

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Mission d'information de la conférence des présidents sur la résilience nationale

- Audition, à huis clos, de M. Philippe Rouanet de Berchoux,
directeur central du service de santé des armées..... 2
- Présences en réunion 16

Mercredi

27 octobre 2021

Séance de 17 heures 15

Compte rendu n° 39

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

**Présidence de
M. Fabien Gouttefarde,
Membre de la mission
d'information**



MISSION D'INFORMATION DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS SUR LA RÉSILIENCE NATIONALE

Mercredi 27 octobre 2021

La séance est ouverte à dix-sept heures quinze

(Présidence de Fabien Gouttefarde, membre de la mission d'information)

M. le président Fabien Gouttefarde. Nous accueillons M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux, directeur central du service de santé des armées (SSA). Je précise que cette réunion se tient à huis clos.

Monsieur le directeur central, je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation. Le SSA a été, on le sait, au cœur de l'opération Résilience lancée le 25 mars 2020 par le Président de la République. Nous serons heureux que vous nous présentiez le bilan de cette opération et les perspectives que cette expérience inédite ouvre quant à la participation des armées à la réponse de la nation face à des crises sanitaires de très grande ampleur.

Nous attendons également de cette audition qu'elle nous éclaire sur les principales menaces militaires ou terroristes de type nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) auxquelles notre pays est exposé – je précise que la commission de la défense vient de valider le lancement d'une mission d'information sur les questions NRBC – et sur la façon dont la médecine militaire et la médecine civile peuvent se coordonner pour protéger et soigner la population en cas de crise.

M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux, directeur central du service de santé des armées. Je vous remercie de nous avoir invités à prendre la parole dans le cadre de votre mission d'information. Je commencerai par vous présenter le service dont j'ai pris la tête il y a un peu plus d'un an.

Le SSA compte aujourd'hui 14 700 personnes, civils et militaires, allant de l'élève infirmier au directeur central, qui accomplissent une mission unique : apporter en tout temps, en tout lieu et en toute circonstance, à tout militaire exposé à un risque lié à son engagement opérationnel, un soutien santé qui lui garantit la prévention la plus efficace et la meilleure qualité de prise en charge en cas de blessure ou de maladie. Cette mission unique s'inscrit totalement dans la stratégie de défense et de sécurité nationale du ministère des armées.

L'évolution des notions de sécurité et de conflit a imposé des réorientations stratégiques dans l'utilisation des moyens de défense au sein de notre pays et à l'extérieur de celui-ci. Ainsi, la stratégie de défense est aujourd'hui définie par ses cinq grandes fonctions : la connaissance et l'anticipation, la prévention, la dissuasion, la protection et l'intervention.

Pour assurer sa mission singulière dans tous les milieux – terrestre, aéronautique et maritime –, parfois extrêmes, dans certains cas au péril de la vie, le personnel du SSA dispose de savoir-faire spécifiques, qu'il exerce au profit du personnel des forces armées. Ces savoir-faire concernent essentiellement la prise en charge de la blessure de guerre physique ou psychique, le domaine NRBC et les pathologies infectieuses.

L'action du service est inscrite dans celle des forces armées – ce point mérite d'être souligné – et elle est marquée par les évolutions géostratégiques. L'émergence de nouveaux modes d'action militaire le pousse à anticiper ses propres modes d'action dans le domaine de la santé. Je pense en particulier à l'accélération des innovations technologiques et thérapeutiques, à l'intégration des nouvelles pratiques médicales, au recours à l'intelligence artificielle, à l'apparition de nouveaux métiers.

Pour relever ces défis, le SSA dispose principalement de trois atouts.

Tout d'abord, il met en œuvre une performance opérationnelle sans équivalent, illustrée par sa capacité à prodiguer des soins de très haute technicité dans des environnements lointains et extrêmement spécifiques.

Ensuite, il s'appuie sur cinq composantes intégrées aux forces armées, interactives et interdépendantes, qui garantissent la réussite de son action : la médecine des forces, la médecine hospitalière, la formation, le ravitaillement médical et la recherche. L'engagement opérationnel du service irrigue l'ensemble des composantes et s'appuie sur des centres d'excellence.

Enfin, le service constitue une capacité de santé réactive – sachant s'adapter à des situations inhabituelles – et permanente – sachant durer en haute intensité d'utilisation de ses moyens.

C'est donc fort de son histoire, de ses compétences et de ses expériences acquises sur le terrain que le SSA a été mobilisé dans la gestion de la crise du covid.

J'en viens aux actions menées par le SSA dans les premières heures de la crise sanitaire. Tout en continuant à remplir sa mission de soutien médical opérationnel, le service a pris conscience très vite qu'il devait se mobiliser en appui de la santé publique et au service de la résilience nationale. Il a mis en place un éventail d'actions qui ont fait appel à l'ensemble de ses composantes.

Dans ses huit hôpitaux d'instruction des armées (HIA), il a participé à l'augmentation des lits de réanimation disponibles et a réorganisé son offre de soins vers l'accueil des patients atteints du covid.

Dans sa chaîne de ravitaillement médical, il a réorienté ses productions pour faire face aux ruptures d'approvisionnement.

Il a conçu de nouvelles capacités médicales. Je citerai deux exemples : l'élément militaire de réanimation (EMR), qui a été déployé à Mulhouse, et la capacité d'évacuation par voie aérienne, dite capacité MEROPE – module de réanimation pour les opérations.

Au sein de la médecine des forces, il a mis en place sa capacité de télé-médecine et a reconfiguré ses antennes médicales pour sécuriser l'accueil de patients atteints du covid.

Dans sa composante recherche, il s'est recentré sur son expertise en virologie et en biosécurité et a mené des missions d'investigation épidémiologique sur le terrain. De nombreuses initiatives de recherche et d'innovation intéressant tous les domaines de la crise ont été menées.

Le SSA a également conduit des actions plus connues du grand public dans le cadre de l'opération Résilience déclenchée le 25 mars 2020 – vous l'avez mentionnée. Il a joué un rôle clé dans cette opération en menant des évacuations sanitaires dans les airs, sur mer et sur rail. Il a notamment déployé l'EMR pendant un mois à Mulhouse, avec l'aide du régiment médical, et a fourni du personnel médical et paramédical pour évacuer des malades par voie ferrée entre Paris et Bordeaux.

Le service a envoyé des renforts et déployé d'autres modules militaires de réanimation (MMR) dans des centres hospitaliers à Mayotte, en Guyane, en Guadeloupe, en Martinique et en Nouvelle-Calédonie, ce qui a représenté huit missions. La sollicitation demeure forte, puisque nous venons d'envoyer une équipe en Nouvelle-Calédonie.

De plus, le service a participé de manière intensive à la campagne de vaccination au niveau national, au profit non seulement des militaires mais également de la population civile. Il est encore impliqué dans cette campagne.

Dans le même temps, comme je l'ai dit en préambule, le service a poursuivi sa mission régaliennne de soutien des forces en opération, maintenant ainsi leur capacité opérationnelle. Il a adapté les mesures de santé publique aux spécificités du ministère des armées en prenant des mesures de prévention visant à limiter la propagation du virus au sein des forces armées et en menant des enquêtes épidémiologiques. Bien évidemment, il a renforcé son action de conseil au commandement sur tous les aspects relatifs à la protection de la santé des forces armées.

La gestion d'une crise sanitaire d'une telle ampleur nous a amenés à nous interroger sur les modes d'action du service. Ce questionnement a pris la forme d'un retour d'expérience (RETEX). Ne pouvant être exhaustif sur l'ensemble des enseignements tirés, permettez-moi de revenir sur quelques-uns d'entre eux, susceptibles d'intéresser votre mission d'information.

La dimension interministérielle de la gestion de cette crise a eu de fortes répercussions sur les activités du service. C'est l'un de ses enseignements majeurs. En effet, confiée rapidement au ministère des solidarités et de la santé, la gestion de crise, centrée sur le sanitaire, a limité le service dans la liberté d'emploi de ses moyens. À l'avenir, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, ce qui se renouvellera sans aucun doute, il est probable que l'on recoure de nouveau aux moyens du service. Dans ce cas, il sera fondamental que la participation du service en matière de résilience de la nation soit arbitrée à un très haut niveau au sein des armées comme au sein du ministère, de telle sorte qu'elle soit utile et temporaire, et non systématique et permanente.

Pour ce qui concerne plus particulièrement la chaîne hospitalière, la crise a permis de mettre en évidence l'importance de la prise en charge des patients lourds. Notre mission au profit des forces armées en opération et de participation à la résilience de la nation impose de disposer de professionnels formés à la prise en charge de patients complexes, relevant de soins critiques, et de disposer d'un spectre capacitaire complet, notamment dans les spécialités sensibles de réanimation et de soins critiques. Ce constat s'est révélé d'autant plus vrai avec la crise que nous venons de traverser.

Par ailleurs, au niveau national, des ruptures de stock ou des difficultés d'approvisionnement ont été rencontrées durant la crise. Elles ont pu concerner à la fois les équipements de protection individuelle (EPI) et les produits de santé. Le SSA a su échapper à ces ruptures de charge. Il l'a fait d'autant mieux que l'essence même de sa mission au

bénéfice des forces armées lui confère une autonomie dans sa fonction « achat, ravitaillement, soutien et fabrication ». Il a ainsi su conserver sa liberté d'action durant cette période.

De manière générale, même s'il y a eu quelques échanges techniques, la coopération internationale avec les services de santé partenaires – je citerai les États-Unis, l'Allemagne et le Royaume-Uni – est restée marginale, d'autant plus que chacun de ces pays était déjà absorbé par la lutte contre la propagation de l'épidémie sur son propre territoire. Je pense que la coopération internationale peut être un élément de résilience en temps de crise si la crise à gérer est strictement intraterritoriale. Elle doit alors être préparée dès le temps de paix.

Pendant cette crise, le service aura montré qu'il est résilient. Néanmoins, cette capacité de résilience peut encore être optimisée. La participation du SSA à la résilience de la nation peut être mieux organisée et mieux encadrée, pour lui permettre de façon plus souple de garantir le contrat opérationnel des forces armées, d'une part, et de participer à hauteur de ses moyens et de son expertise à la gestion d'une crise d'ampleur nationale, d'autre part. C'est tout l'intérêt des réflexions qui ont été engagées à la fois au sein du ministère des armées, de l'état-major des armées et du SSA à l'issue du RETEX sur cette crise du covid. Je souhaiterais vous en faire part.

La participation du service à la résilience de la nation est encadrée par un certain nombre de textes qui, tous, insistent sur la nécessité de donner la priorité au besoin des armées. Au déclenchement d'une crise, la demande de concours du service à la résilience de la nation doit prendre la forme d'un effet à obtenir, et non pas d'une demande de moyens, l'arbitrage final relevant de la ministre des armées. Il s'agit d'un principe fondamental, car il laisse au service une marge de manœuvre suffisante pour mettre en place les moyens qu'il juge adéquats pour répondre à la crise, tout en maintenant ses capacités au profit du soutien opérationnel des forces armées. Lors de la crise du covid, ce principe a parfois pu être contourné.

La règle des « 4 i » en vigueur dans les armées détermine que leurs moyens peuvent être engagés dès lors que les moyens civils sont « inexistant, insuffisant, inadapté ou indisponible ». Une réflexion est en cours au sein du service, car ses impératifs doivent être pris en compte. Avant de parler de l'emploi des moyens, il me paraît indispensable de définir des principes d'utilisation de ces moyens. À mon sens, je le répète, le service doit apparaître comme un recours utile et temporaire en soutien de la santé publique, et non comme un recours systématique et permanent.

Le service dispose de moyens humains comptés. Pour preuve, il ne dispose au total que d'une centaine de médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR). À titre de comparaison, le secteur civil en France en compte près de 11 000. Je précise également que nos MAR exercent dans tous les secteurs de leur spécialité – anesthésie, réanimation médicale et chirurgicale, mais aussi anesthésie et réanimation des brûlés –, contrairement aux MAR civils, qui sont hyperspécialisés. Ils sont soumis, par ailleurs, à des contraintes horaires extensibles. À cet exercice polyvalent et très exigeant s'ajoute la nécessité pour les MAR militaires d'assurer leur préparation opérationnelle.

Étant comptés, nos moyens servent avant tout à garantir la résilience des forces armées. Le service n'est donc pas en mesure de sanctuariser des moyens qui permettraient uniquement de répondre à l'impératif de résilience de la nation ; je le dis très clairement.

Je pense que la participation du SSA à la résilience de la nation peut être mieux anticipée, mieux organisée et, ainsi, mieux encadrée. C'est l'objet de la réflexion en cours, dont l'objectif principal est de redéfinir la place du service dans les arbitrages décisionnels, en considérant qu'il doit se situer à un niveau de gouvernance supérieur dès la conception de l'action. Cette réflexion passe également par la définition de principes qui pourraient constituer à terme une grille décisionnelle d'engagement des moyens du service en situation sanitaire exceptionnelle.

Le premier de ces principes serait l'exception : la situation sanitaire ou sécuritaire rencontrée doit être exceptionnelle et, en parallèle, le concours du SSA doit être demandé de façon exceptionnelle.

Le deuxième principe serait la légitimité de son action, garantie grâce à ses capacités et expertises largement reconnues.

Le troisième principe serait l'unicité : si l'emploi du service doit impérativement se concevoir de façon groupée, sa réponse doit revêtir, elle aussi, une forme d'unicité, c'est-à-dire être conçue de façon adaptée pour une situation précise.

Puis viendrait le principe de globalité : la réponse doit être conduite de bout en bout, dans toutes ses étapes, de la conception et la planification jusqu'à la réalisation.

La complémentarité serait le principe suivant : le service ne peut agir en situation dégradée qu'au sein des forces armées et en complémentarité des moyens civils déjà mobilisés.

La responsabilité serait le sixième et dernier principe. Il revient au service d'assurer et d'assumer cette responsabilité dans tous les aspects de son action, d'où la nécessité de participer à la prise de décision et d'exister dans la gouvernance de crise.

Parallèlement aux travaux menés au sein du service, des réflexions ont été amorcées au niveau du ministère des armées et de l'état-major des armées sur l'enjeu de résilience. Toutes ces réflexions viennent nourrir l'ambition SSA 2030 que je porte pour le service.

Garantir la capacité d'action et la résilience des forces armées est aujourd'hui au cœur de la mission du service ; c'est le respect du contrat opérationnel. Il ne fait aucun doute qu'en 2030, la capacité de résilience des forces continuera d'être mise à l'épreuve. La guerre de demain sera plus diffuse, plus intense, plus dure ; les risques à prendre en compte seront liés à la nature des conflits, avec l'apparition de nouveaux systèmes d'armes – par exemple, les agents NRBC –, et aux conditions d'engagement de nos forces armées. C'est pourquoi l'ambition SSA 2030 se recentre sur la mission de soutien aux forces armées. Elle vise à mieux répondre à leurs besoins et à garantir leur résilience en toutes circonstances.

Mais le service détient aussi des capacités, des savoir-faire et des ressources qui peuvent évidemment être mis à la disposition des autorités civiles en cas de situation exceptionnelle sur le territoire national. Au même titre que les forces armées et avec elles, il est donc en mesure de participer à la résilience de la nation.

Dans les années à venir, les questions sanitaires se multiplieront et les capacités du service continueront d'être mises à contribution. C'est pour cela que l'ambition SSA 2030 accorde une place cruciale à cet enjeu. J'entends maintenir les capacités de veille et d'anticipation du service, qui jouent un rôle majeur en matière de risques sanitaires. Je

souhaite que nous orientions nos partenariats dans une logique utile et féconde pour le service. C'est la raison pour laquelle je souhaite réaxer notre coopération à la fois avec la santé publique, avec les autres ministères et avec nos alliés et nos partenaires européens et internationaux.

En ce qui concerne la santé publique, il est impératif de rééquilibrer notre relation avec les partenaires civils afin que les conditions d'emploi de nos soignants et de nos moyens soient pleinement compatibles avec nos priorités opérationnelles. Aujourd'hui centrées sur le ministère des solidarités et de la santé, les crises de demain pourraient, comme cela a déjà été le cas par le passé, concerner d'autres ministères, comme celui de l'agriculture, celui de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ou encore celui de l'intérieur. Notre action ne doit donc pas demeurer centrée sur le ministère des solidarités et de la santé. Au demeurant, nous coopérons déjà avec le ministère de l'intérieur : des compétences de médecin militaire sont intégrées au sein de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et du bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM). Nous devons aujourd'hui préciser nos relations avec ces autres ministères.

S'agissant de nos partenaires européens, les coopérations déjà amorcées avec l'Allemagne telles que les jumelages d'hôpitaux militaires, les coopérations sur les théâtres d'opérations ou la participation aux forces de présence à Djibouti sont à pérenniser.

Dans les années à venir, la chaîne hospitalière militaire sera également refondée. La définition d'un nouveau schéma hospitalier permettra de répondre de façon plus optimale aux exigences de résilience par le renforcement des capacités opérationnelles des HIA. Les pôles d'excellence que sont par exemple les *trauma-centers* des hôpitaux de Percy et de Sainte-Anne ou les *infectio-centers* des hôpitaux de Bégin et de Laveran confirmeront leur participation au contrat opérationnel des forces et à la résilience de la nation.

Pour conclure, j'insisterai sur notre raison d'être. Nous avons un contrat opérationnel fixé par le chef d'état-major des armées : garantir le soutien des forces armées. Toute notre organisation concourt à la garantie de ce contrat opérationnel et, quel que soit notre niveau de participation, à la résilience de la nation. La garantie de ce contrat doit demeurer la base de notre réflexion. Ainsi, une participation inconsidérée du SSA pourrait entamer sa capacité à contribuer à la résilience des forces armées ; il importe de le garder à l'esprit. Les principes d'engagement des moyens doivent être partagés, compris, acceptés. Je le redis, dans le cadre de sa participation à la résilience de la nation, le service doit apparaître comme utile et temporaire, et non systématique et permanent.

M. le président Fabien Gouttefarde. Vous avez conclu votre exposé liminaire en évoquant le contrat opérationnel. Vous disiez que votre mission était la résilience des forces et non celle de la nation. Cela se comprend, mais pourrions-nous entrer dans le détail du contrat opérationnel ?

Que signifie la résilience des forces quand le format de notre armée se fonde plutôt sur un modèle d'armée expéditionnaire ? J'évoquais la haute intensité. Comment feriez-vous si l'attrition devenait plus forte ? Qu'advierait-il alors du contrat opérationnel ?

En d'autres termes, quelle est la traduction chiffrée du contrat opérationnel, et comment celui-ci évolue-t-il en fonction des menaces ? Devez-vous par exemple – je prends ces chiffres au hasard – garantir 100 lits d'hospitalisation, tout en étant capable de soigner 10 000 militaires ?

M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux. Il importe effectivement de partir du contrat opérationnel. Celui-ci se fonde sur les cinq grandes fonctions stratégiques que j'ai évoquées dans mon propos liminaire et qui sont rappelées dans le Livre blanc. On se focalise souvent sur l'intervention mais il faut prendre en considération ces cinq grandes fonctions, le service devant être capable de fournir une autonomie stratégique à l'emploi des forces armées.

Les chiffres sont très significatifs, et souvent rappelés. S'agissant des équipes chirurgicales, le principe est d'amener et de garantir le soutien santé aux blessés physiques et psychiques au plus près des combats. Le SSA peut donc être caractérisé comme un service de santé de l'extrême avant, allant de la prise en charge au plus près des combats jusqu'à l'arrivée dans les HIA en France. Cette prise en charge nécessite des compétences et une certaine polyvalence.

Dans le contrat opérationnel, nous ciblons 65 équipes chirurgicales. C'est un chiffre clé, que nous avons retenu parce que c'est celui qui permet d'assurer la situation opérationnelle de référence, avec notamment la capacité pour nos équipes de garantir le soutien au plus près, les évacuations médicales des théâtres d'opérations et l'accueil des blessés très lourds au sein de nos HIA. Précisons qu'il est nécessaire de régénérer les équipes, aspect souvent oublié. L'une des grandes leçons du RETEX que j'ai évoqué est que la crise du covid a entamé la régénération de nos équipes.

Il faut aussi intégrer, je l'ai dit, la préparation opérationnelle de ces 65 équipes chirurgicales et des équipes médicales. S'agissant des premières, nous avons besoin de chirurgiens pleinement compétents et légitimes du point de vue de la technique chirurgicale, mais nous devons aussi les préparer à un exercice qui nécessite une certaine polyvalence. Celle-ci se cultive dans des centres de préparation, notamment grâce à la simulation. Nous ne pouvons pas envoyer des personnels depuis leur lieu d'exercice directement sur les théâtres d'opérations. Cette ingénierie de préparation opérationnelle, indispensable, est intégrée dans la période de pré-projection. D'ailleurs, nos formateurs sont également des praticiens ; nous bénéficions ainsi à la fois du côté formé et formateur.

Ce chiffre clé de 65 équipes chirurgicales a été calculé en prenant en compte la capacité opérationnelle du SSA dans la durée : le service doit être réactif en permanence pour permettre aux forces armées d'honorer le volet intervention du contrat opérationnel.

Le chef de la division « opérations » évoquera de manière plus détaillée la logique de composition du SSA, sachant que la chaîne comprend à la fois la prise en charge initiale, la chirurgie et la réanimation de l'avant, l'évacuation médicale précoce et l'accueil de blessés très lourds au sein de nos hôpitaux. Il s'agit d'une chaîne continue, autonome et complète, qui va de l'extrême avant au retour en France métropolitaine.

M. le médecin général Emmanuel Angot, adjoint au directeur central du service de santé des armées, chef de la division « opérations ». Je me concentrerai sur la fonction intervention.

Vous nous interrogez sur la haute intensité. Celle-ci n'est pas encore clairement définie, mais disons qu'au niveau tactique, cela peut être Barkhane demain, et qu'au niveau stratégique, elle correspond à l'hypothèse d'engagement majeur (HEM) définie dans le contrat opérationnel, à savoir une *major joint operation* impliquant 25 000 à 30 000 hommes en instantané au niveau français.

Il faut bien comprendre qu'il y a deux situations complètement différentes.

La situation opérationnelle de référence, qui est le premier scénario d'intervention du contrat opérationnel, est celle que nous connaissons aujourd'hui sur les théâtres d'opérations, à savoir trois théâtres dont un théâtre majeur, avec une composante maritime. Puisqu'il s'agit de la situation opérationnelle de référence, le service doit être capable de tenir cette couverture du risque pendant une carrière, soit globalement une vingtaine d'années.

Quant à l'HEM, elle repose sur un effort circonscrit dans le temps, puisqu'elle est définie selon un scénario de montée en puissance de six mois environ suivie d'une gestion de crise de six mois également.

À partir de ces deux scénarios, nous établissons des modèles qui permettent de définir le modèle de service. Il s'agit de couvrir aussi bien la gestion de crise dans la durée – la situation opérationnelle de référence – que l'HEM. Paradoxalement, la situation opérationnelle de référence consomme plus dans le modèle, puisqu'elle doit être soutenable dans la durée. Ainsi, pour le service, une année de projection représente 1 800 à 2 000 personnes projetées en opération. Dans l'HEM, le chiffre est bien supérieur, mais il ne se maintient pas à ce niveau tous les ans pendant vingt ans.

Il n'est nul besoin, je pense, de décrire ce que nous soutenons aujourd'hui ; vous connaissez les opérations en cours. Nous sommes soumis à un impératif de performance très élevée, voire de surperformance. Les intérêts vitaux nationaux n'étant pas directement menacés, ce qui est attendu est une prise en charge optimale de chaque soldat malade ou blessé, avec la recherche asymptotique d'une survie à 100 %. C'est évidemment inaccessible, mais nos chiffres tangent les 96 %.

Dans une HEM, avec des pertes beaucoup plus élevées et avec la perte de la suprématie aérienne, ce taux serait forcément très différent. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faudrait renoncer, car renoncer serait prendre le risque d'afficher une vulnérabilité accrue, voire le consentement à des pertes – ce qui entamerait directement la combativité des forces armées.

Les deux hypothèses se rejoignent dans la mesure où les progrès de l'hyper-performance actuelle fondent les standards de demain et les innovations qui permettront de compenser des difficultés tactiques ou opératives que nous pourrions rencontrer. Je prends deux exemples très concrets. Les modes opératoires de chirurgie en vol que nous expérimentons aujourd'hui au Sahel fonderont peut-être demain, en haute intensité, des options de prise en charge précoce, non plus seulement sur des vecteurs aériens mais aussi sur des vecteurs routiers. De même, lorsque l'on réanime un blessé de Barkhane pendant son rapatriement en avion de transport tactique ou stratégique, Falcon ou MRTT – avion ravitailleur multirôle –, on poursuit les soins. C'est le *prolonged field care* : on cherche une amélioration continue de l'état clinique du blessé, un gain de temps à chaque étape. C'est une approche essentielle, qui s'oppose à une vision « en marches d'escalier ».

Voilà comment se caractérisent les deux scénarios d'intervention du contrat opérationnel, en quoi ils diffèrent et en quoi ils se rejoignent, et en quoi le modèle de service de l'ambition SSA 2030 est cohérent pour y répondre.

M. Thomas Gassilloud, rapporteur. Il est parfois question des moyens de réassurance ou des *game changers* dont nous disposons au Sahel. Pour ma part, je suis de plus

en plus persuadé que les moyens d'évacuation sanitaire (EVASAN) font partie de ceux qui modifient le rapport de force. En tout cas, du point de vue de la combativité de nos soldats au Sahel, être en mesure de leur assurer une prise en charge sanitaire démultiplie leur force ; c'est un moyen, me semble-t-il, au moins aussi important que le soutien aérien.

Fabien Gouttefarde, Sereine Mauborgne et moi, qui sommes tous trois membres de la commission de la défense, sommes fermement convaincus que l'objectif prioritaire du SSA est bien le soutien des militaires dans leurs activités opérationnelles et que la résilience de la nation repose sur la résilience des armées dans leur capacité à faire face aux menaces du haut du spectre. D'ailleurs, Sereine Mauborgne et moi avons remis un rapport relatif à la préparation et à l'emploi des forces terrestres qui montre à quel point le surengagement lors de l'opération Sentinelle de 2015 a eu des conséquences sur les capacités terrestres, parce que nous avons détourné tous nos soldats de leur formation dans les centres. Nous en payons encore le prix aujourd'hui.

Cela dit, au cours de l'audition précédente, les responsables du SAMU nous ont expliqué qu'ils disposaient de moyens limités pour faire face à toutes les situations. Il faut donc s'interroger, en cas de crise majeure, sur la règle des « 4 i » que vous avez mentionnée. Celle-ci s'inscrit par ailleurs dans une préoccupation renouvelée des armées pour le territoire national. L'armée de terre, qui est celle que nous connaissons le mieux, dispose aujourd'hui de moyens pour intervenir sur le territoire national, idée qui avait été abandonnée – je ne parle pas de la défense opérationnelle du territoire.

Nous avons conscience que le SSA représente moins de 1 % des capacités médicales en France – c'est d'ailleurs le ratio que vous avez évoqué pour les anesthésistes : une centaine au sein du SSA contre 10 000 environ dans le secteur civil. Vous avez précisé que le recours au SSA devait être temporaire et exceptionnel. Nous percevons votre volonté d'être transparent sur ce que vous pouvez faire et ne pas faire.

Je reviens sur le dialogue politico-militaire car je ne voudrais pas non plus qu'il soit perturbé par une réticence à s'engager au motif qu'on pourrait en demander trop. Nous devons garder un regard lucide sur ce que peuvent faire les uns et les autres. La question est donc de savoir comment sincériser et assainir ce dialogue politico-militaire. Ne faudrait-il pas que le SSA évalue les capacités en mesure d'être projetées sur le territoire national, comme l'a fait l'armée de terre avec le plan TN 10 000 ? L'armée de terre dit qu'elle est en mesure de déployer 10 000 militaires sur le territoire national, et qu'il ne faut pas lui en demander davantage. Ne faudrait-il pas un plan TN 1 000 ou TN 1 500 – je ne sais pas quel peut être le bon chiffre – pour le SSA ? Cela permettrait de rassurer, tout en étant lucides sur ce que peut faire le service.

M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux. La règle des « 4 i » s'inscrit dans une logique d'absence de moyens. Si le demandeur peut estimer qu'il manque de moyens, le donneur doit aussi pouvoir le dire. C'est pourquoi je considère qu'il faut définir des principes, d'où les six principes que j'ai présentés.

Bien évidemment, le SSA est un service de l'État dont la mission est unique, mais dont les moyens sont, en quelque sorte, duaux : ils servent à la fois au soutien des armées et à la nation. La preuve en est que nos HIA participent au service public hospitalier et que nous accueillons tous les jours des personnels civils dans nos hôpitaux. Telle est la logique dans laquelle nous nous inscrivons.

Toutefois, il ne faudrait pas en arriver à une sorte de contrat opérationnel « résilience » spécifique au SSA, car ce qui fait notre force, notre ADN, c'est notre capacité de déploiement en soutien aux forces armées.

Pourquoi avons-nous du succès avec les éléments que nous projetons ? Les structures de réanimation que nous avons projetées – l'EMR et les MMR – n'existaient pas sur étagère. C'est notre expérience opérationnelle et notre expérience clinique qui nous ont permis de les constituer, grâce à une ingénierie très réactive. Les personnels sur le terrain ont cette capacité de création. C'est pourquoi je parle de la règle des « 4 i » ou, si l'on veut, de l'*ultima ratio* : il faut agir quand c'est utile.

Nous sommes capables d'avoir cette ingénierie parce que nous disposons de composantes intégrées qui nous permettent de créer. Cela a été le cas également pour le virus Ebola. Alors qu'il n'y a rien, nous sommes capables de nous adapter face à une situation catastrophique. Voilà en quoi consiste l'ingénierie.

Par ailleurs, nous disposons d'une structure d'achat qui nous a permis d'être ravitaillés. Ce n'est pas grand-chose : nous avons simplement continué à faire ce que nous faisons en temps normal. Nous avons anticipé, parce que nous savons flécher les produits et les stocker. Ce sont là des capacités intrinsèques à notre milieu, à la communauté militaire.

L'écueil, je le répète, serait d'aboutir à un contrat opérationnel vis-à-vis du ministère de la santé à hauteur de tant. Il n'aurait pas de sens parce qu'il ne garantirait pas le succès de la mission et, de plus, flécherait des moyens. C'est la raison pour laquelle j'ai insisté sur la BSPP et les unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile (UIISC) : l'État dispose de moyens, y compris de moyens dédiés au sein du ministère des armées, pour réaliser cette montée en puissance.

M. Thomas Gassilloud, rapporteur. Vous craignez que cela ne devienne un droit de tirage ?

M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux. Je crains effectivement que cela ne devienne un droit de tirage, et le pire avec un tel contrat opérationnel – même si je suis mal placé pour le dire – serait de maintenir des personnels inemployés dans l'attente du jour où la santé publique en aurait besoin. Mieux vaut les employer dans leur mission de tous les jours, et les mobiliser en cas de besoin. La richesse du SSA tient précisément au fait que ce que nous faisons tous les jours, nous le mettons au service des autres. En définitive, le droit de tirage n'aurait d'autre effet que de brouiller l'identité du service, de sanctuariser des moyens qui pourraient ne pas être employés.

Rappelons qu'il y a deux organisations différentes : le ministère de la santé s'appuie sur des moyens publics et privés, régionalisés, et des plans spécifiques, plans blancs et autres, auxquels d'ailleurs nous participons ; l'organisation du SSA est, quant à elle, plutôt verticale et centralisée. C'est cette organisation et la présence de huit HIA sur l'ensemble du territoire qui me permettent de garantir la résilience. Lorsqu'une vague de covid est arrivée dans l'Est, à Mulhouse, j'étais plutôt heureux que le SSA dispose d'un HIA à Brest ! Grâce à nos hôpitaux, nous pouvons couvrir l'ensemble du territoire ; tous nos œufs ne sont pas dans le même panier. L'organisation du service autorise une flexibilité et lui permet de répondre aux sollicitations du Président de la République et du chef d'état-major des armées. C'est aussi pour cette raison que j'estime qu'un contrat « résilience » sèmerait plus le doute qu'autre chose.

En revanche, nous pouvons tout à fait préparer les personnels civils, c'est même le principe. Pour tenir compte de l'un des retours d'expérience de l'attentat du Bataclan, nous préparons des chirurgiens et des réanimateurs civils dans nos centres de préparation et de simulation.

Nous ne sommes pas en concurrence avec le secteur civil. Chacun a sa place. Le ministère de la santé est seul garant de la sécurité sanitaire de nos concitoyens. Cela étant, le SSA peut intervenir quand la situation l'impose, au début ou à la fin. Il est souvent question de nous solliciter à la fin, comme l'*ultima ratio*, mais nous pouvons aussi intervenir au début, s'il y a besoin de nous dans l'ingénierie. L'important est que nous le fassions de manière temporaire et utile.

Un recours permanent nécessiterait de constituer des unités spécifiques. À ce stade, les forces armées ne s'inscrivent pas dans cette logique, mais plutôt dans une logique de participation à la demande. Si la logique changeait, le SSA devrait évidemment s'interroger.

J'ai parlé, dans une interview, de « haute intensité sanitaire », car on peut considérer que la lutte contre le covid présente toutes les caractéristiques d'un combat de haute intensité, pour reprendre la distinction établie tout à l'heure par le médecin général Angot. C'est un engagement qui dure, avec un seuil très élevé et une usure du personnel que l'on sous-estime. Le personnel soignant du SSA rencontre exactement les mêmes problèmes que le personnel soignant civil : le problème de durée, le problème des conjoints, des gardes d'enfants et des crèches, etc. Tout ce que l'on peut lire à propos du système de santé français est applicable à notre service.

Au sein du SSA, le moral reste très bon, et nous faisons tout pour qu'il en soit ainsi. Les gens ont le sens de la mission, lié à leur identité militaire ; cela fait partie du métier. Mais il faut veiller à ne pas dévoyer la mission. Un contrat opérationnel spécifique rendrait sans doute la mission beaucoup plus floue. C'est tout au moins ce que je pense.

Mme Sereine Mauborgne. Je partage votre point de vue : il y a de nombreux points communs entre les mondes soignants civil et militaire. La question de la fidélisation, notamment, est aussi importante pour les personnels soignants des hôpitaux militaires que pour ceux des hôpitaux civils.

Vous faites preuve d'un peu trop d'humilité, me semble-t-il, si l'on considère l'ensemble des actions du SSA pendant la crise sanitaire. Vous avez été très présents dans les centres de vaccination. Ayant eu la chance de renforcer celui de Toulon en tant que réserviste, je peux témoigner que nous avons vacciné un très grand nombre de personnes, notamment le samedi et le dimanche.

Il est des domaines dans lesquels le SSA sait mieux faire que le civil. Je pense notamment à la subsidiarité des responsabilités : à chaque échelon, le SSA dispose de gens qui savent organiser les soins, qualité que l'on trouve plus rarement dans le secteur civil. Je pense même que la crainte de perdre cette forte autonomie dans l'organisation des soins fait partie des raisons pour lesquelles ils ne quittent pas le service de santé des armées.

Mes questions portent sur le médicament.

Nous avons eu le sentiment que le SSA était parfois en avance de phase par rapport aux services de santé civile, par exemple pour l’approvisionnement en Hypnovel. Vos stocks tampons sont-ils plus élevés ? Avez-vous utilisé d’autres méthodes de sédation que l’Hypnovel ?

Est-il arrivé que les pharmaciens du SSA fabriquent des médicaments ? Avez-vous cette compétence ?

M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux. Je vous remercie de vos propos, madame la députée, que je transmettrai à mes équipes. Nous avons des qualités, mais gardons-nous d’établir des comparaisons avec le monde de la santé civile.

Le SSA a été l’une des seules structures de santé à créer des centres de vaccination à côté de ses hôpitaux. C’est une particularité et c’est un point sur lequel j’avais insisté auprès de la ministre des armées. Comme je l’ai expliqué en exposant mes six principes, je préférerais que nos équipes soient employées de façon groupée et puissent s’appuyer sur le savoir-faire hospitalier, notamment pour la partie pharmaceutique, l’organisation du centre étant garantie par le médecin-chef adjoint de l’hôpital. L’adossement des centres de vaccination aux hôpitaux a apporté, de mon point de vue, une plus-value.

À Lyon, nous avons fait un choix différent : nous avons adossé le centre de vaccination à une de nos écoles, parce que nous souhaitons que nos élèves praticiens et infirmiers participent, de façon groupée et cohérente, à l’effort du service et à la résilience de la nation.

Nos pharmacies ont effectivement un savoir-faire en matière d’achat, de fabrication et de stockage des médicaments. La pharmacie centrale des armées (PCA), qui est une pharmacie étatique, est capable de transformer des produits – on peut citer l’exemple du Tamiflu. Nous utilisons nos capacités pour fournir différents prestataires, notamment EDF, mais aussi pour couvrir nos propres besoins en produits critiques.

Par ailleurs, pour les opérations extérieures (OPEX), notre politique consiste à préparer des unités médicales opérationnelles (UMO) prêtes à être envoyées sur le terrain. Nos pharmaciens sont chargés d’assurer une rotation rapide des stocks en affectant ce qui est nécessaire aux dispositifs qui partent assez rapidement en opération. Ce qui nous permet d’atteindre le savoir-faire que vous évoquez, c’est à la fois l’organisation interne et la gestion du SSA – structure nationale qui s’appuie sur tout un maillage médical –, le sourcing des produits et l’anticipation, liée à notre culture des OPEX, qui fait partie de notre ADN.

M. le médecin général Emmanuel Angot. Pendant la crise du covid, nous n’avons pas fabriqué de médicaments. En revanche, les médicaments sensibles ont fait l’objet d’une anticipation très précoce. Ce fut le cas de la dexaméthasone, dont nous avons estimé très tôt que ce serait un médicament utile. En réanimation, nous avons dès le début mis en place des modes thérapeutiques alternatifs afin d’économiser au mieux les médicaments.

Nous avons assuré un suivi des vingt médicaments critiques. Le fait d’avoir une vision globale de l’ensemble des stocks – non seulement de celui de l’hôpital ou du service, mais bien de l’ensemble des stocks du SSA – nous a permis de procéder à des redistributions et de lisser les déficits. C’est ainsi que nous sommes parvenus à ne pas passer sous le seuil critique sur le plan thérapeutique.

Mme Sereine Mauborgne. C'est culturel.

M. le médecin général Éric Valade. Oui, cela tient à la culture des OPEX. En OPEX, il faut faire cela tout le temps.

M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux. On voit que l'organisation se bâtit à partir de l'opérationnel. C'est d'ailleurs ce que je souhaite dans le cadre de l'ambition SSA 2030. Le recentrage n'est pas l'abandon ; c'est privilégier l'excellence et s'en servir ensuite pour autre chose.

Mme Sereine Mauborgne. À propos du recentrage, des missions subsidiaires ont été abandonnées, ou disons plutôt déléguées, dans certaines régions. Je pense par exemple au suivi médical des gendarmes. Dans le Grand Est, le SSA a redonné la main aux médecins généralistes, notamment pour la délivrance des certificats de reprise. Chez moi, dans le Sud-Est, cela ne s'est pas fait. C'est ainsi que des brigades ont été fermées à la suite de cas contacts, ce qui a créé des difficultés dans une période de forte activité. J'ai évoqué la question avec le centre médical des armées (CMA), et cela ne se reproduira pas. En tout cas, je relève que les médecins-chefs n'ont pas tous réagi de la même manière face au choix à opérer dans les missions primordiales.

M. Thomas Gassilloud, rapporteur. Concernant les armées en général, comment dimensionner les capacités pour faire face non seulement à une moyenne d'engagement, mais aussi à une montée en puissance dans une HEM, voire plus ?

Concernant le SSA en particulier, quelle doit être l'articulation avec la réserve sanitaire civile ? Ne pourrait-on éviter d'avoir deux réserves ? Ne serait-il pas préférable que le SSA puisse faire appel à davantage de médecins généralistes réservistes, afin d'avoir cette capacité de monter en puissance ? Certains d'entre eux pourraient même intervenir en OPEX.

De même, s'agissant des HIA, comment assurer la moyenne d'engagement tout en disposant d'outils permettant de monter en puissance ?

M. le médecin général des armées Philippe Rouanet de Berchoux. S'agissant de la réserve, j'ai plusieurs grilles de lecture.

Notre réserve est vitale. Je l'affirme avec force : le SSA ne pourrait pas fonctionner sans elle. Nous avons rappelé des réservistes pour faire face à la crise du covid. D'une manière générale, les réservistes sont présents au quotidien, soit dans les opérations – ils n'y sont pas très nombreux, mais permettent de soulager notre structure –, soit dans nos établissements.

Nos réservistes ont un emploi. Ils ont un contrat pour un emploi précis, fléché au sein du SSA, pour une durée variable pouvant aller jusqu'à 180 jours – ce qui est tout de même relativement important. Ils bénéficient d'une forte flexibilité et peuvent exercer dans des domaines qui ne sont pas les leurs habituellement. Autrement dit, nous proposons aux réservistes d'avoir un emploi tous les jours, pas uniquement de les appeler en cas de crise. J'en ai besoin et je les utilise tous les jours, y compris au sein des bureaux de l'administration centrale. C'est un des marqueurs de la réserve militaire par rapport à la réserve sanitaire. J'ajoute que les multicartes sont possibles : certains réservistes sanitaires sont également réservistes militaires.

Mais notre réserve est militaire. Nous sommes dans une logique d'identité militaire très forte. Les réservistes sont soit des anciens d'active qui continuent, soit des personnels qui nous rejoignent parce qu'ils recherchent quelque chose de très précis lié à l'identité militaire. En outre, la réserve, expression du lien armées-nation, est indispensable à nos relations, y compris dans les temps actuels, car le réserviste est un ambassadeur auprès des instances où l'identité militaire n'est pas comprise.

Telles sont les particularités, l'ADN de notre réserve. Je la considère comme un pilier indispensable.

La réunion se termine à dix-huit heures vingt-cinq.

Membres présents ou excusés

Mission d'information sur la résilience nationale

Présents. - M. Thomas Gassilloud, M. Fabien Gouttefarde, Mme Sereine Mauborgne

Excusé. - M. Alexandre Freschi