

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission de la défense nationale et des forces armées

— Audition du médecin général des armées Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées ... 2

Mardi

24 novembre 2015

Séance de 17 heures 30

Compte rendu n° 20

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

**Présidence de
Mme Patricia Adam,**
présidente



La séance est ouverte à dix-sept heures trente.

Mme la présidente Patricia Adam. Mes chers collègues, compte tenu des événements que nous venons de vivre, j'ai tenu à ce que notre commission entende le médecin général Jean-Marc Debonne. Nous savons en effet quelle a été la contribution du service de santé des armées au cours de ces heures tragiques et à quel point celle-ci a été importante. C'est aussi, pour l'ensemble des membres de la commission de la Défense, l'occasion d'exprimer notre gratitude envers les hommes et les femmes de ce service pour le courage et la disponibilité dont ils ont fait preuve dans des conditions très difficiles.

Je vous donne donc la parole afin que vous nous décriviez l'action qui a été celle des hôpitaux du SSA à Paris, mais aussi pour que vous établissiez un bilan de la situation des blessés aujourd'hui.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées. Madame la présidente, Mesdames et messieurs les députés, je voudrais vous remercier très sincèrement de m'accueillir aujourd'hui au sein de votre commission, dans le contexte que nous connaissons. Vous le savez, le service de santé des armées (SSA) a une raison d'être, celle d'assurer le soutien opérationnel des forces armées, où qu'elles se trouvent. Il a aussi une vocation, qui se résume dans ce mot d'ordre inspiré du baron Percy : *Pro Patria et Humanitate*. Notre Patrie et notre Humanité, c'est bien ce que les attaques terroristes du 13 novembre dernier ont cherché à atteindre.

Vous avez souhaité que je vous présente la manière dont le service de santé des armées a fait face à ces attentats, et vous vous demandez s'ils auront un impact sur la transformation qu'il conduit. Je dois vous dire, en préambule, que je ne vous apporterai pas de réponse définitive sur ce dernier point : les réflexions en cours au sein du service, que je veux voir aboutir rapidement, ne sont pas encore stabilisées et n'ont donc pas été validées par le chef d'état-major des armées et le ministre de la Défense. Aujourd'hui, je souhaite donc plutôt partager avec vous mes réflexions sur ce que pourrait devenir sa contribution à la résilience de la Nation, au vu de l'évolution de la menace et des capacités dont il dispose.

J'articulerai mon propos autour de trois questions. Comment le service s'est-il mobilisé face aux attentats du 13 novembre ? De quelles aptitudes particulières cette mobilisation témoigne-t-elle ? Dans quelle mesure, enfin, le SSA pourrait-il demain contribuer à la résilience de la Nation, compte tenu des événements récents et des annonces relatives à l'évolution des effectifs de la défense ?

En premier lieu, je voudrais insister sur la forte mobilisation dont le service de santé des armées a fait preuve. Nombre de ses personnels se sont investis, instantanément, puis de manière continue durant près de trois jours. Je décrirai ici cinq aspects majeurs de l'engagement du service en cette dramatique circonstance.

Le premier aspect concerne la prise en charge des blessés physiques. Mis en alerte le vendredi dans les minutes qui ont suivi les premiers événements, les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) Bégin et Percy de la plateforme hospitalière militaire d'Île-de-France ont déployé en moins de quatre-vingt-dix minutes leur capacité maximale de prise en charge simultanée de blessés, conformément au plan « Mascal », qui est la procédure d'afflux massifs de blessés éprouvée en opérations extérieures (OPEX). Dès minuit, les blessés sont arrivés par vagues successives de sept à huit ambulances, régulées efficacement pour limiter

la saturation des capacités. Ces blessés ont bénéficié de stratégies de prise en charge largement utilisées en OPEX, mais non réservées à ce seul cadre.

Ainsi les blessés, qui avaient été préalablement catégorisés dès leur accueil hospitalier, ont pu bénéficier de techniques de *damage control*, mais aussi, lorsque cela était nécessaire, d'une transfusion de plasma lyophilisé (PLYO), qui est systématiquement utilisé en première intention en cas de traumatismes hémorragiques, dans tous les HIA comme en OPEX. Au total 52 blessés ont été pris en charge dans la nuit, dont dix-huit urgences absolues sur les 98 qui ont été dénombrées dans les hôpitaux franciliens. Cinquante interventions chirurgicales ont été réalisées en quarante-huit heures au profit de ces blessés, treize d'entre eux étant admis en réanimation.

En parallèle, ces hôpitaux ont contribué au réapprovisionnement de certaines ambulances de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et du service d'aide médicale urgente (SAMU) pour leur permettre de poursuivre leur mission. Ils se sont ensuite réorganisés, dès le lendemain après-midi, pour intégrer la prise en charge des blessés dans leurs activités habituelles, programmées et d'urgence.

Dans le même temps, le Centre de transfusion sanguine des armées (CTSA) a mis en œuvre sa procédure de montée en puissance en cas d'urgence, ce qui a permis d'assurer sans faille le soutien transfusionnel des deux HIA. Dès sept heures trente le samedi, l'ensemble de son personnel militaire et civil a répondu présent pour accueillir 500 volontaires des communes environnantes, venus spontanément donner leur sang. Il s'est agi en effet d'identifier les 164 donneurs du groupe O, les plus immédiatement utiles comme vous le savez, puis de prélever les 132 personnes ne présentant pas de contre-indication. La préparation et la qualification des produits ainsi collectés ont pu démarrer immédiatement, le CTSA étant en capacité de qualifier les produits sanguins même le week-end. Les stocks du CTSA ont été reconstitués dès le dimanche soir : en cas de besoin, le centre était alors en mesure de proposer à l'Établissement français du sang (EFS) des poches de concentrés plaquettaires, qui sont des produits à très courte péremption.

L'établissement de ravitaillement sanitaire de Vitry-le-François a également été mobilisé en soutien des HIA, dont il a permis le fonctionnement continu ainsi que la régénération des moyens dans un délai extrêmement bref. Devant la forte consommation de produits anti-hémorragiques, il a constitué des stocks tampons pour pouvoir répondre aux éventuels besoins de nos structures chirurgicales actuellement déployées en OPEX. Anticipant la venue à Paris des renforts militaires de la force Sentinelle, l'établissement de ravitaillement a livré dès dimanche midi 2 000 garrots et 2 000 pansements compressifs pour en doter nos soldats. Il a également livré sans préavis des trousse de secours individuelles du combattant aux deux unités parachutistes arrivées à Paris en urgence, ainsi qu'à la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris.

Le deuxième aspect de notre engagement a trait à la prise en charge des blessés psychiques, à la fois dans les HIA et au sein d'une cellule dédiée située à l'École militaire.

Dans les HIA, nos psychiatres et nos psychologues ont été présents dès l'arrivée de la première vague de victimes. Ils ont pris en charge à la fois les blessés conscients ne relevant pas de l'urgence vitale et les patients impliqués sans blessure physique, lesquels ont pu bénéficier d'échanges individuels dans un espace approprié, avec un souci permanent de

traçabilité. Au cours de la nuit, les équipes ont progressivement été renforcées afin de prendre en charge les personnes venant retrouver un blessé, mais également pour soutenir les personnes profondément angoissées du fait de leur recherche infructueuse d'un proche dans tous les hôpitaux parisiens.

Passées ces premières heures de mobilisation immédiate, la cellule d'urgence médico-psychologique s'est réorganisée pour prendre en charge au plus tôt les blessés hospitalisés – dès que leur état clinique l'a permis – ainsi que leur entourage familial. En tout, plus de cent consultations ont été réalisées en moins de quarante-huit heures dans les deux HIA. Les assistantes de service social ont renforcé sous vingt-quatre heures ce dispositif de crise par la prise en compte globale des besoins des victimes et de leurs proches.

Dans le même temps, les équipes de soins ont fait l'objet d'une attention particulière. Des débriefings médico-psychologiques ont d'emblée été programmés ; ils ont ensuite été réalisés progressivement, pour permettre aux soignants d'aborder autrement l'expérience qu'ils ont traversée. Plusieurs de ces soignants diront que les scènes qu'ils ont dû vivre ici, à Paris, auprès de victimes civiles blessées par balle, ont parfois dépassé la charge émotionnelle qu'ils ont pu ressentir sur les théâtres d'opérations.

En parallèle et à la demande de la direction générale de la santé (DGS), une cellule d'aide médico-psychologique a été mise en place à l'École militaire pour armer un dispositif d'aide aux familles et aux impliqués. Des psychiatres et psychologues des hôpitaux Percy, Begin et Val-de-Grâce, ainsi que du service médico-psychologique des armées et du service de psychologie de la marine, ont apporté leurs compétences dans l'organisation du soutien psychologique aux familles et aux victimes. Ils ont mis en place une zone d'accueil et de priorisation des personnes en difficulté, comportant un premier niveau d'accompagnement médico-psychologique pouvant se prolonger dans des entretiens individuels. Cette organisation s'est révélée d'autant plus nécessaire que de nombreux professionnels civils, en particuliers psychologues, se sont présentés spontanément pour apporter leur aide, sans doute utile mais parfois dispersée. Nos personnels ont mené en tout plus de quatre-vingts entretiens individuels, sans compter les nombreuses autres rencontres informelles. À chaque fois, ils ont proposé un rendez-vous de suivi pour assurer la continuité de la prise en charge. C'est un principe fondamental que nous appliquons à chaque déploiement d'une cellule de soutien médico-psychologique.

Ainsi le service de santé des armées a été pleinement associé au soutien médico-psychologique qu'il a assumé sans discontinuer durant près de vingt-quatre heures, en étroite collaboration avec les personnels de santé civils, avant d'être relevé par d'autres équipes civiles mobilisées par le ministère de la Santé.

Le troisième aspect que je voudrais évoquer est l'accompagnement par le service de la montée en puissance de la force Sentinelle. Très rapidement, le personnel de tous les centres médicaux des armées de la région d'Île-de-France est passé en alerte et a organisé les appels et retours spontanés du personnel soignant. Dès le samedi matin, les antennes médicales concernées par l'arrivée de renforts militaires – à Vincennes, au Fort de l'Est, à Brétigny – ont anticipé le soutien médical du premier renfort de 1 000 soldats, et ont mis en place un accueil médico-psychologique spécifique aux armées. Deux équipes médicales ont soutenu au plus près les soldats de l'opération Sentinelle déployés sur le terrain, dont certains ont dû appliquer à des blessés le protocole de sauvetage au combat qui leur a été enseigné par

le SSA. Enfin, l'HIA du Val-de-Grâce a organisé l'hébergement de 116 militaires de l'opération Sentinelle, en plus de ceux qu'il héberge déjà.

Le quatrième aspect de notre engagement est essentiel à rappeler. Durant tout ce temps, le SSA a continué de garantir la permanence du soutien des forces projetées en OPEX, où sept équipes chirurgicales sont actuellement déployées, deux d'entre elles provenant d'ailleurs des HIA d'Île-de-France. L'alerte MEDEVAC a été assurée, une évacuation médicale aérienne étant réalisée le jour même des attentats entre la Côte d'Ivoire et l'HIA Percy. L'approvisionnement de nos unités médicales opérationnelles déployées sur les théâtres d'opérations a été en permanence assuré durant cette période de forte tension sur le territoire national.

Enfin, le cinquième aspect de notre engagement que je tiens à rapporter ici est l'efficacité de notre chaîne de commandement. Une cellule de crise a été activée autour de l'état-major opérationnel santé dès le 13 novembre à vingt-deux heures trente. Elle a fonctionné en permanence durant le week-end, sous ma direction et celle de mes adjoints directs en charge des opérations et en charge des hôpitaux. Cette cellule a été associée à la montée en puissance des armées, qu'elle a renseignées sur les bilans et dispositifs médicaux en place. Elle a rapidement établi des liaisons avec les HIA, avec le directeur médical de Sentinelle et avec le coordonnateur national du service médico psychologique des armées ; elle s'est mise en relation avec les officiers de liaison du SSA présents dans la cellule interministérielle de crise et avec le Centre opérationnel de réponse et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), qui relève comme vous le savez du ministère de la Santé. À ce titre, la qualité de l'interface entre le SSA et les autorités du ministère de la Santé mérite d'être particulièrement soulignée.

L'engagement du SSA se poursuit actuellement, car à ce jour dix-huit blessés sont encore hospitalisés dans nos HIA, et se poursuivra encore longtemps, car pour nombre de ces blessés s'ouvre un long chemin de soins et de réadaptation, de prise en charge psychologique mais aussi sociale, nécessitant de mobiliser des moyens coordonnés pour une approche globale de leurs besoins. C'est un domaine dans lequel l'expertise de nos HIA et de l'Institution nationale des Invalides (INI) sera grandement utile.

Mesdames et messieurs les députés, je voudrais devant vous saluer l'engagement, le dévouement et la compétence des personnels du SSA, qui ont certes fait preuve d'une exceptionnelle réactivité, mais aussi d'une efficacité difficilement égalable dans un tel contexte. Cette efficacité, ne l'oublions jamais, est le fruit d'une expérience, individuelle certes, mais avant tout collective, acquise sur les théâtres d'opérations, en soutien et au contact de nos forces armées.

Envisageons maintenant ces événements sous un autre angle : quelles sont les aptitudes particulières du SSA qui ont permis cette mobilisation immédiate de ses capacités ?

La réponse du service à cette crise met plus particulièrement en lumière cinq aptitudes dont la combinaison constitue un système opérationnel et cohérent.

La première de ces aptitudes est notre savoir-faire technique en matière de chirurgie de guerre. La prise en charge des victimes, potentiellement « sous le feu », leur catégorisation, leur mise en condition à l'avant, en prenant toujours en compte le facteur temps et l'impératif sécuritaire, est l'aboutissement d'une très longue expérience du service de santé des armées

français, expérience fortement éprouvée ces dernières années, vous le savez, sur de nombreux théâtres d'opérations. Au-delà des procédures et du sang-froid qu'elle suppose, cette prise en charge est fondée sur des techniques médico-chirurgicales spécifiques et parfois novatrices.

Prenons l'exemple du *damage control*, que j'ai évoqué : ce concept, complémentaire de celui de sauvetage au combat, donne la priorité à la correction des désordres physiologiques, et non à la réparation chirurgicale complète immédiate. Son intérêt est de réduire le temps opératoire initial en ne réalisant que les gestes vitaux strictement nécessaires. Cette technique permet une prise en charge rapide de réanimation, centrée sur la maîtrise du choc hémorragique par le biais de l'emploi précoce des dérivés du sang et de médicaments favorisant la coagulation ; elle autorise ensuite une reprise chirurgicale éventuelle à vingt-quatre heures chez un blessé stabilisé, donc dans de meilleures conditions.

Autre exemple : les gestes chirurgicaux d'urgence. Ils sont enseignés dans le cadre du cours avancé de chirurgie en mission extérieure (CACHIRMEX) de l'École du Val-de-Grâce, qui donne à nos chirurgiens, de différentes spécialités, la maîtrise des gestes simples et salvateurs, assurant ainsi la survie des blessés tout en préservant leur pronostic fonctionnel.

Vous l'aurez compris, la notion de chirurgie de guerre dépasse largement le simple cadre de la blessure par balle. Elle est une stratégie globale visant à adapter l'acte chirurgical aux conditions dans lesquelles il s'exerce. La nature des soins prodigués dépendra ainsi, par exemple, des moyens et des délais d'évacuation, et du caractère éventuellement hostile voire agressif de l'environnement.

La deuxième aptitude sollicitée a bien été notre réactivité, permise par notre posture permanente de veille. Le SSA fonde en effet son action sur trois principes : la permanence de ses capacités, la réactivité de ses moyens, et la disponibilité de ses équipes. Cette culture spécifique du service lui permet de mobiliser, sur court préavis, des équipes constituées et entraînées, notamment au travers du dispositif santé de veille opérationnelle (DSVO), qui comporte plusieurs niveaux d'alerte et de montée en puissance.

Du fait de cette posture permanente, le service est particulièrement réactif. Mais si nous intervenons certes rapidement, et de manière organisée, notre action n'a cependant pas vocation à durer : une fois le relais pris par d'autres acteurs institutionnels, nous devons nous désengager au plus vite pour régénérer notre capacité de réaction. J'insiste sur ce point : nos capacités nous permettent d'être, notamment sur le territoire national, une sorte de starter, dont l'action immédiate laisse le temps aux autres entités de monter en puissance. Pour employer un vocable militaire, je dirais que nous sommes l'amorce de la réponse à la crise.

La troisième aptitude est certainement notre soutien logistique intégré. Dès le temps de paix, il appartient au SSA de constituer et d'entretenir des stocks préconditionnés afin qu'ils soient immédiatement transportables et utilisables sur le terrain. Cet objectif implique d'entretenir en permanence, et de renouveler régulièrement, un stock « plancher » constitué de tous les produits pharmaceutiques, équipements médico-chirurgicaux et produits sanguins labiles nécessaires au soutien des forces en France et en opérations. Il implique également de disposer d'équipes prêtes à conditionner et distribuer ces produits à tout moment. Cela nous permet d'être autosuffisants en contexte opérationnel afin de ne pas freiner l'action médicale.

Je tiens à insister également sur la capacité de régénération immédiate et continue des moyens utilisés, qui nous permet de rester en permanence réactifs.

La quatrième aptitude est, vous l'aurez compris, notre capacité d'organisation dans la conduite des opérations. À la chaîne organique du service se superpose en fait une chaîne fonctionnelle tournée vers l'opérationnel. Cette chaîne de commandement est en mesure d'assurer une couverture globale des risques. Le pivot de cette chaîne est l'état-major opérationnel Santé (EMO Santé). Intégré au pôle opérationnel de l'état-major des armées, à Balard, l'EMO Santé dirige en permanence l'échelon opératif du service placé en OPEX, outre-mer ou en métropole. Il coordonne la projection des équipes et des structures, leur ravitaillement, et surtout l'évacuation et le rapatriement des soldats malades ou blessés. Il permet de commander et de contrôler la manœuvre santé dans tout son spectre et de conserver ainsi une autonomie de décision. Ce savoir-faire permet d'activer simultanément et instantanément un ensemble de compétences pour répondre à une problématique donnée dans sa globalité. C'est ce que nous avons fait durant tout ce terrible week-end. C'est aussi ce que nous avons fait lors de la crise Ebola.

La dernière des cinq aptitudes spécifiques que je tenais à signaler concerne la doctrine d'emploi, qui est *in fine* la clé de voûte de toutes nos aptitudes. Cette doctrine régit l'ensemble de nos activités opérationnelles et se nourrit en retour de l'analyse permanente de nos expériences en opérations. La doctrine d'emploi est le fondement de notre auto-résilience, car elle garantit le recours à des moyens adaptés à la situation, par des équipes médicales correctement formées et présentes au bon endroit et au bon moment.

En résumé, le service de santé, au-delà de son expertise, se singularise par une capacité d'action permanente et réactive, adaptable à son environnement, structurée par sa chaîne de commandement et sa doctrine d'emploi, qui intègre un soutien logistique autonome. Tout cela, encore une fois, est rendu possible par les fortes valeurs d'engagement et de cohésion qui caractérisent les personnels de notre service.

J'en viens à la dernière question : dans quelle mesure le SSA pourrait-il demain contribuer à la résilience de la Nation, compte tenu des événements récents et des annonces relatives à l'évolution des effectifs de la défense ?

L'ampleur et la nature des attaques que nous avons subies, ainsi que, malheureusement, la probabilité qu'elles surviennent à nouveau, nous amènent aujourd'hui à envisager d'approfondir notre rôle dans la capacité de résilience de la Nation. Même si notre raison d'être est de soutenir les forces armées, et même si ce sont les forces armées qui ont fait ce que nous sommes, notre expertise doit pouvoir être mise à la disposition de la Nation pour la participation à la gestion des crises sanitaires. Il apparaît logique que le SSA puisse épauler plus largement les structures publiques de santé, et soit ainsi amené à considérer la gestion des crises sur le territoire national comme une dimension de son action, et non plus seulement comme une contribution optionnelle.

Faudra-t-il pour cela remettre en cause notre nouveau modèle, dit « SSA 2020 », que vous connaissez et que nous avons commencé à mettre en œuvre ? Certainement pas, car ce modèle a été conçu pour être évolutif et adaptatif et a, du reste, anticipé l'évolution de sa contribution à la résilience, conformément aux orientations du Livre blanc de 2013 sur la défense et la sécurité nationale.

Il me semble que ce qui est en jeu aujourd'hui, ce sont plutôt le niveau et les modalités de la participation du SSA. Il ne s'agit pas pour nous de suppléer, et encore moins de supplanter, les acteurs institutionnels de la réponse aux crises : nous devons absolument veiller à ce que nos capacités et nos organisations ne soient ni redondantes ni – surtout – concurrentes. Le point crucial est la complémentarité de nos missions et de nos identités respectives. Il s'agit donc bien de partager avec l'ensemble de la communauté de santé nos compétences et nos aptitudes. Loin de remettre en cause notre modèle, cela conforte et prolonge les principes de concentration et d'ouverture de notre projet, qui sont vous le savez les deux principes majeurs de la transformation actuelle du service.

Ainsi, pour reprendre les propos tenus par le chef d'état-major des armées devant la commission des Affaires étrangères, de la défense et des forces armées du Sénat le 18 novembre dernier, je pense aussi qu'« il faut une valorisation, et pas une banalisation » de l'action du SSA.

Comment conduire cette valorisation ? Tout d'abord, en renforçant notre coopération en direction des acteurs de la santé dans des domaines particuliers que nous maîtrisons. Il pourra s'agir, bien évidemment, du risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC), pour lequel l'expertise du SSA est largement connue et reconnue. Mais il pourra également s'agir du sauvetage au combat, du *damage control* que j'ai évoqué, ou de l'extraction de blessés en milieu hostile. Par ce partage de ses compétences propres, le SSA contribuerait à une « montée en gamme » des compétences des autres acteurs de la santé face à la menace terroriste.

Ce partage est nécessaire, mais non suffisant. Il nous faudra sûrement aller bien au-delà et considérer l'impact de la préparation à la crise sanitaire sur notre organisation. Cet impact aura des conséquences différentes sur les cinq composantes qui constituent le service de santé des armées.

En effet, les trois composantes « d'appui » que sont le ravitaillement, la recherche et la formation participent déjà depuis longtemps et de manière indiscutable à la gestion des crises sanitaires. Leur réorganisation en cours le prend déjà en compte et confirme pour elles cette mission.

S'agissant de la composante hospitalière, les événements récents prouvent la pertinence de la transformation actuelle. Car c'est bien la densification des hôpitaux de plateforme qui leur a permis de participer efficacement à la prise en charge des victimes des attentats, et cette densification a été rendue possible par la différenciation des missions confiées à nos hôpitaux et portée par le modèle SSA 2020. Cependant, vous le savez, nos HIA ne sont implantés qu'en quelques points seulement du territoire national, ce qui, à l'évidence, limite la portée de leur contribution.

Le véritable enjeu, j'en suis personnellement convaincu, est la valorisation du rôle de la médecine des forces. En effet il faut rappeler que nos centres médicaux des armées et leurs 250 emprises sont présents quasiment sur tout le territoire national, en zone urbaine comme en zone rurale, en métropole comme outre-mer. Ce maillage territorial, associé aux cinq aptitudes que j'ai décrites tout à l'heure, constitue un moyen solide de réponse à la crise. Rappelons-nous surtout que la prise en charge d'un afflux massif de blessés se joue d'abord à l'avant, au moment de la relève des victimes, de la régulation des interventions, de la

médicalisation des évacuations, et le cas échéant de la mise en œuvre de protocoles spécifiques de prise en charge, comme particulièrement en cas de risque NRBC. Or ce sont exactement les compétences-clés des personnels de la médecine des forces. Ce sont bien eux qui, sur l'ensemble du territoire, peuvent apporter le complément indispensable pour une meilleure prise en charge par notre système de santé national d'un nombre élevé de victimes.

Mesdames et messieurs les députés, face à des groupes armés qui utilisent sur notre sol des modes d'action d'une extrême agressivité, le service de santé des armées est prêt à mettre à la disposition de la Nation ses aptitudes uniques en termes de réactivité, d'organisation et d'expertise. Nos savoir-faire et nos savoir-être sont le fruit d'une longue expérience sur les théâtres d'opérations extérieures, expérience à la fois difficile à acquérir et difficile à entretenir.

Le contexte sécuritaire actuel ne remet pas en cause le modèle SSA 2020, et montre au contraire qu'il y a sans doute urgence à accélérer sa mise en œuvre. Cela nous permettrait, si cela nous était demandé, de renforcer la concentration et l'ouverture du service, afin d'apporter une contribution nouvelle en cas de crise sanitaire majeure.

Mais, vous le savez, les moyens des armées restent définis au plus juste, et cela vaut aussi pour le service de santé des armées. Si nous devons prendre une part plus importante à la résilience de la Nation, c'est bien cette adéquation entre nos moyens et nos missions qui serait un point majeur de préoccupation.

Quelles que soient les circonstances et les décisions qui seront prises, nous ne baisserons pas la garde. Vous pouvez compter sur mon engagement personnel et la totale loyauté des femmes et des hommes du service de santé des armées.

Je vous remercie de votre attention. Je me tiens maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions.

Mme la présidente Patricia Adam. Merci, général, de nous avoir présenté votre action de ces derniers jours. Nous mesurons bien la complémentarité du SSA avec les structures de santé civiles, tout comme la valeur ajoutée qu'il est à même d'apporter. Il est important que cela soit mieux connu.

Mme Marie Récalde. Je tiens à vous faire part de mon admiration et de notre gratitude envers les hommes et les femmes du service de santé des armées, dont nous apprécions la réactivité et l'implication, fruit d'une très longue expérience.

Dans le cadre de l'état d'urgence, les hôpitaux parisiens ont été les plus mobilisés. Vous avez cependant fait référence au maillage territorial et à la complémentarité du SSA avec le service public de santé. Je souhaite donc vous interroger sur les hôpitaux d'instruction des armées de province, notamment sur certains projets en cours qui les concernent. Plusieurs structures coopèrent déjà dans des groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens. Où en est-on ? Au-delà, comment évoluera ce maillage territorial ? Je fais en particulier référence au projet BAHIA en Gironde qui, je l'espère, devrait aboutir dans les délais annoncés, et qui résulte d'une étroite collaboration entre l'hôpital d'instruction des armées Robert-Picqué et la Maison de santé protestante de Bordeaux Bagatelle. Je pense que ce projet a du sens au regard du modèle SSA 2020, surtout depuis les derniers événements.

M. Olivier Audibert Troin. Mon général, nous avons eu, avec ma collègue Émilienne Poumirol, l'honneur de travailler, à vos côtés et avec vos services, sur le suivi et le traitement de nos blessés. Dès les premières pages de notre rapport, nous avons tenu à rendre hommage au service de santé des armées, en affirmant qu'il s'agissait très vraisemblablement d'un des meilleurs systèmes de santé au monde, si ce n'est du meilleur. Je veux vous dire ce soir à quel point nous sommes fiers de ce que vous avez fait pour accompagner, non seulement nos militaires, ce qui est votre devoir, mais aussi la population civile.

J'ai repris le compte rendu de votre audition du 13 mai 2015, qui sonnait déjà comme un cri d'alarme. En effet, à cette occasion, vous nous aviez expliqué que votre niveau d'engagement allait au-delà du contrat opérationnel : 938 militaires rapatriés en France en 2013, 786 en 2014 ; 248 équipes médicales déployées en 2013, 228 en 2014, et une trentaine d'équipes chirurgicales – sans compter votre soutien à l'opération Sentinelle, qui est venu alourdir la charge.

Certes, le président de la République a annoncé un arrêt de la déflation des effectifs prévue à partir de 2017. Mais comment, dans la situation actuelle, allez-vous faire face à cette nouvelle surcharge de travail ? Allez-vous, au-delà de cet arrêt de la déflation, demander des renforts supplémentaires ? Se poserait alors le problème de la formation : on ne devient pas médecin ou infirmier du jour au lendemain.

Ce plan de charge est-il de nature à affaiblir le savoir-faire du service de santé des armées, qui est une référence dans le monde entier ?

Enfin, l'ensemble des OPEX déclenchées en 2013 et en 2014 a-t-il eu une incidence sur la tarification à l'activité (T2A) dans nos hôpitaux d'instruction des armées ?

M. Jean-Jacques Candelier. Mon général, vous transmettez mes sincères félicitations aux militaires du SSA. Je vous parlerai d'armes chimiques et bactériologiques, puis du plan de lutte contre la variole.

Le 19 novembre, le Premier ministre a parlé du risque d'attentats avec des armes chimiques et bactériologiques. Le Gouvernement a autorisé en urgence la Pharmacie centrale des armées (PCA) à distribuer un antidote aux armes chimiques à des services d'urgence civils en France.

S'agissant du plan de lutte contre la variole, j'observe que les vaccins français, étant de première génération, peuvent entraîner des effets secondaires, et qu'ils ne peuvent être utilisés de façon préventive pour vacciner nos troupes. Nous savons par ailleurs que le virus de la variole peut servir d'arme bactériologique.

Quels moyens ont donc été mis à votre disposition pour soigner efficacement et préventivement nos troupes contre le risque d'attaques bioterroristes en général, et contre le risque d'utilisation de la variole comme arme bactériologique en particulier ?

Mme Geneviève Gosselin-Fleury. Ma question rejoint celle de M. Candelier. Un arrêté du 14 novembre dernier a en effet autorisé l'approvisionnement du SAMU en sulfate d'atropine par la Pharmacie centrale des armées. Ce produit est en effet le seul antidote aux gaz toxiques comme le sarin, et la PCA est la seule à en posséder. Est-il possible d'en fabriquer rapidement ? Est-ce la première fois qu'un approvisionnement militaire a lieu ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. La question de Mme Récalde porte sur la place des hôpitaux des armées, et en particulier sur celle des hôpitaux hors plateforme, dans le contexte que nous connaissons.

Nous compterons quatre hôpitaux de plateforme : deux en Île-de-France – puisque le Val-de-Grâce va bientôt fermer – et deux en région Provence-Alpes-Côte-d’Azur (PACA). En Île-de-France, les hôpitaux Percy et Bégin ont pris en charge plus de 55 blessés – dont dix-huit en urgence absolue. C’est assez inhabituel, et il n’est pas imaginable, pour des raisons de taille, que nos huit hôpitaux militaires le fassent. Cela a été possible pour plusieurs raisons.

Premièrement, ces hôpitaux ont une très forte culture de l’opérationnel, et ce n’est pas par hasard qu’ils deviendront demain des hôpitaux de plateforme. Percy à Clamart, Bégin à Saint-Mandé, Sainte-Anne à Toulon, Laveran à Marseille sont en effet rompus à la pratique de la chirurgie de guerre.

Deuxièmement, ces derniers mois, Bégin et Percy ont bénéficié du renfort des équipes du Val-de-Grâce. Je tiens à le dire ici : nous avons commencé à procéder à des transferts, de chirurgiens en particulier. Ainsi, durant ce terrible week-end, des personnels du Val-de-Grâce, affectés nouvellement à Percy et à Bégin, ont tenu leur rang, contribuant à l’efficacité remarquable de ces deux hôpitaux.

L’évolution ne sera pas la même pour les quatre hôpitaux hors plateforme : Brest, Metz, Bordeaux et Lyon. Ces hôpitaux détiennent des compétences individuelles de même nature que les hôpitaux de plateforme, mais ils ne disposent pas du même panel global de ressources. Ils ne peuvent donc pas prétendre prendre en charge les blessés comme l’ont fait Percy et Bégin. Ils ne le pouvaient pas hier, ils ne le peuvent pas aujourd’hui, et ils n’ont pas vocation à le faire demain. En revanche, je suis personnellement convaincu qu’en y maintenant des personnels tels que des chirurgiens, des réanimateurs, des infirmiers anesthésistes, des infirmiers de bloc opératoire, des urgentistes et des psychiatres, nous pourrions contribuer, dans le cadre des partenariats que vont développer ces établissements, à l’amélioration de leur efficacité en cas de crise sanitaire. Cela me semble important, dans un contexte comme celui que nous avons vécu et que peut-être, malheureusement, demain, des villes de province auront à connaître.

Cette contribution ne sera pas celle d’un hôpital dans sa globalité, telle que Percy et Bégin l’ont apportée, mais celle d’équipes militaires, rompues aux opérations extérieures, insérées dans des équipes d’établissements partenaires. Ces hôpitaux joueront donc également un rôle important, le cas échéant, mais différent de celui qu’ont pu jouer Percy et Bégin.

Devons-nous modifier la réforme hospitalière en cours ? Selon moi, non. Mieux vaut continuer à densifier les quatre hôpitaux de plateforme, et développer les partenariats entre les quatre HIA hors plateforme et leurs partenaires. Le projet bordelais avec Bagatelle est toujours le projet prioritaire sur lequel travaille actuellement le ministère de la Défense – et pas seulement le SSA. Mais il ne faut pas oublier les projets menés à Brest avec le centre hospitalier universitaire (CHU), à Metz avec le centre hospitalier régional (CHR) et à Lyon avec les Hospices civils. Selon moi, le partenariat est une condition nécessaire au maintien et à la pérennité des hôpitaux militaires hors plateforme.

Je me réjouis de l’appui apporté par les autorités de santé, la direction générale de l’offre de soins (DGOS) et les agences régionales de santé (ARS) à la construction de ces

partenariats, ce qui n'est pas chose simple. Je crois que les événements dramatiques que nous avons vécus ont contribué à sensibiliser, s'il en était besoin, nos autorités de santé à l'intérêt de tels partenariats.

Enfin, le projet BAHIA à Bordeaux a encore plus de pertinence dans le contexte actuel. Nous maintiendrons des compétences chirurgicales projetables dans les établissements concernés, qui pourront, le cas échéant, participer à la gestion d'une crise sanitaire, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature – attentats ou autres types d'agression.

Monsieur Audibert Troin, je vous remercie pour ce que vous avez apporté au SSA par votre rapport d'information sur la prise en charge des blessés. Au-delà de ce que vous avez pu écrire aimablement sur nous, nous avons beaucoup appris. Nous avons pris en compte vos remarques, notamment sur la continuité de la prise en charge des blessés ; en effet, en ce domaine aussi, il y avait beaucoup à faire. Enfin, grâce à ce rapport, nous savons que le service doit améliorer sa connaissance de l'ensemble des blessés des armées, à la fois à l'instant T et dans la continuité. Nous sommes en train de nous organiser à cette fin.

Lors de mon audition au mois de mai dernier, vous aviez bien perçu mon inquiétude devant un SSA qui arrivait au bout de son modèle et qui, compte tenu du contexte, était mis sous très forte tension. Bien sûr, depuis le mois de mai, la situation ne s'est pas améliorée. À l'extérieur, elle reste à peu près au même niveau, avec des fluctuations, mais à l'intérieur, elle se dégrade.

Quelle conséquence cela peut-il avoir sur le SSA ? Il se trouve que le service a fait récemment des choix très douloureux qui ont abouti, notamment, à la fermeture d'un hôpital, qui interviendra dans les mois qui viennent. Nous avons décidé en effet de nous concentrer sur les domaines d'expertise du service qui répondent aux besoins actuels des armées. Nous avons accepté de renoncer à certaines activités, qui ne sont plus conformes à ces besoins. Cela nous permet de dégager des ressources et de les réorienter vers les besoins des armées, actuels et à venir.

D'une certaine façon, nous avons anticipé ce qui allait arriver. Nous ne pensions pas que cela arriverait de cette façon-là, ni même aussi rapidement. Voilà pourquoi nous pouvons nous inquiéter du temps que nous aurons pour mettre en œuvre ce nouveau modèle de service. C'est ce que j'ai voulu dire dans mon propos liminaire : il faut accélérer le mouvement.

Monsieur le député, vous avez raison quand vous évoquez le temps de formation nécessaire – sans oublier que formation ne signifie pas compétence : la compétence, c'est l'expérience acquise, qui ne se décrète pas au bout de quelques années seulement.

Vous l'avez dit, les armées ont obtenu une atténuation de leur effort. Nous avons compris que cela devait d'abord bénéficier à l'opérationnel, au renseignement, à certaines fonctions vitales dans le contexte actuel. Mais le SSA est aussi une fonction vitale : nous avons à soutenir des forces, des effectifs militaires qui ne vont pas diminuer, et qui vont même se renforcer s'agissant de la force opérationnelle terrestre (FOT). Voilà pourquoi nous allons demander, et c'est une demande nouvelle par rapport à ce qui avait été prévu en 2013, le renforcement du soutien santé.

Par ailleurs, nous sommes confrontés à d'importantes problématiques en matière de protection et de sécurisation de nos emprises. C'est un besoin à prendre en compte. Nous

allons donc également demander – la réflexion est en cours et vous comprendrez qu’aujourd’hui je ne puisse pas donner de chiffres exacts – que le SSA bénéficie d’un certain degré d’atténuation de son effort.

Enfin, je voudrais aller au-delà des besoins nouveaux que je viens d’évoquer, concernant la montée en puissance de la médecine des forces. En effet, cette composante est en première ligne au contact des forces armées. Elle est en difficulté et doit impérativement, et en urgence, être renforcée.

Ce sera le sens de notre stratégie auprès de l’état-major des armées et du ministère, en sachant que la question de la résilience que nous abordons ce soir peut avoir une incidence sur l’évolution des ressources du service de santé des armées. Si nous devons contribuer de manière significative à l’effort de résilience de la Nation dans un certain type de crise dans lequel nous sommes véritablement une valeur ajoutée, il faudrait le prendre en compte d’abord dans l’effectif de la médecine de premier recours. En effet, comme je l’ai dit, c’est la médecine de premier recours qui est la plus largement présente sur le territoire national.

Nous avons actuellement des contacts très étroits avec les ARS. Leurs directeurs étant responsables de la gestion des crises sanitaires dans leur région, ils prennent en compte les ressources du SSA. Ils nous interrogent sur ce que pourrait être notre contribution en cas de crise. Qu’allons-nous leur répondre ? Il est certain que nous ne pouvons pas détourner nos ressources du besoin opérationnel. Jamais nous n’avons mis en cause ni diminué notre soutien aux forces armées, sur le territoire comme en opérations extérieures. Et l’on comprend bien que ce que l’on peut faire de manière brusque, en quelques jours, ne saurait perdurer. Il y a donc vraiment, de mon point de vue, une décision importante à prendre de la part des armées.

Le service de santé des armées sait quelle est sa raison d’être : le soutien aux forces armées. On peut nous demander demain de contribuer à la résilience de la Nation de différentes façons – par la formation, la recherche, le ravitaillement. Mais nous pouvons aussi y contribuer de manière opérationnelle, comme nous l’avons fait le 13 novembre. Ce pourrait être le rôle de la médecine des forces, qui interviendrait en collaboration étroite avec les structures civiles.

Vous le savez, un des axes majeurs de notre projet est de faire en sorte que nos praticiens et nos infirmiers présents dans les forces, ainsi que nos auxiliaires sanitaires, soient fortement associés à la pratique de l’urgence pré-hospitalière et hospitalière. Avec les compétences détenues par ces personnels dans les domaines de crise particulière, comme les risques NRBC, nous pensons que le service peut apporter une plus-value à l’indiscutable capacité de réaction des structures civiles.

Mais vous comprendrez qu’au-delà des besoins que nous exprimons aujourd’hui, la montée en puissance de la force opérationnelle terrestre, les nouveaux besoins de protection et de sécurité, qui doivent être pris en compte et qui, je n’en doute pas, seront pris en compte par l’état-major des armées, la question de notre contribution à la résilience pourrait avoir également un impact sur l’évolution de la médecine des forces et de ses effectifs.

Nous ne demandons rien de plus. Nous poursuivons notre plan de restructuration et la contraction de notre modèle hospitalier. Mais nous ne pouvons pas faire cela tout seuls. Nous avons donc sollicité l’état-major des armées, pour bénéficier nous aussi d’une atténuation de nos déflations d’effectifs.

Aujourd'hui, et pour répondre concrètement à votre question, le service de santé des armées « assure ». Mais nous nous soucions de ce qui se passera demain. Je pense donc que le renfort que nous demandons – les personnels qui sont présents actuellement, sur les postes que nous n'aurions plus à supprimer – nous permettrait de continuer et de préparer la régénération. Il n'est pas trop tard, bien au contraire. Mais il est temps de faire quelque chose, et de le faire maintenant.

Les nombreuses opérations extérieures ont-elles eu une incidence sur la performance des hôpitaux militaires soumis à la tarification à l'activité ? Je répondrai que les coûts engagés par nos hôpitaux sont justifiés, et que le déséquilibre que ces hôpitaux pourront afficher est parfaitement légitime au regard de leur engagement, comme ce fut le cas pour la crise Ebola. À ce propos, je tiens à rappeler que le ministère des Affaires étrangères a contribué au financement et aux pertes de recettes générées par la prise en charge de malades Ebola. Nous ne demandons d'ailleurs que cela.

Vous m'avez également interrogé sur les risques NRBC, et plus particulièrement sur les risques biologiques et chimiques. C'est un sujet très vaste.

D'abord, le plan national de lutte contre la variole prévoit différents cercles concentriques de protection. Le SSA s'inscrit dans le plan national, mais il le décline selon les besoins spécifiques de nos armées. C'est pourquoi nous ne ferons pas monter en puissance de la même façon la prévention pour nos soldats. En pratique, dès que la menace sera avérée, nous vaccinerons systématiquement avec le vaccin de troisième génération nos soldats potentiellement exposés.

L'atropine est un produit très utilisé par tous les acteurs de santé, mais un conditionnement particulier est nécessaire pour faire face à l'hypothèse d'une agression par un toxique chimique. À Orléans, la PCA produit et conditionne de façon adaptée l'atropine. Cette dernière n'est pas disponible ailleurs sous cette formulation sur le territoire national. Elle l'est, me semble-t-il, en Allemagne, mais pas de façon facilement accessible pour notre service public de santé.

Ce produit n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Nous sommes autorisés à utiliser des produits non titulaires d'une AMM dans le strict cadre d'un usage au bénéfice des armées. Alors qu'une AMM est en cours et sera obtenue dans les semaines qui viennent, le ministère a donc eu recours à une procédure particulière pour pouvoir délivrer, au profit des unités civiles de santé, de l'atropine dans le format adapté.

En résumé : oui, nous sommes les seuls à produire de l'atropine dans le conditionnement utile ; oui, nous le mettons à disposition. Mais, pour cela, nous devons faire jouer l'article L. 3131-1 du code de la santé publique, qui permet au ministre de la Santé à la fois de faire délivrer ce produit par la PCA et de l'utiliser, le cas échéant, alors qu'il n'est pas titulaire d'une AMM.

Enfin, le SSA a effectivement développé, pour le besoin des armées, des expertises, des compétences et des capacités pour prévenir les risques biologiques et chimiques.

S'agissant du risque biologique, nous avons des compétences particulières, avant tout dans le domaine de la veille sanitaire. Un risque biologique pouvant être insidieux, il faut disposer d'un système d'alerte permanent.

Nous avons des capacités de diagnostic qui vont du test rapide au laboratoire de haute sécurité – tel que celui mis en œuvre à Conakry. Nous avons des procédures de prise en charge en contexte dégradé de malades hautement contagieux. Nous les avons mises en œuvre en Guinée à l’occasion d’Ebola. Qui peut prendre en charge Ebola peut prendre en charge les malades les plus contagieux, à la réserve près qu’il n’y avait pas, pour Ebola, de transmission aérienne – laquelle constitue une véritable préoccupation.

Nous avons par ailleurs travaillé sur les évacuations médicales de ces patients. Le cas échéant, en effet, on nous demande de rapatrier un soldat qui serait contaminé. Cela nous a amené à faire d’importants efforts, avec l’armée de l’air, sur les conditions d’évacuation.

Nous pouvons enfin prendre en charge des malades hautement contagieux dans nos structures, mais en capacité adaptée aux besoins des armées. Il se trouve que ces capacités ont été suffisantes sur le territoire national, et ont donc été sollicitées.

Je tiens à dire maintenant, puisque vous vous inquiétez de notre relation avec l’organisation de la santé publique, que le 2 décembre, à l’École du Val-de-Grâce, aura lieu un retour d’expérience (RETEX) sur la prise en compte, par le système de santé national, de la crise Ebola. Il sera organisé sous l’égide de nos deux ministères et sous la conduite de la DGOS, de la DGS et du SSA. La DGOS et la DGS nous ont en effet demandé de participer à son organisation. J’en suis personnellement extrêmement fier, car cela constitue une vraie reconnaissance du service de santé des armées.

Nous avons pris en compte nous-mêmes les deux malades, mais nous avons contribué, avec les autorités de santé, à ce RETEX qui a été effectué de manière remarquable – j’ai pu en avoir connaissance – sur l’ensemble du territoire national. Et nous nous trouvons aujourd’hui associés à son appropriation collective.

Je pense que cela va dans le sens du rapprochement que nous avons souhaité, qu’il s’agisse d’organiser ou de regarder ce que nous avons fait ensemble. C’est à cette seule condition que, demain, si nous devons modifier notre action dans la résilience, nous pourrions être efficaces : en préparant en amont, et en faisant ensuite ensemble le retour d’expérience. Sinon, notre action ne pourrait être que supplétive, et très limitée en efficacité. C’est d’ailleurs un des principes du modèle « SSA 2020 » : pour être plus efficaces en cas de crise, il faut se préparer en amont.

En conclusion, j’ai voulu montrer, à propos du risque B, que le service contrôle – actuellement au profit des armées – l’ensemble de la problématique. Je ne pourrais pas donner ici la liste des agents qui sont effectivement concernés, et vous comprendrez pourquoi. Certains sont bien connus. Vous avez cité la variole. Mais il y en a d’autres, vous le savez.

M. Joaquim Pueyo. Monsieur le médecin général, j’allais vous poser les mêmes questions que mes collègues sur les risques d’attaque biologique ou chimique. Vous y avez répondu, s’agissant notamment du rôle des services de santé dans le domaine de la formation et de l’expertise.

Lors des récents attentats, l’identification des victimes a souvent pris du temps, ce que l’on comprend bien entendu compte tenu des circonstances. Il reste que pour certaines familles de victimes, à ce jour il n’y a guère d’information sur les circonstances et le moment du décès de leur proche. C’est très dur pour eux.

Je sais que, sur le coup, l'essentiel est de tenter de sauver des victimes, et que leur identification n'est pas la priorité. Mais il en va différemment dans les jours qui suivent. N'y aurait-il pas une réflexion à mener avec les hôpitaux militaires et civils sur les informations que l'on doit aux familles des victimes de ce qui s'apparente à un acte de guerre ?

M. Alain Marty. Un collègue de travail de ma fille a quitté le Bataclan avec une blessure assez importante au niveau du visage. Il semblait conscient, et il a été pris en charge par le service de secours. Mais il est décédé, sans que l'on sache quand ni pourquoi. Il est enterré aujourd'hui à Dôle, et ses proches ont du mal à faire le deuil. Cela se passait dans un hôpital de l'assistance publique, mais ma remarque rejoint celle de mon collègue : pour les familles, il est important de savoir ce qui s'est passé.

M. Michel Voisin. Monsieur le médecin général, je vous ai écouté avec beaucoup d'attention, et je voudrais vous exprimer moi aussi toute ma reconnaissance. Cela étant, vous nous avez dit que les hôpitaux susceptibles d'intervenir lors d'épisodes équivalents à ceux que l'on vient de connaître étaient concentrés dans la région parisienne et en région PACA. Les gens de la région lyonnaise, de Bordeaux, de Brest ou d'ailleurs peuvent se sentir laissés pour compte...

Je suis de la région lyonnaise, où nous avons l'honneur d'accueillir l'école de santé des armées de Bron, ainsi que le régiment médical de La Valbonne. Et comme vous nous avez parlé de la coopération entre l'hôpital civil et le SSA, je vous sou mets le cas suivant : j'ai reçu dans ma permanence une jeune fille qui faisait sa médecine à Lyon, et qui s'est vu refuser un stage à l'hôpital Desgenettes, sous le prétexte que c'est un hôpital militaire. Il serait temps de mettre en place une coopération un peu plus poussée ! J'avais déjà fait savoir que je déplorais cette situation, mais je n'ai malheureusement jamais eu de réponse.

Encore une fois, monsieur le médecin général, la France « profonde » peut se demander ce qui se passerait si les mêmes événements se produisaient ailleurs, par exemple chez moi à Bourg-en-Bresse, où l'on n'a malheureusement pas les mêmes possibilités d'accueil qu'en région parisienne.

M. Alain Moyne-Bressand. Mon général, je m'associe naturellement à ces témoignages de reconnaissance, qui sont justifiés.

J'observe que nous connaissons dans notre pays un manque de médecins. Le même phénomène se vérifie-t-il dans les services des armées ? Par ailleurs, le SSA est très sollicité à l'heure actuelle, notamment sur des théâtres d'opérations extérieures. Ne risquez-vous pas d'être confronté à une rupture de moyens humains ? Voyez-vous l'avenir sereinement ? Y a-t-il des dispositions à prendre ?

Mme Édith Gueugneau. Comme mes collègues, je veux absolument vous témoigner ma reconnaissance, et saluer le très grand professionnalisme et la très grande réactivité du SSA.

Ma première question concerne le projet de réforme du service, qui passe notamment par une ouverture vers les services de la santé publique. Cette ouverture n'est-elle pas l'occasion de mutualiser et de gagner en efficacité en matière de recherche médicale ? Si oui, de quelle façon ?

Par ailleurs, je siège au sein de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale. J'aimerais savoir quels moyens de formation vous comptez mettre en œuvre pour attirer du personnel médical féminin, qui pourrait être rebuté.

Enfin, dans le contexte actuel, marqué par des événements dramatiques, nos armées sont très sollicitées. Comment s'organise le suivi et l'aide psychologique pour accompagner nos hommes et nos femmes ?

M. Guy Chambefort. Mon général, je m'associe à ce qu'a dit Edith Gueugneau. Je voudrais vous poser une question, à laquelle vous avez déjà un peu répondu. Va-t-on remettre en cause la décision de fermeture de l'hôpital du Val-de-Grâce ? Je pense qu'elle est irréversible. Mais, au vu des événements, est-ce une bonne décision ?

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Même si vous ne m'avez pas sollicité à ce propos, je voudrais au moins témoigner de notre tristesse, que nous partageons avec les familles des victimes, en particulier de celles qui sont décédées.

Nous sommes régulièrement confrontés à la question que vous avez soulevée vis-à-vis des familles des victimes de guerre. Il est en effet extrêmement difficile de reconstituer complètement une histoire, depuis la prise en charge jusqu'au rapatriement. Ici, tout s'est passé dans un espace clos, en plein Paris, et c'est peut-être un peu moins compliqué que lorsque cela se passe en Afghanistan ou au Mali. Néanmoins, nous devons le faire. Nous ne pouvons pas laisser de zone d'ombre, et j'y suis extrêmement attentif.

Ce que le SSA peut faire de très important, c'est d'expliquer ce qui s'est passé. J'ai confié cette mission au médecin-chef Clerc qui est à côté de moi. Il faut aller jusqu'au bout de ce qui est possible en matière de retour d'expérience – ce que l'on peut appeler, dans un hôpital civil, une revue de morbidité ou de mortalité.

Il est très difficile de comprendre ce qui s'est passé, et encore plus de le faire immédiatement. Après, le risque est que tout s'éparpille et que certains aspects très importants ne puissent être vérifiés, du fait de l'intervention de très nombreux acteurs. En outre, cela ne dépend pas du seul SSA, puisqu'il faut remonter toute la chaîne, depuis les lieux du drame jusqu'à l'hôpital. Cela étant, s'agissant des deux cas qui ont été évoqués, le SSA est totalement ouvert à la compréhension globale de ce qui a pu se passer. Même si nous n'avons pas tous les éléments d'information, nous mettrons à disposition ceux que nous avons.

La réponse que l'on peut faire à une famille sur ce qu'il s'est passé et sur les raisons d'une issue fatale dépend de nombreux éléments – qui se sont produits, dans la majorité des cas, avant l'arrivée à l'hôpital. Reste qu'il est très important de comprendre et d'informer les familles. Il n'est pas toujours possible de tout comprendre, mais il faut au moins savoir, quand il y a eu blessure, pourquoi l'évolution a été défavorable. Une telle question mérite toute notre attention.

Nous le faisons pour les blessés décédés en opérations chaque fois que c'est possible car, malheureusement, ceux-ci n'arrivent pas toujours directement au SSA, et nous ne pouvons pas toujours agir à temps.

S'agissant des cas particuliers qui sont survenus le 13 novembre et dans les jours qui ont suivi, nous participerons à ce que l'on nous demandera de faire. Et, dans tous les cas, nous

essaierons de faire en sorte que des réponses soient apportées aux familles. Nous apporterons les réponses que nous pourrons. Mais nous ne pouvons pas nous prononcer pour l'ensemble de la chaîne de secours.

M. Jean-Paul Perez, médecin-chef de l'hôpital Percy. Le soir du 13 novembre, ce fut un véritable chaos dans Paris, en raison de l'afflux massif de blessés. Un des problèmes majeurs que nous avons rencontrés fut l'identification des personnes blessées et décédées.

Monsieur Pueyo, si une famille de victime le souhaite, qu'elle prenne directement contact avec mon secrétariat, et je la recevrai. Je verrai ce qu'il est possible de lui dire, comme l'a dit le général Debonne.

Cette identification a pris énormément de temps en raison des circonstances très particulières. Cela étant, dès trois heures du matin, nous avons commencé le processus de récolement des identités avec les identités provisoires.

Nous avons dû voir plusieurs centaines de familles, et répondre à quelque 600 coups de téléphone. Les familles ne savaient pas où étaient leurs proches. À partir de ces 600 coups de téléphone, nous n'avons réussi à identifier que deux blessés présents à Percy. Nous avons travaillé en complète collaboration avec la police, qui était présente dans l'hôpital dès le départ. Mais comment identifier quelqu'un qui n'a aucun papier d'identité et dont les signes distinctifs, dans un tel contexte, n'apparaissent évidents ni pour le soignant, ni pour la famille ? Il a parfois fallu attendre plusieurs jours pour pouvoir affirmer de manière certaine l'identité de telle ou telle victime.

J'étais sur place cette nuit-là et tout le week-end, et je puis vous dire qu'il était très pénible de dire à une famille que l'on ne pouvait lui répondre avec certitude. Je vous laisse imaginer la charge émotionnelle que cela pouvait représenter pour les soignants et les personnes de l'accueil.

Le dimanche soir, nous avons vu arriver à Percy des familles qui avaient fini leur « chemin de croix » de l'ensemble des hôpitaux parisiens et qui nous demandaient si nous avions accueilli leur fils, leur fille, leur père. Parfois, leur proche n'était pas sur les listes, mais nous ne les avons pas pour autant adressées à d'autres structures. Nous les avons prises en charge directement à Percy, même si leur proche n'y était pas hospitalisé.

Voilà un retour d'expérience immédiat...

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Monsieur Voisin, le cas de la stagiaire refusée à Desgenettes est inhabituel. À ma connaissance, nos hôpitaux accueillent de nombreux stagiaires civils. Ils sont très ouverts, et les terrains de stage militaires sont très largement utilisés.

M. Michel Voisin. Il s'agissait d'une élève qui était en première ou en deuxième année. On lui a refusé son stage à Desgenettes, alors même qu'elle se destine à la médecine militaire !

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Évidemment, un incident est toujours possible. Mais je vous confirme que nos hôpitaux sont ouverts et que ces terrains de stage sont largement utilisés par les facultés de médecine : à la fois parce qu'il faut des terrains de

stage et parce que la qualité des stages dans nos hôpitaux est reconnue. Bien sûr, les stages sont excellents dans les CHU comme dans les CH, mais les hôpitaux militaires ont une façon particulière de procéder, qui est appréciée et reconnue. C'est pourquoi nous accueillons de nombreux stagiaires, sans compromettre pour autant la qualité de l'encadrement pédagogique.

Il faut savoir que nous ne pouvons pas, que nous n'avons jamais pu, et que nous ne pourrons pas demain avoir le niveau collectif d'établissement suffisant dans tous nos hôpitaux pour prendre en charge des blessés comme nous avons pu le faire le vendredi 13 novembre dans les deux hôpitaux parisiens. Nous pourrions également le faire à Sainte-Anne et à Laveran, mais nous ne pouvions pas le faire ailleurs et nous ne pourrons toujours pas le faire demain.

Il ne serait pas raisonnable de maintenir ces hôpitaux au niveau où ils sont actuellement : ils ne pourront pas accueillir de polytraumatisés, malgré les compétences qu'ils hébergent. En effet, pour les accueillir, il faut davantage que des compétences humaines. Il faut des moyens techniques de haut niveau, que nous ne pouvons pas déployer dans tous nos hôpitaux. Aussi est-il important de nouer autant que faire se peut des partenariats avec les hôpitaux civils.

Nous sommes là dans un domaine totalement nouveau, où des praticiens militaires, avec des praticiens civils, se mobilisent dans des *trauma centers*, auxquels ils apportent la valeur ajoutée qui est la leur, en matière d'organisation et de prise en charge des blessures de guerre. Mais ils le font dans un contexte beaucoup plus large, ce qu'aucun hôpital militaire ne peut faire seul, en tout cas hors plateforme.

Personnellement, je suis totalement convaincu que c'est la voie qu'il faut suivre. Nous conserverons donc les compétences hospitalières militaires dans les villes où il y a des hôpitaux militaires. Ces hôpitaux ne ferment pas. Cela étant, il faut s'interroger sur leur pérennité et sur la façon dont ils pourront maintenir des compétences en traumatologie, en réanimation et en traitement de brûlés. Jamais Desgenettes, par exemple, ne pourra avoir un service de prise en charge des brûlés, alors que nous pourrions mettre certains de nos personnels dans la réanimation des brûlés de l'hôpital Édouard-Herriot. Ce serait une plus-value pour nos soldats. Et c'est d'ailleurs ce qui est en train de se mettre en place à Metz.

Telle est la stratégie hospitalière du SSA, dont la réorganisation repose sur un principe de différenciation. Les hôpitaux de plateforme devront être renforcés, on y concentrera les moyens, pour qu'ils puissent, en tant qu'entités, jouer un rôle de *trauma center*, y compris au cours d'épisodes dramatiques comme ceux que nous avons vécus. Cela ne signifie pas que nous ferons disparaître les hôpitaux hors plateforme, mais que les forces du SSA seront associées aux forces hospitalières civiles de notre environnement.

J'ai constaté, tant à Metz qu'à Brest, Bordeaux et Lyon, que cette vision était partagée. Le projet n'est pas simple à construire, mais je pense que chacun peut jouer un rôle dans son avènement.

Desgenettes pourrait ainsi accueillir les services de l'hôpital Henry-Gabrielle, spécialisé en rééducation, une discipline qui nous intéresse au plus haut point. On pourrait constituer un groupe hospitalier de territoire entre Édouard-Herriot, c'est-à-dire les Hospices civils de Lyon, et Desgenettes.

Desgenettes resterait ouvert, avec son plateau de consultation, notamment pour tous les personnels de la Défense. Ceux-ci bénéficieraient non seulement de ses compétences, mais aussi de celles de nos partenaires. Nous pourrions mettre au point des parcours de soins privilégiés et adaptés avec nos partenaires. Telle est la stratégie du hors plateforme.

L'une de vos questions portait sur la recherche. On aurait pu penser que dans un système qui se contracte, qui a des difficultés, la recherche aurait été considérée comme une préoccupation secondaire. Or c'est exactement l'inverse.

Selon moi, plus nous serions petits, plus nous devrions être excellents. Or, un des grands vecteurs de l'excellence, c'est la recherche. Nous avons beaucoup à apporter à la recherche médicale de défense, et pas seulement à l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) de Brétigny-sur-Orge. Les hôpitaux, les centres médicaux des armées et le ravitaillement doivent être intégrés dans l'effort de recherche. Cela suppose de leur donner les moyens et d'organiser cette démarche. C'est en cours, avec la création d'une direction de la recherche, qui n'est pas la direction de l'IRBA et qui intègre l'ensemble des composantes du service sous une même tête.

Madame la députée, je peux vous rassurer à propos de la féminisation du SSA, qui progresse. Et je peux dire à ceux qui s'inquiètent que cela se passe très bien, y compris sur les théâtres d'opérations extérieures. Il faut seulement admettre que les uns ne sont pas forcément les autres, que chacun a ses préoccupations et ses moments de disponibilité – parfois différents dans une vie. Et il faut savoir intégrer tous ces éléments dans notre modèle.

Il suffit de se rendre sur les théâtres d'opérations pour se rendre compte que cela fonctionne très bien. Quarante kilos sur le dos d'une jeune femme de quarante kilos, c'est possible ! Il faut dire que nous avons la chance d'avoir des personnels exceptionnels. Je précise que le SSA est féminisé à 60 %.

Sachez aussi que l'aide psychologique, sur laquelle vous m'avez interrogé, est un sujet d'importance. Le SSA, les armées et l'ensemble du ministère se sont fortement mobilisés, et l'effort se poursuit. Le 14 novembre, le service médico-psychologique des armées a été mis à contribution.

À un certain moment, nous nous sommes inquiétés, car nous ne savions pas jusqu'où nous pourrions aller. Mais nous avons réagi à temps et de manière opportune. Aujourd'hui, je crois pouvoir dire, avec beaucoup de précaution et de modestie, que grâce à l'engagement des armées en la matière, car le SSA n'est pas le seul concerné, la situation est parfaitement prise en compte. Les actions menées se poursuivent et les plans d'action se succèdent.

Nous avons acquis de l'expérience dans la prise en charge des blessés de guerre, qui malheureusement, pour la très grande majorité d'entre eux, sont des blessés jeunes. C'est une prise en charge globale, qui comporte toujours un volet psychologique. De la même façon, lorsque l'on prend en charge les victimes d'attentats, on doit se garder de sous-estimer les conséquences psychologiques que peuvent avoir ceux-ci, même si rien ne transparait sur le moment. Voilà pourquoi nous portons une attention très particulière à cet aspect des choses. Des équipes de psychologues et de psychiatres étaient d'ailleurs en place dès le vendredi soir dans les deux hôpitaux militaires.

J'en viens à la transformation du service de santé des armées, et à la décision de fermeture du Val-de-Grâce. Cette décision est-elle pertinente ? Ma réponse sera double. Oui, parce c'est celle de notre ministre. (*Sourires.*) Oui, car les événements de vendredi soir nous l'ont démontré.

Le problème de cet hôpital tenait moins à l'importance des travaux de structure à réaliser qu'à l'inadaptation de son projet médical. Sans service d'urgences ni de traumatologie, il n'aurait d'ailleurs pu recevoir aucun blessé le 13 novembre. Son offre de soins ne répondait plus au besoin des armées. Reste que c'est grâce au personnel du Val-de-Grâce que Percy et Bégin ont été efficaces. La densification de Percy et de Bégin grâce aux équipes du Val-de-Grâce nous a permis de faire ce que nous avons fait le 13 novembre et dans les jours qui ont suivi.

Je ne pense pas qu'il faille remettre en cause cette décision. D'une part, il faudrait renforcer le Val-de-Grâce de plusieurs centaines de personnes. Ensuite, là où il est situé, il n'y a pas de place pour un nouveau service d'urgences. Bien sûr, les événements actuels nous font voir les choses autrement. Mais il faut prendre en compte la réalité du quotidien : on se retrouverait avec deux services d'urgences de part et d'autre du boulevard de Port-Royal, que l'on n'aurait même pas de quoi alimenter. Cela coûterait très cher, alors que nous avons le devoir de faire attention aux ressources que l'on nous donne et à leur emploi. J'y suis très attaché. Notre crédibilité en dépend.

Je terminerai par la question de M. Moyne-Bressand. D'une manière générale, nous n'avons pas de difficultés à recruter des personnels médicaux et paramédicaux. Mais il n'en va pas de même pour les spécialités que vous avez évoquées, particulièrement celles qui sont soumises à la projection sur les théâtres d'opérations. C'est même un sujet de tension important, compte tenu du niveau de projection des forces et de ce qui se passe actuellement.

Dans un tel contexte, nous ne pouvons pas être béatement sereins. Nous devons donc être très vigilants sur notre capacité, demain, à soutenir les opérations – et je ne parle même pas de notre capacité à contribuer à la résilience.

La tension est extrêmement élevée dans certaines spécialités, dont la chirurgie et, plus particulièrement, la chirurgie orthopédique. C'est d'ailleurs un phénomène général dans notre pays. La démographie médicale est telle que nous devons nous interroger sur notre attractivité dans ce type de spécialité.

Actuellement, le SSA porte une attention particulière aux conditions de travail et de vie quotidienne des chirurgiens dans nos structures hospitalières. Le rythme de leur sujétion opérationnelle a été extrêmement intensif, parfois trop intensif. Je l'avais dit, une telle situation n'était pas supportable à terme. Si elle devait perdurer, il faudrait reconsidérer un certain nombre de choses. Je pense notamment au rôle de la réserve, dont la défense et les armées se préoccupent tout particulièrement en ce moment.

Je tiens à dire ici que sur les théâtres d'opérations – comme par exemple à Gao, au Mali – les réservistes opérationnels font preuve d'une remarquable efficacité. Évidemment, on ne peut pas employer la réserve comme on emploie les personnels d'active, car elle n'a pas le même niveau permanent de préparation opérationnelle. Cependant, l'engagement de ces réservistes est très impressionnant. J'en ai fait l'expérience. Nous avons des praticiens de tous horizons, libéraux comme hospitaliers, qui vont à Gao et font du RETEX avec nous.

Ainsi, aujourd’hui, le SSA est confronté à une obligation, que je considère comme prioritaire : garantir un soutien aux forces armées, même si nous ne pouvons pas y parvenir à nous seuls. Comment nous y prendre alors ? En premier lieu, en organisant notre réserve. Nous avons des besoins. Il y a des volontaires. Nous devons davantage intégrer la réserve dans les différentes fonctions du SSA, en opérations comme sur le socle.

Depuis trois ans, j’insiste sur le rôle que la réserve pourrait jouer dans le SSA. Les effectifs de la réserve ont été augmentés de 13 000 postes, dont certains seront attribués au service de santé des armées – qui compte déjà 3 000 réservistes opérationnels, dont beaucoup de praticiens et de personnels hautement qualifiés.

C’est une façon de répondre à ce manque de spécialistes. Il y a des missions pour lesquelles nous ne pouvons pas envoyer de réservistes. Mais il y a bien d’autres pour lesquelles nous pouvons y faire appel. Nous le faisons depuis longtemps, et ils nous répondent. Dans les conditions que nous connaissons, je sais que nous pourrions compter encore davantage sur eux. C’est intégré totalement dans notre schéma, et leur place va continuer à évoluer.

Les réservistes occupent déjà une place importante. Par exemple, 50 % des actes dentaires réalisés en OPEX le sont par des dentistes réservistes. Ce chiffre suffit à lui seul à nous rassurer sur l’état d’esprit de notre réserve.

On ne peut pas être totalement serein dans les temps actuels, mais on peut tout de même rester confiant. Ce sera ma conclusion.

M. Michel Voisin. Nous avons eu un bel exemple de réserviste dans notre commission : notre ancien collègue, Jean-Claude Beaulieu, qui était chirurgien, se mettait pendant cinq semaines par an à votre disposition sur les théâtres d’opérations.

M. le médecin général Jean-Marc Debonne. Nous le connaissons bien, et j’ai eu l’occasion de dialoguer à plusieurs reprises avec lui.

Mme la présidente Patricia Adam. Mon général, nous vous remercions.

La séance est levée à dix-neuf heures.

*

* *

Membres présents ou excusés

Présents. - Mme Patricia Adam, M. Olivier Audibert Troin, M. Jean-Jacques Bridey, M. Jean-Jacques Candelier, M. Guy Chambeffort, M. David Comet, Mme Geneviève Gosselin-Fleury, Mme Edith Gueugneau, M. Christophe Guilloteau, M. Francis Hillmeyer, M. Alain Marty, M. Damien Meslot, M. Alain Moyne-Bressand, M. Joaquim Pueyo, M. Gwendal Rouillard, M. Michel Voisin

Excusés. - M. Claude Bartolone, M. Philippe Briand, Mme Catherine Coutelle, Mme Geneviève Fioraso, M. Serge Grouard, M. Éric Jalton, M. Jean-Yves Le Déaut, M. Frédéric Lefebvre, M. Jean-Claude Perez