

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission de la défense nationale et des forces armées

— Examen, ouvert à la presse, du rapport d'information sur le suivi des blessés (*Mmes Anissa Khedher et Laurence Trastour-Isnart, rapporteures*)

Mardi

17 septembre 2019

Séance de 18 heures

Compte rendu n° 49

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2018-2019

**Présidence de**  
**M. Jean-Jacques Bridey,**  
*président*



*La séance est ouverte à dix-huit heures.*

**M. Jean-Jacques Bridey, président.** Nous allons commencer cette première audition de la session extraordinaire 2019-2020 avec la présentation du rapport d'information de Mmes Anissa Khedher et Laurence Trastour-Isnart sur le suivi des blessés. Ce sujet était à l'honneur du défilé traditionnel du 14 juillet, comme l'avait voulu le Président de la République. C'est un sujet d'actualité et nous sommes impatients de vous écouter.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** C'est un honneur pour nous que de vous présenter le rapport de la mission d'information relative au suivi des blessés à l'occasion de la première réunion de la commission de la défense de cette nouvelle session parlementaire. Il y a plusieurs mois maintenant, j'interpellais notre président, cher Jean-Jacques, sur la question des blessés et de leur suivi, jugeant opportun d'évaluer à nouveau les dispositifs de prise en charge des militaires blessés cinq ans après la publication du dernier rapport sur ce sujet. Ces dernières années, avec le ministère des Armées, les armées elles-mêmes, les institutions militaires, les associations, nombreux sont les acteurs à avoir travaillé pour améliorer la prise en charge des blessés. Une considération particulière pour nos militaires blessés, le sacrifice qu'ils ont consenti pour notre pays, a été exprimée très justement par le Président de la République au cours des cérémonies de la dernière fête nationale. Ce deuxième rapport sur ce sujet s'inscrit dans la continuité de la première mission d'information réalisée en 2014 par nos anciens collègues, Mme Émilienne Poumirol et M. Olivier Audibert-Troin. Nous avons travaillé de manière à faire un point sur les dispositifs de prise en charge et de suivi des blessés et sur les mesures qui ont été mises en place ces dernières années pour formuler des préconisations sur ce qu'il est possible, ou que nous jugeons essentiel, de mettre en œuvre à l'avenir pour mieux accompagner et mieux suivre nos blessés dans la durée. Entre 2014 et ce nouveau rapport, notre pays a été durement touché par le terrorisme. L'engagement militaire de la France s'est renforcé tant sur son territoire qu'à travers le monde. Je ne citerai que les opérations extérieures, Chammal et Barkhane, toujours en cours ou encore l'opération Sentinelle qui se poursuit également pour assurer notre sécurité face à la menace terroriste sur notre territoire. Et je pense, chers collègues, que vous nous autorisez à adresser un message d'encouragement et de soutien à l'ensemble des forces armées engagées dans le monde et sur nos territoires. Parce que toute opération extérieure peut conduire à des blessures, voire à des décès au sein de nos forces armées, ce contexte géopolitique est l'une des raisons qui justifient que nous considérions celles et ceux qui, au cours de leur engagement, ont subi une blessure physique et/ou psychique. Évoquer la prise en charge des blessés militaires, le parcours qu'ils doivent suivre jusque dans la durée est pour nous une forme de reconnaissance. En ce sens, je remercie le Bureau de la commission, ainsi que vous tous, pour la confiance que vous nous avez accordée et l'intérêt que vous portez à cette cause et à notre rapport. Plus personnellement, en tant que cadre de santé, en tant qu'infirmière, j'ai très rapidement, en intégrant la commission de la défense, porté un intérêt à la question du militaire blessé et à l'organisation du service de santé des armées. Cette attention, je l'ai développée d'autant plus rapidement que j'ai l'honneur d'avoir sur le territoire de la septième circonscription du Rhône la très reconnue École de santé des armées de Bron et d'être à proximité de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Desgenettes. Au contact de ces institutions d'excellence au début de mon mandat, après avoir échangé avec des blessés, notamment au cours des universités d'été de la défense en 2017 et après avoir pris connaissance des préconisations du rapport de 2014, cette mission d'information s'inscrivait pour moi dans la continuité de mon engagement pour les militaires blessés et leur famille.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, nous avons une pensée particulière pour les militaires que nous avons croisés et avec qui nous avons longuement échangé. Merci à ces femmes et ces hommes qui ont partagé avec nous leurs connaissances, leur expérience, leur expertise pour nous permettre de mener à bien cette mission. Avant de lui passer la parole, j'aimerais rappeler l'engagement de ma collègue Laurence Trastour-Isnart. Nous nous sommes retrouvées dans notre volonté commune de donner du temps, de l'attention et de la considération à nos militaires blessés et à toutes celles et tous ceux qui les soignent et les accompagnent quotidiennement. Cette mission, c'est pour eux que nous l'avons portée, pour nos militaires, pour les familles et pour toutes les personnes, au sein des associations notamment, qui accordent une attention toute particulière aux blessés.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Monsieur le président, chers collègues, je voudrais tout d'abord remercier Mme Anissa Khedher puisque nous avons travaillé en toute coordination toutes les deux sur un sujet très sensible. On ne choisit pas un tel sujet par hasard. Que l'on soit guidé par des raisons professionnelles, personnelles, ce sujet fait écho à des préoccupations quasi philosophiques. Il interroge sur la place que l'on tient dans la société et sa propre contribution à la vie de ses concitoyens. En tant que simple citoyenne, puis élue de ma commune, puis de ma région et aujourd'hui de la Nation je me suis évidemment posé cette question. Nos militaires, pourquoi donnent-ils leur vie, pourquoi donnent-ils leur sang et que leur devons-nous en échange ? Devant ces femmes et ces hommes qui choisissent de devenir militaires et acceptent de faire don de leur intégrité physique ou de leur vie si leur devoir l'exige, cette question s'est imposée avec force. Ma réponse est ce travail qui, j'espère, apportera une contribution, certes modeste, à l'amélioration de la condition militaire, des militaires blessés en particulier, et celle de leur famille. Nous avons toutes les deux suivi les mêmes auditions, fait les mêmes déplacements ; nos perceptions pourront être différentes parfois. Mais nous avons travaillé ensemble sur tous les sujets. Je renouvelle mes remerciements à l'ensemble des personnes qui nous ont reçues, qui ont été très attentives, les militaires, les civils, et qui ont vraiment donné de leur temps pour répondre à nos questions.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Je vais aborder la notion de blessure militaire qui n'a pas de définition précise. Nous nous sommes rendu compte que chaque armée n'évoquait pas la blessure de la même manière, ce qui peut conduire dans certains cas à des différences de traitement en fonction de l'armée d'appartenance. Blessé de guerre, blessé en service, blessé en mission opérationnelle, blessé en mission intérieure, nous avons décidé de nous intéresser à tous les blessés. Les différentes définitions conduisent à des disparités dans le recueil du nombre des blessés dans les différentes armées. À ce jour, les chiffres les plus fiables semblent être ceux de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Le service de santé des armées (SSA), qui a conscience de cette limite, travaille à établir des données chiffrées consolidées et unifiées. Cette difficulté s'explique en partie, par le libre choix de son praticien laissé au militaire. Elle devrait être levée par la mise en place, à la demande du ministère des Armées, de l'observatoire de la santé du militaire qui dressera un état des lieux de la santé des militaires. Il devrait être pleinement opérationnel d'ici à la fin de l'année 2021 et permettra d'optimiser la stratégie de santé de défense grâce au regroupement et au croisement de l'ensemble des données existantes. Le regroupement des données sous l'égide du Centre épidémiologique et de santé publique des armées (CESPA) permettra d'affiner l'évaluation et d'anticiper la nature des soins à prodiguer et d'identifier les catégories de personnels les plus touchées. Je salue à ce propos la modernisation du système d'information

du SSA avec le projet Axone qui, performant et interconnecté, vise à simplifier et unifier les pratiques dans les centres médicaux des armées avec la création d'un dossier médical dématérialisé sécurisé. Je tiens à souligner à titre personnel ce travail de dématérialisation et de simplification car j'avais moi-même déposé un amendement en ce sens lors de la loi de programmation militaire 2019-2025.

Je vais maintenant aborder la prise en compte des troubles psychiques au sein des armées. La guerre d'ex-Yougoslavie puis les combats en Afghanistan et surtout le choc provoqué par l'embuscade d'Uzbin en 2008 ont déclenché une prise de conscience quant à la nécessité de mieux accompagner les militaires blessés psychiques et leur famille. C'est d'ailleurs à la suite de cet événement qui a marqué l'armée française qu'un dispositif de fin de mission a été évoqué s'inspirant des pratiques canadiennes et américaines. La prise en charge de la blessure psychique au sein des armées françaises est relativement récente tout comme, plus globalement, celle des troubles psychiques et de l'ensemble des troubles psycho-sociaux dans la société française. On ne parle que depuis peu du *burn-out* au travail, par exemple. Ce n'est donc pas une spécificité des armées mais une évolution générale. Dès 2011, plusieurs plans d'action ont été déployés visant à améliorer la formation des praticiens et les dispositifs de prévention et d'accompagnement à destination des familles de militaires souffrant de troubles psychiques post-traumatiques. Le plan en cours définit trois axes prioritaires : le renforcement des actions de sensibilisation et de prévention des militaires et de leur famille, un effort en faveur d'une meilleure réhabilitation psycho-sociale des blessés psychiques et la consolidation des dispositifs d'accompagnement vers l'emploi. Ces différents plans ont permis des avancées significatives. Une chaîne fonctionnelle a été mise en place afin de détecter le plus rapidement possible les premiers troubles chez un militaire. D'ailleurs, depuis 2016, un psychiatre est déployé en permanence en opérations extérieures (OPEX), comme c'est le cas à Barkhane où il peut mieux appréhender le vécu de ses frères d'arme en opérations. Dans les trois mois après leur retour d'OPEX, les militaires bénéficient d'un entretien avec un médecin visant à déceler d'éventuels troubles psychiques. La plateforme téléphonique Écoute Défense créée en 2013 a pour mission d'apporter un soutien aux militaires et à leurs proches confrontés à la difficulté d'exprimer leur souffrance ou celle d'une personne de leur entourage. Elle a prouvé son utilité puisque le nombre d'appels a doublé en quelques années. Le sas de fin de mission est un autre dispositif essentiel en la matière.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Le sas de fin de mission est un endroit dans lequel les militaires de retour de Barkhane passent trois jours. Ils y sont accueillis par d'autres militaires qui ont souvent déjà fait des OPEX et qui connaissent leur vécu en mission. La première préoccupation est le repos. Quelle que soit l'heure d'arrivée de l'avion à Chania, en Crète, le sas débute par un repos de sept heures. L'environnement est très agréable ; il s'agit d'un hôtel avec piscine et vue sur la mer. Ce confort n'a rien de choquant et permet aux soldats, à l'issue de quatre mois en mission, de dormir dans un vrai lit et de prendre une vraie douche... Ces trois jours de repos sont ressentis comme une marque de reconnaissance de la Nation avant le retour sur le territoire national. Le programme comprend des réunions collectives avec un psychologue et un conseiller facteur humain qui préparent au retour à une vie « normale » après la mission. Des séances de techniques d'optimisation du potentiel favorisent la détente et la distanciation avec la mission. Il est proposé une réunion très intéressante sur le retour en famille et la façon d'appréhender le contact avec le conjoint et les enfants, en fonction de leur âge et de leurs réactions potentielles. Il existe la possibilité d'entretiens individuels avec des psychologues. Le sas existe depuis dix ans et ses bénéfices

sont établis. Le point noir est le retour à Paris avec une arrivée en plein milieu de la nuit à Roissy 3. Les unités viennent chercher les leurs mais les personnels projetés isolément ou certains réservistes se retrouvent seuls sans transport en commun à trois heures du matin. Le bénéfice du sas peut s'en trouver amoindri. En neuf ans, le sas a accueilli 57 983 militaires ayant exprimé un taux de satisfaction moyen supérieur à 90 % en 2018. Il faut souligner que si le sas dure plus de trois jours, en raison de problèmes de transport, par exemple, l'effet est inverse à celui attendu et le militaire dont le retour en famille est retardé vit très mal ce délai.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Je vais évoquer le service de santé des armées, l'acteur majeur de la prise en charge et du suivi de longue durée du blessé. Le service de santé des armées français est reconnu au sein du monde militaire pour l'excellence de la médecine de l'avant qu'il a développée, et pour son extrême efficacité dans la prise en charge des blessés, un modèle qui a sauvé de nombreuses vies. On rappellera que la France est la seule, avec les États-Unis, à pouvoir assurer une entrée en premier grâce à sa chaîne santé autonome qui permet de pratiquer le sauvetage au combat dans les meilleures conditions. Nous nous sommes rendues sur le théâtre de Barkhane avec ma collègue pour appréhender les conditions de vie des militaires et les conditions d'exercice des personnels de santé. Le SSA est également reconnu pour la qualité de la formation prodiguée, je le dis avec d'autant plus de fierté que les écoles de santé des armées sont situées dans ma circonscription à Bron. La qualité de la prise en charge de nos militaires blessés en opérations est garantie par la formation obligatoire de tous les militaires du rang qui ont la capacité de pratiquer des gestes de survie dans les premières minutes. La chaîne de soutien en opérations commence ainsi par le sauvetage au combat de niveau 1 assuré par le camarade du blessé grâce à la trousse individuelle du combattant. Dans les mois qui viennent, les militaires vont être formés aux premiers secours psychologiques, le *defusing*.

Le sauvetage de niveau 2 fait intervenir un auxiliaire sanitaire qui, souvent, doit exécuter des gestes qu'il n'aurait pas le droit de faire en France. Le sauvetage de niveau 3 est effectué par un médecin ou un infirmier pour les soins de réanimation ou de traumatologie. L'objectif est de mettre le patient en situation d'être transporté par hélicoptère ou vecteur routier, dont le tout nouveau VBISan que nous avons vu en fonction à Gao. Ensuite entrent en jeu différentes structures mises en place dans les zones d'opérations de manière à prendre le blessé en charge très rapidement et à effectuer les interventions médicales nécessaires à sa survie. Le rôle 1 est une structure légère et mobile qui réceptionne le patient et établit un premier bilan avant l'intervention du rôle 2, l'antenne chirurgicale, dont il existe deux versions. L'une correspond à une unité chirurgicale légère que nous avons pu voir à Gossi et l'autre, la version étendue, comporte au minimum un bloc opératoire et une salle de réanimation permettant l'exécution de gestes chirurgicaux complexes, ou *damage control*, afin de stabiliser le patient avant son éventuelle évacuation. Les hôpitaux médicaux-chirurgicaux, rôle 3, sont des hôpitaux à même de prendre en charge sur le terrain des interventions lourdes. Aucun n'est déployé dans le cadre de l'opération Barkhane. Les HIA, ou rôles 4, au nombre de huit, sont répartis en deux catégories, les établissements hospitaliers militaires (EHM), une plateforme nord avec Bégin et Percy et une plateforme sud avec Laveran et Sainte-Anne, et les établissements hospitaliers civilo-militaires, Desgenettes, Legouët, Clermont-Tonnerre et Robert Picqué qui travaillent chacun en binôme avec un hôpital civil. La patientèle civile représente 80 % de leur activité ; elle est très utile aux médecins militaires qui, sans elle, ne pourraient ni entretenir, ni développer leurs compétences. Il faut le dire et l'encourager, nous aidons les militaires en nous faisant soigner dans les hôpitaux militaires qui sont un formidable lien armée-Nation.

Il existe deux types d'évacuations sanitaires. L'évacuation tactique, d'un rôle 1 à un rôle 2, s'appelle MEDEVAC. L'évacuation stratégique, STRATEVAC, vers la France, utilise différents vecteurs aériens en fonction de la gravité de l'état du patient, le plus souvent en Falcon avec un atterrissage à Villacoublay pour une prise en charge par les HIA franciliens. Une partie des STRATEVAC se posera à Istres à l'avenir et les blessés seront dirigés vers les HIA de la plateforme sud qui accueilleront plus de blessés en OPEX qu'aujourd'hui.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Effectivement, comme cela vient d'être dit, les rôles 1 et 2 sont très bien équipés en matériel médical et disposent de tous les produits nécessaires. L'approvisionnement en produits de santé se fait à intervalles réguliers et permet aux bases avancées de tenir plusieurs semaines. Nous avons été impressionnées par la pharmacie de la base de Niamey et les containers de lutte contre le virus Ebola avec tous les protocoles d'intervention. Les produits sanguins parviennent toutes les trois semaines. La pharmacie centrale fabrique des médicaments spécialement destinés aux armées afin de répondre aux risques nucléaires et chimiques.

La recherche s'effectue dans presque tous les établissements du service de santé des armées mais principalement à l'institut de recherche biomédicale des armées (IRBA), au centre épidémiologique et de santé publique des armées (CESPA), au centre de transfusion sanguine des armées (CTSA) et dans les HIA. Elle est indispensable à l'évolution de la prise en charge. Le plasma lyophilisé est un immense succès. La prochaine avancée sera le sang total réfrigéré. De plus, les attentes sont grandes en matière de recherches autour de la blessure psychique portant sur une intervention rapide dans le cadre des blessures et traumatismes d'ordre psychique.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Enfin, nos militaires peuvent compter sur les médecins des forces qui font tourner les antennes médicales et les centres médicaux des armées tout en projetant une partie de leur personnel qui assure le sauvetage au combat en OPEX. Un centre médical soutient environ 25 000 personnes.

Je souhaite évoquer les problèmes de recrutement et de fidélisation au sein du SSA. Il manque aujourd'hui cent médecins dans la médecine des forces et il a été procédé, avec beaucoup de difficultés, à quatre recrutements l'année dernière. La démographie médicale est un problème général qui touche également le secteur civil. Des réservistes sont recrutés sans lesquels le SSA ne pourrait pas fonctionner, ainsi que des médecins sous contrat et des médecins commissionnés. Le SSA doit à la fois savoir conserver sa ressource et attirer de nouveaux talents. L'enjeu est de taille et il est nécessaire d'y prêter une grande attention compte tenu du temps nécessaire à la formation d'un médecin civil ou militaire et à la concurrence dans ce secteur. Parce que le SSA a déployé un modèle reconnu mondialement avec une capacité d'intervention qui lui permet de sauver de nombreuses vies, parce qu'il a su développer une formation de qualité, il mérite d'être mieux connu, valorisé et nous profitons de cette présentation pour remercier tous les militaires du SSA qui nous ont permis de réaliser cette mission.

Nous allons à présent aborder le « mur administratif » tel que le nomment les blessés. Sur le parcours de soin se greffe le parcours administratif. Fragilisés par leur blessure, les blessés sont souvent désarmés face à l'ampleur de la tâche qui s'annonce. Le mille-feuille administratif représente un problème supplémentaire pour la vulnérabilité du blessé. Cela commence en général avec la pension militaire d'invalidité (PMI) qui cristallise un certain

mécontentement. Le dossier peut être déposé sous deux formes, soit le portail de la Maison numérique des blessés et des familles, soit le dossier papier classique. Le portail est plébiscité par les utilisateurs qui le trouvent pratique et simple d'accès. Accessible sur Intradef aujourd'hui, il est prévu de le déployer à terme sur internet. Mais quel que soit le support, il faut fournir des documents que l'administration détient par ailleurs. Notre idée est que chaque blessé, voire chaque militaire, puisse idéalement disposer d'un coffre-fort numérique dans lequel seraient archivés des documents demandés plusieurs fois, allant de la carte vitale au rapport circonstancié. Cela peut paraître anodin, mais cela ne l'est pas : les blessés ressentent cette répétition comme une punition, comme un nouvel échec, comme s'il leur fallait se justifier d'être blessés, autant de sentiments négatifs pouvant aller jusqu'à nuire à la reconstruction. La Maison numérique des blessés et des familles est un grand progrès en la matière car les documents versés une première fois peuvent être utilisés pour une autre démarche sur ce portail qui hébergera à terme la demande d'indemnisation complémentaire et la demande d'allocation du fonds de prévoyance. Par ailleurs, pour avoir été témoin de la réaction des jeunes militaires blessés face au Guide du parcours du militaire blessé et de sa famille sous sa forme papier, au demeurant très complet et très bien fait, il nous est apparu qu'il fallait adapter les moyens de communication à la société actuelle, les jeunes ont un *smartphone*, mais beaucoup n'ont ni ordinateur, ni tablette, et créer des applications pour rendre l'information accessible.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Après une évacuation aérienne le blessé est accueilli dans un HIA où il est soigné, aujourd'hui principalement les HIA franciliens. Préalablement au rapatriement, le chef de corps est averti et se charge d'informer la famille. Il est important de le souligner car la hantise des militaires est que la famille soit informée d'une blessure ou d'un décès par les médias avant que l'institution n'ait pu le faire. C'est pour cette raison que l'identité des blessés n'est pas révélée tout de suite.

La venue de la famille est organisée et ainsi que la prise en charge financière pour six personnes au maximum. Les familles sont hébergées, le cas échéant, dans la maison des familles de l'HIA Percy, par exemple. On peut à ce propos déplorer le nombre de voyages pris en charge car seuls deux aller-retour le sont. Ils suffisent rarement, les blessés étant souvent hospitalisés plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Le soutien financier associatif assure alors le relais.

Une commission de suivi est mise en place dans l'HIA réunissant tous les acteurs, soignants, cellule d'aide des blessés, assistant social, représentant de l'ONAC, de Défense mobilité, aumônier ... Il y est évoqué l'opportunité d'introduire telle ou telle mesure pour le blessé. Parallèlement, le chef de corps organise le soutien local avec la famille, l'assistant de service social local, l'aumônier... Des représentants de l'unité se mobilisent pour aller visiter le blessé. Une commission locale de suivi des blessés suit l'évolution du blessé et celle de ses besoins.

L'Institution nationale des Invalides, dont la transformation a débuté, agira à l'avenir en tant que post-rôle 4, en coordination avec les hôpitaux d'instruction des armées franciliens, en tant que centre de rééducation post-traumatique des blessés physiques et psychiques. Nous avons visité l'INI et avons trouvé les installations et le dispositif actuels remarquables.

Le premier congé dont bénéficie le blessé est de 180 jours. Si le médecin est d'avis que le blessé ne peut pas reprendre son poste, deux possibilités s'offrent à lui, soit, dans un

premier temps, le congé du blessé de 18 mois maximum, s'il peut y prétendre, durant lequel il reste attaché à son unité. S'il n'est toujours pas guéri à l'issue du congé du blessé, il passe, dans un second temps, en congé de longue maladie ou en congé de longue durée pour maladie en fonction de la nature de son affection. Ces derniers congés sont dits de non-activité contrairement aux deux premiers qui sont des congés d'activité. Il est alors géré par un organisme de gestion des personnels isolés présent dans chaque armée. Il s'agit d'une transition douloureuse souvent vécue comme un arrachement. Nous suggérons d'ailleurs d'étudier la révision de ce mode de gestion et celle de ces types de congé pour éviter cet isolement. C'est généralement à ce moment-là qu'interviennent les cellules d'aide selon le fonctionnement propre à chacune d'elles. Ces congés sont d'une durée maximum très longue, 3 ans pour l'un et 8 ans pour l'autre. Le passage en demi-solde au cours de ces congés constitue un autre choc et dans certains cas le début de la précarisation. Mais il peut aussi faire l'effet inverse et inciter à initier un parcours de reconversion après un des stages de reconstruction que proposent les cellules d'aide.

Le blessé est toujours suivi par la commission et peut bénéficier de secours en fonction de sa situation. Plusieurs possibilités existent : soit le blessé reprend son travail, éventuellement sur un poste adapté, pour l'identification duquel beaucoup d'efforts sont mis en œuvre, soit il est réformé, soit il va jusqu'au bout de son congé. Une fois qu'il a quitté l'institution, il peut se tourner soit vers l'ONACVIG, s'il en est ressortissant, soit vers l'action sociale de la défense s'il ne l'est pas. Il peut entreprendre un parcours sportif dans le cadre du Centre national des sports de défense. Il peut simultanément recourir sans limite de temps aux prestations de Défense Mobilité qui s'est organisée pour mieux accompagner les blessés et enregistre des résultats. Les entreprises publiques et privées doivent se mobiliser pour recruter des militaires blessés et il conviendra de suivre le résultat de l'insertion de clauses sociales dans les marchés du ministère des Armées, comme cela se fait dans les collectivités pour la réinsertion des jeunes.

Voilà de façon non exhaustive le parcours type d'un blessé dont la convalescence est très longue. Tous ne sont malheureusement pas réinsérés et il faut veiller à ne pas « perdre » les blessés une fois qu'ils ont quitté l'institution au regard des divers risques encore encourus dont celui de l'alcoolisme, la blessure psychique étant par ailleurs souvent associée à la blessure physique.

L'expérience tend à montrer qu'il vaut mieux, chaque fois que l'état de santé du blessé le permet, éviter le passage en congé de non-activité et l'isolement qui en découle. L'extension du congé du blessé à des opérations dangereuses se déroulant sur le territoire national et à l'étranger, désormais actée, est une bonne chose en la matière. Une demande similaire, assez générale, est exprimée notamment par les pompiers de la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris et les personnels militaires des Unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile. L'octroi du congé du blessé étant par ailleurs assorti d'une « *probabilité objective de réinsertion ou de reconversion au sein du ministère* », il conviendra d'évaluer la portée de ce congé en termes de reprise effective du travail au sein du ministère pour en mesurer l'impact en matière de ressources humaines et de fidélisation.

La coordination est la clef de réussite de ce parcours, tous les acteurs devant être vraiment impliqués. Je dirais que cela était effectivement le cas pour 98 % des acteurs que nous avons rencontrés. Nous avons observé que si l'un des rouages du soutien grippe, le blessé réagit vivement et porte une appréciation négative sur l'institution dans son ensemble.

Le soutien moral est essentiel ainsi que la cohésion et « l'esprit de famille » propre aux armées. C'est la raison pour laquelle il est difficile qu'un blessé se retrouve isolé.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Je vais aborder un sujet différent, à savoir l'article 64 de la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. Cet article rend explicitement tout agent public ou tout militaire victime d'actes de terrorisme commis sur le territoire national ou à l'étranger éligible à l'indemnisation par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI). Il existe une contradiction profonde entre la notion de victime et les valeurs du militaire combattant. L'affaire est complexe et il convient d'y réfléchir.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Je vais revenir au parcours du militaire blessé. Son intérêt est de demander une pension militaire d'invalidité dont l'instruction est longue et nécessite une expertise médicale. Il convient de rappeler comme cela a été dit précédemment que le blessé est démuné face au volume de documents administratifs qui lui sont demandés, une exigence qu'il vit très mal. Il vit également très mal les différentes expertises médicales au cours desquelles il doit relater à nouveau les circonstances de la blessure et revenir sur ses souffrances. Nous nous posons la question de la possibilité de ne réaliser qu'une seule expertise pour la PMI et l'indemnisation complémentaire « Brugnot ». Cela semble difficile car elles ne sont pas effectuées au même moment, mais il convient tout de même d'y réfléchir. Par ailleurs, il faudrait éviter, autant que faire se peut, de revenir toujours sur les circonstances de la blessure y compris durant les rendez-vous médicaux.

Nous voudrions attirer l'attention sur la situation des accompagnants qui, en dépit du guide du parcours du militaire blessé et sa famille, se sentent en manque d'informations. Les accompagnants institutionnels reçoivent toute la colère et la douleur du blessé, qu'il s'agisse des soignants, des cellules d'aide ou des autres acteurs du soutien. Ils ont besoin de pouvoir s'ouvrir de leur vécu au risque de souffrir de fatigue compassionnelle, si le terme est exact. Il est normal que cette colère s'exprime mais il faut être en mesure de la recevoir. Je remercie d'ailleurs ce personnel qui est très à l'écoute et prend beaucoup sur lui. Il est également important que ces intervenants aient une formation.

Je vais aborder un problème qui devra trouver une solution législative ou réglementaire. Il s'agit de stages destinés aux blessés physiques et aux blessés psychiques mêlant activités sportives et réapprentissage du lien social et reprise de la confiance en soi. Il s'agit notamment du CREBAT ou du dispositif OMEGA qui est un stage d'immersion en entreprise. Ces stages donnent de bons résultats et s'adressent à des militaires blessés ou malades généralement placés en congé de longue durée. Ils se déroulent dans le cadre de l'article R.4138-4 du code de la défense qui dispose que « *le militaire placé en congé de longue durée pour maladie peut exercer des activités prescrites et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation* ». Or le service de santé des armées a rappelé à ses praticiens que ces activités n'avaient pas de vocation thérapeutique et ne pouvaient de ce fait pas faire l'objet d'une prescription. Il faudrait améliorer le texte existant et légiférer car il est important que ces stages d'immersion en entreprise puissent se poursuivre et que nos militaires blessés puissent se réinsérer dans le monde du travail.

Les médailles et l'avancement ont une grande importance. Dans le périmètre de la reconnaissance, dont celle de l'institution, nous pensons que devrait exister à côté de la

médaille des blessés de guerre, une médaille des blessés destinée aux militaires blessés dans des exercices, des manœuvres, des entraînements en lien avec les opérations. En effet, les préparations opérationnelles se déroulent dans des conditions parfois plus dures que dans les opérations et les militaires blessés dans ce contexte se sentent peu reconnus. De même, les militaires décédés dans ces conditions devraient se voir attribuer la mention « Mort pour le service de la Nation ». Je sais que cela ne fait pas l'unanimité mais le texte dit que cette mention peut être attribuée de circonstances exceptionnelles, ce qui a été fait dans le passé. Une clarification est nécessaire. Il serait trop long d'énumérer l'ensemble de nos recommandations. Nous avons évoqué les blessés et peu les militaires décédés. Il nous est apparu au cours de notre travail que des difficultés existaient pour les jeunes veuves de guerre et les orphelins et nous avons estimé que ce sujet était trop grave et trop sérieux pour n'en faire qu'une partie de notre travail. Je recommande donc à nos collègues, qui voudraient s'emparer de ce sujet d'en faire l'objet d'une prochaine mission d'information.

Je dirai en conclusion que nous avons rencontré sur le terrain et en auditions des femmes et des hommes qui sont mobilisés, impliqués au service de notre pays. Le soutien des blessés fonctionne bien et fera l'objet de perfectionnements, car il faut toujours chercher à s'améliorer. Le suivi est essentiel et il est vraiment pris en charge par l'ensemble de la chaîne militaire de soin et d'accompagnement. Cette mission a été très enrichissante, nous avons rencontré des personnes qui nous ont touchées humainement. Et tout au long de la chaîne, des personnes tendent la main avec beaucoup d'humanité. Merci beaucoup pour votre écoute.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** En six mois, au cours de chaque audition ou en déplacement dans les institutions militaires ou en opérations, nous avons pu mesurer le total engagement de nos soldats, la très grande capacité d'adaptation des médecins et des infirmiers militaires. Nous avons aussi pu partager lors de nos visites de terrain la fraternité qui s'exprime au sein des armées et être témoin de l'attention que porte l'institution militaire à ceux qui, pour notre pays, notre sécurité, ont été victimes d'un traumatisme physique et/ou psychique. Nous savons que ce rapport est attendu, attendu par les blessés et leur famille, attendu par les soignants du SSA, attendu par tous les acteurs de la prise en charge et du suivi des blessés. Suivre le blessé dans la durée est un enjeu de taille. Permettre au blessé de trouver des solutions de reconversion, les accompagner, eux et leur famille, dans la période de reconstruction, difficile parfois, loin de leurs frères d'arme, leur apporter une reconnaissance légitime, sont des défis humains auxquels dans certains cas la première réponse administrative semble ne pas être à la hauteur. Pour autant, lorsqu'on évoque les blessés, si le mur administratif apparaît souvent comme le principal problème, nous avons pu constater à quel point les blessés ne sont pas seuls. Collectivement de nombreux acteurs s'engagent pour apporter des réponses aux difficultés entendues. Le ministère des Armées, les armées et leurs cellules d'aide aux blessés, les associations, certaines entreprises s'engagent. Il existe au sein des armées françaises un véritable esprit de corps, une sincère fraternité sur laquelle les blessés peuvent s'appuyer pour se reconstruire. La journée nationale des blessés de l'armée de terre en est l'un des exemples les plus marquants.

Pour conclure, je voudrais adresser mes vifs remerciements à tous les militaires, tous les acteurs associatifs, aux soignants qui ont partagé leur expertise, pour l'écoute et le soutien qu'ils nous ont apportés au cours de cette mission d'information. Merci.

**M. le président Jean-Jacques Bridey.** Merci, Mesdames les députées, pour ces mots et ces préconisations que nous découvrirons dans votre rapport. Je donne d'abord la parole à ceux de vos collègues qui faisaient partie de la mission d'information.

**Mme Séverine Gipson.** Dans le contexte de la multiplication des opérations extérieures au cours des dernières décennies, de plus en plus de militaires dévoués à notre Nation sont blessés dans l'exercice de leur fonction. En cas de blessure, les assistants de service social locaux, sont immédiatement prévenus, prennent contact avec la famille et assurent un accompagnement en étroite collaboration avec le commandement, les acteurs sociaux institutionnels et externes au ministère. Ils apportent des conseils, des orientations, un grand soutien administratif et financier, mais surtout un soutien psychosocial. Ce soutien doit s'effectuer dans la durée afin de soutenir et pérenniser les efforts accomplis par les proches des blessés, notamment des conjoints et des enfants. Ces derniers sont souvent les plus sensibles et vulnérables aux changements et évolutions intervenant dans la vie de famille. Quel accompagnement leur est destiné ? Par ailleurs, quelles sont vos préconisations afin que cet accompagnement permette aux enfants de retrouver une vie qui soit la plus sereine possible ?

**M. Jean-Jacques Ferrara.** Je souhaiterais revenir sur un point, et pas des moindres, celui des blessés psychiques. J'ai eu l'occasion de vous accompagner lors de votre visite à l'hôpital Bégin – première visite depuis mon service militaire –, où nous avons rencontré plusieurs blessés dans ce cas. Je souhaiterais connaître votre sentiment sur la prise en charge de ces blessés, aujourd'hui dans nos armées, eu égard au retard accusé face aux Américains et aux Australiens, lié à leur engagement antérieur. J'ai bien compris que tout était mis en œuvre pour améliorer la détection, la prise en charge et le reclassement de ces blessés.

Ensuite, au regard de l'intensité des combats actuels, je souhaiterais vous interroger sur la question, peut-être un peu hors du cadre de votre rapport, de l'anticipation. Nos commandos aéroportés sont aujourd'hui certains de faire action de feu à chaque saut, ce qui n'est pas anodin. Sont-ils efficacement préparés à cette intensité, qui n'ira vraisemblablement pas en diminuant ? A-t-on fait des progrès dans ce domaine ? Par ailleurs, au-delà du sas de fin de mission, qui fonctionne très bien, quels sont les autres mécanismes de détection des blessures psychiques ? Avez-vous le sentiment que nous avons rattrapé le retard, par rapport à nos alliés, dans le domaine de la prise en charge de ces blessures ? Vous avez pointé les limites du cadre du retour de ces militaires, pouvez-vous nous préciser les choses ?

**M. Joaquim Pueyo.** Dans le guide du parcours du militaire blessé et de sa famille, un chapitre prévoit la sortie du militaire des forces armées. Ce guide vous paraît-il toujours adapté ou doit-il être amélioré ? Faites-vous de nouvelles propositions dans votre rapport pour améliorer la reconversion des militaires qui peuvent être handicapés à la suite de leurs blessures ? Pensez-vous que l'accompagnement de ces militaires et de leurs familles, qui sont également concernées lors d'une blessure, que ce soit l'épouse ou les parents, est suffisant ?

**M. André Chassaigne.** Je voudrais vous interroger sur les capacités du service de santé des armées, sujet peut-être un peu marginal par rapport à l'objet de votre rapport. Au cours de vos travaux, votre attention a-t-elle été appelée sur les conséquences pour la chaîne sanitaire des fermetures de plusieurs hôpitaux militaires, décidée il y a quelques années, ainsi que sur les difficultés de recrutement des médecins et sur le problème du sous-effectif ? Vous a-t-on informées de difficultés dans la prise en charge par l'Institution nationale des

invalides ? Enfin, dernier point : chacun sait que le terrorisme est aujourd'hui assimilé à un acte de guerre, et donc traité par la médecine de guerre (explosions, poly-criblage, brûlures et plaies balistiques). Les victimes civiles du terrorisme sont-elles reconnues comme des blessés de guerre et traitées à ce titre par le service de santé des armées ?

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Je commencerai par répondre à la question de Mme Séverine Gipson concernant l'accompagnement des enfants. Le ministère des Armées assure la prise en charge financière d'un accompagnement psychologique pour les enfants, allant jusqu'à deux fois six séances. Le dispositif Écoute Défense peut également recevoir des appels d'enfants, mais ils sont trop jeunes pour faire ce type de démarche. À titre personnel, je souhaiterais mettre en avant le « kit OPEX » destiné aux enfants, Actuellement en phase d'expérimentation, il a été distribué à 20 000 exemplaires. Lors de nos auditions et de nos déplacements, ceux qui ont pu le recevoir ont témoigné de la praticité de ce kit pour les enfants. Il explique ce que sont les opérations extérieures, ainsi que l'absence de l'un ou l'autre des parents. À titre personnel, je pense qu'il faut développer ce dispositif. Enfin, la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT) produit également des livrets pour enfants, afin d'expliquer ce que sont les blessures, y compris les blessures psychiques.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Par exemple, une médecin militaire spécialisée en pédopsychiatrie peut suivre des enfants à l'HIA Laveran à Marseille. Le service de santé des armées démontre une véritable volonté de suivre les enfants, par le dispositif d'Écoute défense et par la prise en charge des séances de psychologie qui sont proposées aux familles dès le retour du militaire blessé.

Concernant les blessés psychiques et le reclassement, le Medef a organisé un colloque très intéressant sur le reclassement des blessés psychiques en entreprises, auquel nous avons assisté. Le problème soulevé est la réticence des entreprises à embaucher des blessés psychiques, blessures plus effrayantes à leurs yeux que les blessures physiques. Le Medef incite alors les entreprises à accueillir sur des temps courts des blessés psychiques. L'un d'eux a créé une entreprise favorisant elle-même l'insertion d'autres blessés.

Au sujet de l'anticipation, la blessure psychique demeure difficile à anticiper et cela même avec les tests approfondis qui sont conduits aujourd'hui, et qui peuvent avoir lieu avant le recrutement, comme c'est le cas au sein de l'armée de l'air et de la marine. Ces tests ne sont pas infaillibles. Il est en effet possible de se croire prêt à affronter certains événements et ne pas parvenir à les surmonter. J'ai rencontré des blessés qui m'ont particulièrement touchée. Leur vie est bouleversée par ce qu'ils ont vécu et ils doivent prendre une autre direction que celle qu'ils avaient anticipée.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** J'ajoute qu'au moment du recrutement, chaque armée soumet les recrues potentielles à des tests psychotechniques. La marine, par exemple, soumet ses recrues à un entretien avec un psychologue. Malgré ces dispositifs, il demeure compliqué d'anticiper et de détecter un syndrome post-traumatique. L'armée de terre, a par exemple, lancé un plan de prévention en ligne, expliquant ce qu'est le syndrome post-traumatique. La mise en condition lors de la préparation opérationnelle joue également un rôle important.

Par ailleurs, il ne me semble pas que nous ayons du retard sur les Américains et les Australiens dans ce domaine, bien au contraire. Nous nous sommes justement inspirés de leur

exemple pour le sas, modèle exceptionnel qui porte ses fruits. Par ailleurs, tous les militaires du rang vont être formés à gérer dans l'immédiateté du choc, le stress et l'angoisse de leurs collègues.

Concernant la question de notre collègue Joaquim Pueyo, à propos du guide du blessé, celui-ci existe aujourd'hui en format « papier », ainsi qu'en format numérique. À titre personnel, je suis convaincue que ces informations devraient être présentées dans le cadre d'une application pour téléphone portable. D'autant que ce guide nécessite une actualisation régulière.

À propos de la reconversion, je note que le colloque organisé par le Medef a mis en lumière que la qualité des militaires la plus recherchée par les entreprises est le « savoir être ». J'ajoute que les associations jouent aussi un rôle d'accompagnement. Enfin, il convient de citer, dans le cadre de la réadaptation, le dispositif OMEGA, un stage d'immersion en entreprise mis en place par la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** L'agence Défense Mobilité offre également aux blessés un accompagnement à la reconversion, réalisé par des conseillers spécialisés. En outre, il est possible de se reconstruire par la pratique d'un sport. Cette reconstruction ne s'effectue pas obligatoirement dans le cadre de compétitions. Les *Invictus Games* sont souvent mis en avant. Si certains blessés souhaitent entrer dans ce genre de compétition, d'autres ont aussi envie de redevenir sportifs et simplement de participer à des manifestations sportives.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Le centre national du sport de la défense souhaite mettre en place, dès l'année prochaine, une manifestation non compétitive interarmées nommée *Heroes Military Games*, pour la valorisation de la pratique sportive des blessés souffrant d'un handicap.

Pour répondre à la question d'André Chassaigne, sur la capacité du service de santé des armées à assurer ses missions, des difficultés de fidélisation et de recrutement existent, qui ne sont cependant pas spécifiques au SSA mais concernent l'ensemble du monde de la santé. La réforme Santé 2022 votée récemment supprime, entre autres, le *numerus clausus*. Nous avons noté dans le rapport qu'il conviendra d'observer les conséquences de cette suppression sur l'attractivité des écoles de santé des armées. Les cursus actuels des étudiants et la future réforme prévoient des passerelles dans la formation. Certains étudiants qui ne souhaitent pas rester dans leur formation initiale pourront, s'ils le souhaitent, profiter de ces passerelles pour devenir infirmier militaire, par exemple. La difficulté du service de santé des armées réside aujourd'hui dans la sur-sollicitation de certains personnels, comme les chirurgiens orthopédiques, les chirurgiens traumatologiques et les médecins généralistes. En dépit d'un vivier annuel de réservistes fort d'environ 3 400 personnes, une des difficultés, conséquence de cette sollicitation opérationnelle, réside dans le délai du préavis pour les projections en opérations extérieures. L'enjeu pour un chirurgien ou un médecin est de connaître sa date de déploiement, ainsi que la durée de son mandat, afin de pouvoir gérer parallèlement sa patientèle en HIA. Les déploiements de longue durée peuvent également comporter, notamment pour les chirurgiens, un risque de perte de compétences.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** En 2018, l'armée avait besoin de plus d'une quarantaine de médecins, pour seulement quatre recrutements effectués. Il y a en

effet, une réelle pénurie. Le service de santé fait également face à des difficultés de fidélisation ; les opérations de quatre mois sont considérées comme trop longues. C'est pourquoi le SSA a ouvert la possibilité de moduler ses missions, afin de permettre des déploiements sur des temps plus courts. Ce système est plus motivant pour les médecins, dont un plus grand nombre accepte ainsi de partir en opération extérieure.

**Mme Sereine Mauborgne.** J'ai été sensible à vos arguments sur les blessés de guerre. Le chef d'état-major de l'armée de terre Jean-Pierre Bosser nous avait invités ici même, en audition, à ne pas les considérer comme des victimes mais comme des héros de la Nation. C'est ce que font tous les députés qui sont ici, qui témoignent de leur fidélité à nos blessés par leur présence, et vont porter cette voix dans l'écosystème de défense et plus largement, dans la société. Je voulais aussi aborder un sujet en rapport avec l'innovation en matière de santé grâce aux blessés de guerre. Il y a en effet beaucoup de motivation pour innover dans la fabrication de prothèses. J'aimerais que vous nous en disiez un mot.

**M. Laurent Furst.** Merci pour ces informations – nombreuses – sur les blessés, auxquels nous rendons tous hommage. Le ministère des Armées communique sur le nombre de morts. Nous avons déjà interrompu nos travaux en séance, un soir, en apprenant le décès d'un de nos soldats en opération. En revanche, sauf erreur de ma part, les armées ne communiquent pas sur le nombre de blessés. Nous avons du mal à appréhender l'importance du phénomène. Au cours de vos travaux, avez-vous pu obtenir le nombre de personnes concernées et, parmi elles, la part des blessés graves et celle des blessés plus légers ?

**M. Fabien Lainé.** Je remercie les rapporteuses pour ce rapport utile à une armée comme la nôtre, qui est aguerrie, qui fait la guerre et donc, qui a des blessés. J'ai appris beaucoup de choses. Il me semble que vous avez voulu montrer l'efficacité du système français mais peut-on parler véritablement d'efficacité sans se comparer avec d'autres pays ? Vous avez fait allusion à la prise en charge des syndromes post-traumatiques par les Australiens et les Américains. Un format OTAN a-t-il été défini sur la prise en charge globale, depuis la prise en charge en opération extérieure, le rapatriement, la prise en charge dans les hôpitaux militaires, la rééducation, la réintégration dans l'emploi jusqu'à l'accompagnement dans la formation ? A-t-on des choses à apprendre de nos alliés ou sommes-nous un modèle ?

**Mme Sandrine Josso.** Dans quelle mesure le traitement psychologique des blessés et de leurs familles est-il aujourd'hui suffisant ? Les moyens affectés à cette prise en charge doivent-ils selon vous être améliorés ?

**Mme Patricia Mirallès.** Ce sujet me touche beaucoup. J'ai moi-même rencontré beaucoup de militaires et d'anciens militaires blessés. Avez-vous une cartographie des cellules d'aide aux blessés dans chaque armée, le cas échéant ? Certaines sont-elles des créations récentes ?

**Mme Marianne Dubois.** Vous avez rappelé l'importance de simplifier les procédures administratives, et notamment de la demande d'une pension d'invalidité. Combien de temps faut-il pour obtenir une telle pension et quel est le volume de dossiers en attente ?

**Mme Aude Bono-Vandorme.** À l'occasion d'une semaine en immersion avec les gendarmes en Guyane, mon attention a été attirée sur le fait que les opérations intérieures (OPINT) sont moins bien soutenues sur le plan sanitaire que les opérations extérieures (OPEX) alors qu'elles présentent, dans certains cas, des dangers similaires. Les effectifs du

service de santé des armées déployés y sont moindres tandis que le théâtre d'opération est mal identifié et le terrain, difficile d'accès. Je pense bien évidemment à la lutte contre l'orpillage illégal dans le cadre de laquelle nous avons eu à déplorer, depuis le début de l'opération Harpie, plusieurs militaires blessés et décédés. Dans ce domaine, la distinction entre OPINT et OPEX apparaît un peu artificielle. Avez-vous, au cours de vos auditions, abordé la question du renforcement du soutien sanitaire pour certaines OPINT ? Quelles sont vos recommandations ?

**M. Jean-Louis Thiériot.** Le sort de nos blessés est un de ceux qui nous préoccupent le plus. Ils ont droit à toute la reconnaissance nationale et, comme vous l'avez dit très justement, ce ne sont pas des victimes. Un certain nombre d'entre eux sont obligés de quitter le service des armes après une blessure et nous avons tous croisés dans nos vies d'anciens militaires qui n'ont pas réussi à se réinsérer, avec les tragédies que vous évoquiez. Les emplois réservés font actuellement l'objet d'une réforme. Début 2020, l'article L. 4 139-3 du code de la défense entrera en vigueur dans une nouvelle version, qui doit contribuer à donner un accès plus facile aux emplois de la fonction publique. Qu'en est-il exactement ? Pensez-vous que ces dispositifs sont suffisants ? Par ailleurs, vous évoquiez l'importance pour les entreprises de contribuer à la réinsertion de nos blessés dans la vie civile en proposant au ministère des Armées des clauses d'insertion spécifiques dans les marchés publics. Pourquoi se limiter au ministère des Armées et ne pas inciter toutes les collectivités locales, notamment les communes et les départements, à faire ce même geste de solidarité nationale et de reconnaissance ?

**Mme Françoise Dumas.** Chères collègues, merci pour ce travail exhaustif sur un sujet qui nous concerne toutes et tous, qui nous ramène à la fois à notre condition humaine et à celle de nos soldats, et au prix qu'ils payent, eux et leur famille, au cours de leur vie. Lors de l'Université d'été de la défense, qui a eu lieu sur la base aérienne d'Avord, le service de santé des armées nous a montré ce qu'il pouvait mettre en œuvre comme première réponse psychologique en OPEX, au sein d'un ensemble de procédures qui constitue le sauvetage de premier niveau, adapté au domaine psychiatrique. Cela permet de détecter les premiers symptômes chez un patient et d'apporter une réponse en amont de l'intervention d'un médecin psychiatre. Ce dispositif sera expérimenté par les cadres de contact et surtout par les soldats projetés en OPEX. Il y aura certainement des adaptations en fonction des retours du terrain. Est-ce que cette question a été évoquée lors de vos travaux ?

**M. Jean-Pierre Cubertafon.** Je n'ai pas de question mais je voudrais faire une remarque. Ce rapport ne concerne pas, en fait, les blessés de la gendarmerie...

**Mme Anissa Kedher, co-rapporteuse.** Si ! Ce sont des militaires.

**M. Jean-Pierre Cubertafon.** En tous cas, nous en avons peu parlé. Je suppose que les hôpitaux militaires offrent des soins identiques aux blessés de la gendarmerie ?

**M. le président Jean-Jacques Bridey.** Je peux vous assurer qu'il est bien question des blessés de la gendarmerie dans le rapport.

**Mme Manuela Kéclard-Mondésir.** Nous sommes tous d'accord sur l'importance de ce rapport qui concerne des hommes et des femmes engagés au service de la Nation. Je souhaite revenir sur la question de la réinsertion. Pourquoi sensibiliser les entreprises privées

et pas, dans un premier temps, les ministères et les collectivités publiques qui pourraient donner l'exemple ?

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Je réalise que nous n'avons pas répondu à la question de notre collègue André Chassaigne sur la prise en charge des victimes d'attentats. Ces dernières sont évidemment prises en charge par les hôpitaux militaires ainsi qu'au sein de l'Institution nationale des Invalides.

Pour répondre à la question de notre collègue Sereine Mauborgne sur les prothèses, je confirme que l'excellence du SSA s'est manifestée à l'occasion du développement de plusieurs dispositifs. Pour ma part, j'ai été impressionnée par la miniaturisation du matériel médical sur le théâtre de l'opération Barkhane, conditionné pour être déployé vers un camp de l'avant, à Gossi. Il permet d'opérer comme dans un hôpital ou de pratiquer d'autres soins. Nous avons aussi pu visiter un Casa Nurse et un Caïman équipés. La plateforme-désert de Gao est équipée d'un scanner et des spécialistes peuvent être appelés, au besoin, pour interpréter les résultats, grâce à la télé-médecine. Concernant les prothèses, il faut citer plusieurs centres d'excellence, comme le Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH), au sein de l'Institution nationale des Invalides, ou l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA).

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Monsieur Furst, s'agissant du nombre de blessés, je dois vous dire que nous avons collecté beaucoup de chiffres mais que ceux-ci sont difficiles à consolider pour réaliser une synthèse simple et cohérente. Chaque entité tient en effet une comptabilité qui lui est propre. Les chiffres les plus fiables seraient ceux de la sécurité sociale des armées. De même lorsque plusieurs arrêts de travail se succèdent, on ne sait pas s'ils sont tous imputables à la même affection. Nous recommandons d'améliorer le suivi statistique des différentes pathologies, ne serait-ce que pour progresser, comme certaines entreprises y parviennent, en suivant attentivement le nombre et le type des accidents de travail. Les pompiers de Paris ont par exemple mené une étude sur les conduites dangereuses. D'autres études portent sur le sport. Je peux toutefois vous dire que nous avons déploré 52 blessés en OPEX en 2018 contre 20, à ce jour, pour 2019.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** En qui concerne les chiffres, je précise qu'un observatoire de santé va être mis en place mais il faut aussi accepter que les informations sur le nombre de blessés revêtent aussi un caractère stratégique. Le plus important, c'est que le service de santé des armées et le ministère aient ces chiffres. L'observatoire de la santé du militaire, le logiciel Axone, permettront prochainement de croiser les données ; c'est ce qui manque aujourd'hui et ce qui contribuera à l'amélioration de la politique de prévention et de prise en charge des blessés.

Pour répondre à notre collègue Fabien Lainé, à propos de l'excellence du modèle français, je confirme que cette excellence est reconnue, notamment par l'OTAN. Les évacuations sont d'ailleurs effectuées conformément aux normes de l'OTAN. Des rencontres internationales ont lieu régulièrement sur ce sujet. Les modèles anglo-saxon et israélien sont aussi souvent cités en exemple mais nous n'avons pas à rougir de notre système, qui est une référence.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Je vais essayer de répondre à Madame Josso. Chère collègue, les moyens mobilisés sont importants. Les chercheurs

demandent toujours plus, ce en quoi ils en raison. Mais nos budgets sont limités. Des avancées significatives sont toutefois obtenues grâce à la recherche, et notamment au sein du service de santé des armées.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Madame Mirallès, outre la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT), créée dès 1993, la cellule d'aide aux blessés, malades et familles de l'armée de l'air (CABMF) a été mise en place en 2007, suivie par la cellule d'aide aux blessés et aux familles de la marine (CABAM) en 2011. Il existe également une cellule pour les gendarmes : la CABGN, créée en 2015. Une cellule a été créée pour les soignants eux-mêmes, et pour lesquels je voudrais avoir une pensée particulière, parce que ce sont parfois les cordonniers qui sont les plus mal chaussés : la cellule d'aide aux blessés et malade du service de santé des armées (CABMSSA). Enfin, la Légion étrangère a ses propres dispositifs, tout comme les pompiers militaires de Paris et de Marseille.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** J'en viens à la question de notre collègue Marianne Dubois sur les pensions militaires d'invalidité. Pour les demandes de pension formées il y a moins de deux ans, le délai moyen de traitement s'élève à 250 jours. Cependant, le stock de dossiers en attente de traitement est considérable ; pour nombre de dossiers, l'instruction dure deux ans, et on nous a même rapporté un cas dans lequel ce délai s'est élevé jusqu'à trois ans, ce qui correspond au délai de renouvellement des demandes ! Les services sont conscients de ces difficultés et un important travail de traitement des dossiers est fait. Le portail numérique pour les demandes de pensions militaires d'invalidité devrait permettre d'accélérer les choses. De façon générale, il faut miser sur la numérisation des procédures pour simplifier le parcours des demandeurs de pensions.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** Madame Bono-Vandorme évoquait le soutien sanitaire en opération intérieure en Guyane ; nous n'avons pas abordé la question du dimensionnement du soutien sanitaire.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Pour répondre à Monsieur Thiériot sur les emplois réservés aux anciens militaires, je confirme que les dispositifs actuels sont bien mis en œuvre dans les services de l'État et je partage tout à fait son opinion sur l'intérêt qu'il y aurait à développer le même type d'emplois réservés dans les collectivités territoriales.

Il faut ajouter que les associations d'anciens combattants ont souvent des réseaux d'influence suffisamment développés pour aider au placement de blessés dans des entreprises privées. Tel est le cas, notamment, dans les entreprises d'espaces verts – secteur dans lequel beaucoup de blessés apprécient de travailler – et dans le secteur du froid commercial, dans lequel des formations spécifiques sont offertes aux militaires. Globalement, entre les soutiens institutionnels et les soutiens associatifs, les blessés souhaitant reprendre un travail sont bien accompagnés sur le chemin de la réinsertion.

**Mme Anissa Khedher, co-rapporteuse.** J'ajoute qu'à mes yeux, encore faut-il faire connaître ces dispositifs avant de chercher à les imposer.

Concernant la question de Madame Dumas sur les premiers secours psychiatriques, il s'agit de gestes simples comme la contention physique et, comme je le disais tout à l'heure, tous les militaires du rang y seront formés, au même titre qu'ils le sont, par exemple, à la pose d'un garrot.

**Mme Laurence Trastour-Isnart, co-rapporteuse.** Monsieur Cubertafon nous a interrogées sur le soutien psychologique au sein des forces de gendarmerie. Nous n'avons pas manqué de prendre en compte cette force dans nos travaux. Il en ressort qu'elle a déployé un réseau de psychologues de proximité, qui a pour mission notamment de prévenir le stress post-traumatique et les pathologies de ce type. En effet, celles-ci ne sont pas l'apanage des militaires engagés en OPEX ; sur la route, les gendarmes ou les pompiers sont confrontés à des situations traumatisantes, par exemple lorsque des accidents mortels impliquent des enfants. Permettez-moi d'ailleurs d'en rapporter un témoignage, celui d'un gendarme qui a assisté à la chute d'un jeune de quinze ans depuis une falaise ; le gendarme, qui avait un enfant du même âge, en a été profondément traumatisé.

S'agissant de la blessure post-traumatique, j'ajoute qu'elle advient souvent lorsqu'un événement de notre vie éveille soudainement l'écho d'un moment traumatisant. C'est pour cela que souvent, elle n'apparaît pas immédiatement ; c'est généralement un événement ultérieur qui entre en résonance avec un choc passé, vécu par exemple en OPEX, qui réveille la blessure. Dans ces conditions, difficile d'évaluer le moment où la blessure se manifestera.

**M. le président Jean-Jacques Bridey.** Je m'associe aux félicitations que nos collègues ont adressées aux rapporteuses sur ce rapport. Ce rapport sera rendu public prochainement et pourra ainsi, peut-être, intégrer certaines des questions de nos collègues.

*À l'unanimité, la commission autorise la publication du rapport.*

\*

\* \*

*La séance est levée à dix-neuf heures quarante.*

\*

\* \*

### **Membres présents ou excusés**

*Présents.* - M. Xavier Batut, M. Thibault Bazin, Mme Aude Bono-Vandorme, M. Jean-Jacques Bridey, M. André Chassaigne, M. Jean-Pierre Cubertafon, Mme Marianne Dubois, Mme Françoise Dumas, M. Yannick Favennec Becot, M. Jean-Jacques Ferrara, M. Jean-Marie Fiévet, M. Laurent Furst, M. Claude de Ganay, M. Thomas Gassilloud, Mme Séverine Gipson, M. Fabien Gouttefarde, M. Jean-Michel Jacques, Mme Sandrine Josso, Mme Manuëla Kéclard-Mondésir, M. Loïc Kervran, Mme Anissa Khedher, M. Fabien Lainé, M. Jean-Charles Larsonneur, M. Patrick Loiseau, Mme Sereine Mauborgne, M. Philippe Michel-Kleisbauer, Mme Patricia Mirallès, M. Joaquim Pueyo, M. Gwendal Rouillard, M. Jean-Louis Thiériot, Mme Agnès Thill, Mme Laurence Trastour-Isnart, M. Stéphane Trompille, M. Charles de la Verpillière

*Excusés.* - M. Florian Bachelier, M. Christophe Blanchet, M. Sylvain Brial, Mme Carole Bureau-Bonnard, M. Luc Carvounas, M. Alexis Corbière, M. Olivier Faure, M. Richard Ferrand, Mme Pascale Fontenel-Personne, M. Christian Jacob, M. Jean-

Christophe Lagarde, M. Gilles Le Gendre, M. Jacques Marilossian, M. Franck Marlin, Mme Natalia Pouzyreff, M. Thierry Solère, Mme Sabine Thillaye, Mme Alexandra Valetta Ardisson, M. Patrice Verchère

*Assistait également à la réunion. - M. Pierre Cordier*