avancée concrète, mais la réflexion dans ce domaine est très active, y compris dans le cadre de notre rapprochement avec la santé publique. Nous devons être capables de proposer à notre personnel des voies de reconversion professionnelle. Le regard que le monde de la santé porte sur le SSA – longtemps mal connu et ignoré des autorités de santé publique – a changé et nos préoccupations sont désormais mieux perçues. Il fallait en passer par là pour créer les conditions d'une réflexion sur ce type de sujets. Certes, on ne peut pas s'arrêter aux administrations centrales, mais l'on ne saurait négliger cet échelon qui seul peut permettre de franchir certains obstacles – tout le but de l'article d'habilitation. Actuellement, les collaborations de terrain font remonter des difficultés pour lesquelles les ARS n'ont pas de solutions et qui sont prises en charge par la DGOS.

M. Philippe Nauche. Mais l'on ne peut pas se contenter d'une démarche purement descendante !

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Absolument ! Aujourd'hui, la démarche sur le terrain alimente la réflexion centrale. On organise ainsi une rencontre semestrielle entre le ministère de la Défense – notamment le secrétariat général pour l'administration (SGA) – et le ministère de la Santé, avec la DGOS et la DGS. Ces réunions – dont la dernière a eu lieu il y a trois semaines – permettent, tous les six mois, de faire le point sur les grands dossiers et de faire remonter les difficultés rencontrées sur le terrain, pour les confier aux instances centrales. C'est donc l'ensemble de la chaîne de santé, dont les ARS, qui est sensibilisé à la question du soutien des forces armées. La signature à Toulon, en

présence du ministre, du premier accord entre le SSA et une ARS est symbolique de cette contribution du monde de la santé à la mission défense.

Mme Lénaïck Ollivier, médecin en chef. Les femmes sont très bien représentées dans le SSA : le taux de féminisation s'élève à 59 %, avec bien entendu des disparités selon les catégories de personnel. Ainsi, parmi les infirmières, la proportion est encore plus importante. Les femmes participent dans les OPEX de manière très efficace ; preuve de leur engagement, plusieurs de mes consœurs ont été citées sous le feu. Notre place est donc acquise ; nous ne sommes plus un problème, mais un fait.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Il suffit de se rendre sur les théâtres d'opérations pour en avoir confirmation ! À l'échelle d'une vie, les temps de disponibilité et d'indisponibilité professionnelle des hommes et des femmes ne sont pas les mêmes, mais nous ne rencontrons aucun problème avec l'engagement opérationnel des femmes. Celles-ci étaient d'ailleurs déjà présentes dans les grands conflits du siècle dernier.

Nous avons en effet la possibilité de produire des médicaments et nous le faisons selon les mêmes normes que les autres. Sans les concevoir nous-mêmes, nous fabriquons certains produits utiles en cas de crise sanitaire, comme l'iodure de potassium en cas de contamination radiologique. La PCA dispose donc d'une chaîne de production.

M. Hervé Foehrenbach. Une partie des médicaments est conçue par la PCA, l'exemple le plus emblématique étant celui de la seringue de traitement contre les intoxications par les neurotoxiques organophosphorés. Dans le cadre de la valorisation, nous venons de passer un contrat avec le Japon pour une somme de 600 000 euros environ. La réputation de la PCA et de ses produits est donc en train de se construire.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Nous avons par exemple été amenés à produire des antiviraux. On peut donc concevoir des produits spécifiques ou produire, en cas de besoin, pour les stocks nationaux.

Le rapport de la Cour des comptes était empreint de la logique T2A qui, je l'ai dit, ne peut pas devenir celle du SSA et des hôpitaux militaires. En liant le financement au niveau d'activité, cette logique a cependant apporté un éclairage nouveau sur ce dernier. La petite taille des structures hospitalières militaires et leur position parfois marginale dans l'offre de soins est responsable de leur faible niveau d'activité, cause d'un déficit de recettes. Mais au-delà de l'aspect financier, assurer un niveau d'activité suffisant reste indispensable pour maintenir le niveau des compétences et la qualité des soins. Notre communauté militaire – y compris sur les théâtres d'opérations – doit bénéficier d'une offre de soins de qualité optimale, qui passe par un volume minimum d'actes quotidiens, particulièrement en matière de pratiques invasives comme la chirurgie. Ne plus opérer assez de malades représente donc le plus grand risque pour les hôpitaux militaires. Or si l'on peut aujourd'hui opérer autant de cataractes que l'on veut dans le monde civil, les polytraumatismes sont heureusement bien plus rares. En même temps, un chirurgien orthopédiste ne peut pas faire sa carrière uniquement sur la traumatologie, et il ne restera chez nous que s'il peut également poser des prothèses ; un chirurgien viscéraliste doit pouvoir continuer à faire de la cancérologie. Si nos médecins doivent abandonner ces activités, il nous faudra renoncer totalement aux hôpitaux militaires. Il faut préserver la polyvalence de nos chirurgiens et une compétence en matière

d'urgences et de traumatologie, sans pour autant nous cantonner à ce seul domaine. Nos chirurgiens pratiqueront donc l'ensemble de leur art.

En revanche, nous avons besoin de garder des compétences de haut niveau dans le domaine de la polytraumatologie grave. L'hôpital Percy en Île-de-France et l'hôpital Sainte-Anne en région PACA étant labellisés par les ARS comme des centres de traumatologie de niveau 1, nous devons assumer cette responsabilité. Ces hôpitaux doivent être densifiés pour disposer de l'ensemble des spécialités nécessaires à la prise en charge des blessés les plus graves. Percy – un hôpital devenu emblématique – ne peut ainsi devenir un véritable centre de traumatologie que grâce au regroupement de certaines spécialités, notamment de la neurochirurgie actuellement pratiquée au Val-de-Grâce. Pour maintenir la compétence de ses équipes, Percy devra avoir la « garantie » d'un niveau suffisant de recrutement de polytraumatismes graves, à l'instar de Sainte-Anne, centre de traumatologie de référence du Var. Nous ne pourrons pas continuer à prendre en charge des blessés de guerre – les polytraumatisés les plus graves qui soient – si nous ne sommes pas capables de garantir à nos patients, et surtout à leur famille, que nous sommes au niveau des meilleurs centres de traumatologie français. Les neuf établissements ne sauraient prétendre à ce statut, mais nous en aurons un par plateforme : Percy et Sainte-Anne. Quant à Bégin et à Laveran, ils prendront en charge les urgences, mais ne pourront pas traiter les traumatismes les plus graves. Pour résumer, nous ne pouvons être excellents dans les domaines de la prothèse ou de la cancérologie que si nous le sommes également en matière de polytraumatismes. Ces compétences reposent sur la possibilité pour nos praticiens de faire de la chirurgie au quotidien, donc sur les relations que nous réussirons à développer avec les établissements partenaires sous l'égide de l'ARS. Tel est le sens profond de la réforme en cours.

Mme la présidente Patricia Adam. On voit que vous êtes passionné par votre métier, tout comme nos collègues médecins !

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Enfin, il ne serait pas crédible de prétendre que les quatre hôpitaux hors plateforme, aux effectifs réduits, garderont une cohérence d'hôpital généraliste qu'ils possèdent aujourd'hui ; leur cohérence viendra des partenariats.

M. Philippe Nauche. L'hôpital militaire devient-il un pavillon spécifique de l'hôpital public – tel l'hôpital mère-enfant – ou bien reste-t-il un centre hospitalier général pourvu d'une certaine polyvalence qui fait traiter ailleurs – par exemple au CHU – certaines spécificités qu'il ne possède pas ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Le modèle imaginé n'est pas celui d'une enclave militaire isolée qui externaliseraient certaines fonctions, mais plutôt celui d'équipes civilo-militaires de territoire, travaillant éventuellement sur deux sites, peut-être demain sur un seul. C'est ce système qui émerge un peu partout ; un service d'imagerie médicale, géré par une équipe commune, fonctionne ainsi remarquablement à Brest depuis deux ans. Ensuite, il faudra réfléchir au regroupement éventuel des structures et des infrastructures, mais le temps n'est pas venu aujourd'hui de répondre à cette question.

Mme la présidente Patricia Adam. Général, je vous remercie.

La séance est levée à onze heures trente.

*

* *

Membres présents ou excusés

Présents. - Mme Patricia Adam, M. Daniel Boisserie, M. Malek Boutih, M. Jean-Jacques Candelier, M. Laurent Cathala, Mme Nathalie Chabanne, M. Guy Chambefort, M. Alain Chrétien, M. Lucien Degauchy, Mme Marianne Dubois, M. Philippe Folliot, M. Sauveur Gandolfi-Scheit, Mme Geneviève Gosselin-Fleury, Mme Edith Gueugneau, M. Francis Hillmeyer, M. Laurent Kalinowski, M. Marc Laffineur, M. Jacques Lamblin, M. Charles de La Verpillière, M. Gilbert Le Bris, M. Frédéric Lefebvre, M. Christophe Léonard, M. Alain Marleix, M. Alain Marty, M. Damien Meslot, M. Philippe Meunier, M. Alain Moyne-Bressand, M. Philippe Nauche, Mme Nathalie Nieson, M. Jean-Claude Perez, M. Joaquim Pueyo, M. François de Rugy, M. Jean-Michel Villaumé, M. Michel Voisin

Excusés. - M. Olivier Audibert Troin, M. Claude Bartolone, M. Nicolas Bays, M. Sylvain Berrios, M. Philippe Briand, M. Jean-Jacques Bridey, M. Jean-David Ciot, M. Bernard Deflesselles, Mme Geneviève Fioraso, M. Éric Jalton, M. François Lamy, M. Jean-Yves Le Déaut, M. Bruno Le Roux, M. Maurice Leroy, Mme Marie Récalde, M. Gwendal Rouillard, M. Alain Rousset