



L'HÉTAIRIE

Le combat des idées à gauche

## La médecine de l'avant, ici et maintenant !

**Alexandre  
PAPAEMMANUEL**

*Chef du pôle Défense  
nationale de L'Hétairie*

*Enseignant à Sciences  
Po*

*« C'est parce que la catastrophe constitue un destin détestable  
dont nous devons dire que nous n'en voulons pas  
qu'il faut garder les yeux fixés sur elle, sans jamais la perdre de vue. »  
Pour un catastrophisme éclairé de Jean-Pierre Dupuy*

Le 16 mars, Emmanuel Macron annonce le déploiement d'un hôpital de campagne, établissement provisoire de soins, dont la mise en œuvre est ordinairement décidée, en temps de guerre, à proximité d'une zone de combat. Le foyer de contagion de Mulhouse fait office d'épicentre et il faut agir vite. Le [régiment médical de Valbonne](#) prépare l'installation des structures mobiles à proximité de l'hôpital de Mulhouse et la polémique enflamme déjà sur le délai nécessaire à une telle opération. La France, en crise, s'impatiente.

Le 25 mars, le Président de la République annonce, devant un Élément Militaire de Réanimation (EMR), l'opération militaire Résilience, « *entièrement consacrée à l'aide et au soutien des populations pour faire face au Covid-19, en métropole et Outre-mer [...], au soutien des services publics et des Français dans les domaines de la santé, de la logistique et de la protection* ». Après Sentinelle, une nouvelle opération d'envergure mobilise en un temps record les forces armées sur le territoire national.

Dans ce contexte de crise sanitaire, l'État redevient l'ultime rempart pour protéger les citoyens et cette mobilisation prend corps grâce à l'action de son Armée. De la reconstruction d'une cathédrale à la gestion de crise sanitaire, de la formation de la jeunesse au maintien de l'ordre, le savoir-faire des Armées compense souvent les carences de nombreuses politiques publiques délaissées par déficit stratégique. L'action des militaires camoufle désormais les difficultés de services publics exsangues.

Mais le 15 avril, 20 marins du Charles-de-Gaulle sont hospitalisés, huit sont sous oxygénothérapie tandis que l'un d'entre eux est en réanimation. La crise sanitaire frappe sans distinction civils ou militaires. En effet, sur un effectif de 2 300 militaires, 940 marins ont été testés positifs à leur retour à Toulon. Lors de son audition devant le Sénat, la directrice centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) a reconnu que : « *La contamination du porte-avions [constituait] un événement absolument majeur* » et qu'« *il y aura sans nul doute des conséquences*

tirer à l'issue de cette crise, qu'il s'agisse des spécialités médicales du SSA, ou du matériel ».

Gouverner c'est prévoir, mais comment se préparer à l'inconnu ? La surprise stratégique<sup>1</sup> ne s'avère pourtant pas totale car, dans la continuité des deux livres blancs précédents, la Revue stratégique de 2017 avait signalé comme réel le « *risque d'émergence d'un nouveau virus franchissant la barrière des espèces ou échappant à un laboratoire de confinement* ». Le document a, en conséquence, promu deux aptitudes structurantes :

- « *Contribuer à la sécurité intérieure sur le territoire national : aptitude qui regroupe un ensemble cohérent de mesures permanentes et conjoncturelles destinées à appuyer et soutenir l'action interministérielle.* »

- « *Soutenir les opérations et les forces : aptitude permettant aux forces de durer en opérations extérieures et sur le territoire national. Les fonctions soutien commun, santé, énergie, flux logistiques (ravitaillement), maintien en condition opérationnelle des équipements et des combattants, recrutement et formation constituent les piliers de cette aptitude.* »

Dans cette perspective, les Armées peuvent notamment s'appuyer sur le Service de Santé des Armées (SSA), contributeur actif à la résolution des crises sanitaires. Outil au service de la « *résilience de la Nation. [Il] a ainsi été sollicité à plusieurs reprises pour mettre à disposition de l'État des personnels réactifs, organisés, formés à l'urgence et aux situations de crise*<sup>2</sup> », comme à l'occasion de l'épidémie de chikungunya à la Réunion en 2008, de la campagne vaccinale durant l'épidémie de grippe H1N1 en 2009 ou lors de la prise en charge de patients Ebola. Le SSA agit lorsque les moyens civils similaires sont inexistant, indisponibles, insuffisants ou inadaptés. Cette évolution, introduite dans la doctrine d'engagement des armées sur le territoire national, induit une capacité permanente de réponse sanitaire. Pareille contribution vient compléter l'action des acteurs civils et agit principalement comme effet « *starter* », pour permettre ensuite au SSA de se régénérer rapidement sans fragiliser sa capacité à remplir sa mission prioritaire de soutien des forces.

**Le SSA agit lorsque les moyens civils similaires sont inexistant, indisponibles, insuffisants ou inadaptés.**

Mais la matérialisation de cette « santé de l'avant » sur notre territoire national en temps de paix constitue un fait inédit matérialisé par le balai des évacuations par des moyens militaires ou le déploiement d'hôpitaux de campagne dans nos régions. Pourtant, le SSA a connu une très forte déflation

<sup>1</sup> Entretien de Jean-Baptiste JEANGENE VILMER par Jean Guisnel, « Covid-19 : « Nous ne nous trouvons pas face à une surprise stratégique ! », [Le Point](#), 21 mars 2020.

<sup>2</sup> « Le modèle SSA 2020 » document N°500154/DEF/DCSSA/PS du 4 janvier 2016.

de ses effectifs (10% en cinq ans) même si la trajectoire de la dernière Loi de Programmation Militaire a commencé à corriger cette tendance car « *les effectifs du service de santé des armées ont atteint leur point bas au début de l'année 2017, avec 14.487 équivalents temps plein (ETP)* » a rappelé Mme Parly aux Sénateurs lors d'une audition. Aussi, quand viendra le moment de tirer les leçons de cette crise, la ministre a-t-elle assuré qu'elle veillera « *à ce que les réflexions sur le système de santé publique prennent en compte le service de santé des armées*<sup>3</sup> ». Une vigilance indispensable au regard des avanies subies par ce service.

## Le risque était prévu, pas les moyens.

Depuis les années 1980, le SSA connaissait une diminution du recrutement. Mais la fin de la conscription, réduisant de 23% les effectifs du ministère de la Défense entre 1996 et 2001 ainsi que la demande de soins, ont conduit les autorités à infliger au SSA une réduction d'un quart de ses effectifs médicaux. Cette très forte déflation a d'ailleurs été actée dans la loi de programmation militaire (LPM) 1997-2002.

Les lois de programmations militaires suivantes ont maintenu la réduction budgétaire, symboliquement masquée par la puissance incantatoire de la mention du risque pandémique dans les trois derniers livres blancs. En particulier, le Livre blanc de 2008 précisait : « *Le service de santé des armées sera engagé et apportera son expertise dans le domaine médical, ses capacités d'analyse biologique et son personnel soignant* » sans que les moyens conférés ne permettent d'espérer tenir ce rôle.

Le mouvement va même s'accélérer avec la survalorisation de la nécessaire efficacité de la performance de l'action de l'État. En 2010, dans le rapport « Médecins et hôpitaux des armées », les Sages de la Cour des comptes soulignent ainsi que « *le ministère de la Défense doit mieux hiérarchiser ses priorités budgétaires en faveur des dépenses les plus utiles à la santé des soldats. La politique d'autonomie des hôpitaux militaires doit donc être*

***La fin de la conscription réduisant de 23% les effectifs du ministère de la Défense ainsi que la demande de soins, ont conduit les autorités à infliger au SSA une réduction d'un quart de ses effectifs***

<sup>3</sup> Audition de Mme Florence PARLY, ministre des armées, et de Mme Geneviève DARRIEUSSECQ, secrétaire d'État auprès de la ministre des armées (en téléconférence) devant la commission des Affaires étrangères, de la défense et des Forces Armées, vendredi 10 avril 2020.

*abandonnée et le service de santé doit rechercher avec les autorités civiles une stratégie crédible de redressement.* » Le document insiste également sur le rééquilibrage des comptes du service de santé des armées pour pérenniser le fonctionnement des hôpitaux militaires.

Le SSA est donc sommé de se réorganiser, apparaissant trop « isolé », « dispersé », « *ses emprises, dans l'offre de soins avec des spécialités parfois éloignées du cœur de métier, dans les activités et dans certaines fonctions* <sup>4</sup> ». Il ne serait pas adapté aux normes et empêché par la lourdeur de sa gouvernance. La performance marchande est érigée en principe d'organisation.

A la suite des attentats de 2015, la clause de revoiyure met un terme à la déflation des effectifs et permet une première remontée en puissance des Armées et, par effet de bord, du SSA, lequel a été mobilisé lors des attentats, notamment l'hôpital militaire Bégin qui a accueilli une cinquantaine de victimes du Bataclan.

Cependant, la performance économique, alpha et oméga de la santé militaire, conduit le SSA à devoir « *susciter les partenariats et les mutualisations susceptibles de diminuer les coûts, de s'assurer d'une valorisation optimale des prestations offertes par le service. Les acteurs produisant des soins ou des services doivent garder en permanence présent à l'esprit le rapport coût/efficacité de leurs activités, culture encore imparfaitement ancrée dans le monde de la santé* <sup>5</sup> ». Un management caricatural s'abat alors sur les médecins militaires : « *Il appartient aux responsables, à tous les niveaux, de susciter une culture de résultat chez l'ensemble du personnel, de mettre en place les organisations les plus performantes, spécifiques ou calquées sur celles qui ont fait leurs preuves chez nos partenaires et de piloter cette performance en s'appuyant sur les indicateurs simples et reconnus, en vigueur dans les services de l'État ou dans le monde de la santé* <sup>6</sup> ».

Après cet essorage managérial, pour la première fois depuis 25 ans, la loi de programmation militaire 2019-2025 prévoit une augmentation de postes au profit du SSA : « *L'évolution des effectifs du SSA doit permettre de préserver la capacité des armées françaises à entrer en premier sur les théâtres d'opérations et à assurer la sécurité des forces engagées en opérations* <sup>7</sup> ». Le

**Après un essorage managérial, pour la première fois depuis 25 ans, la loi de programmation militaire 2019-2025 prévoit une augmentation de postes au profit du SSA**

<sup>4</sup> « Contrat de Service SSA » 2020 N°515696/DEF/DCSSA/PS du 25 novembre 2013

<sup>5</sup> « Contrat de Service SSA » *loc. cit.*

<sup>6</sup> Contrat de Service SSA » *loc. cit.*

<sup>7</sup> Loi n°2018-607 du 13 juillet 2018 relative à la programmation militaire pour les années 2019 à 2025 et portant diverses dispositions intéressant la défense

recrutement d'une centaine de médecins généralistes contractuels et d'une vingtaine de chirurgiens orthopédiques devient alors possible<sup>8</sup>.

Mais le SSA doit plus que jamais rester attractif alors que les forces sont en "surprojection" et que la tension des déploiements extérieurs pèse sur les personnels. Du fait de la concurrence avec le système de santé publique, les personnels civils et militaires du SSA préfèrent souvent des postes mieux payés et moins exposés. En outre, la contribution du SSA à la résolution de la crise sanitaire que nous traversons ne doit en aucun cas fragiliser sa capacité à remplir sa mission prioritaire, à savoir celle du soutien santé opérationnel des forces, véritable raison d'être.

## Retour sur « Résilience » vue depuis le SSA

Comme l'évoquait Marx, les événements se répètent, passant de la tragédie à la farce<sup>9</sup> : les apôtres de la réduction de l'action de l'État d'hier, réclament désormais avec empressement l'intervention des Armées. Car depuis le début de la crise COVID 19, le SSA est en soutien des opérations d'évacuation de patients mais également la structure d'accueil de nombreux patients dans ses hôpitaux<sup>10</sup>, dont l'EMR (600 jours d'hospitalisation).

*Les apôtres de la réduction de l'action de l'État d'hier, réclament désormais avec empressement l'intervention des Armées*

En effet, l'opération Résilience a permis le transfert, parfois grâce à la solidarité européenne, d'au moins 139 patients depuis les régions les plus touchées, ainsi que l'acheminement de plus de 130 soignants vers des hôpitaux en tension. Pourtant, le succès de l'opération "Résilience" pilotée par le Centre de planification et de conduite des opérations (CPCO) dépend des leviers que le commandement pourra conserver dans la durée sur les organisations pour garantir la sûreté, la continuité et la réactivité nécessaires aux opérations.

<sup>8</sup> Maryline GYGAX GENERO, directrice centrale du Service de santé des armées, Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, réunion du 23 janvier 2019 à 9h30.

<sup>9</sup> « Tous les grands événements et personnages historiques se répètent pour ainsi dire deux fois [...] la première fois comme tragédie, la seconde fois comme farce », Karl MARX, *Le 18 Brumaire de Louis Bonaparte*.

<sup>10</sup> Hôpital Bégin qui détient une expertise dans les maladies infectieuses et Percy en Ile-de-France, Saint-Anne et Laveran en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Clermont-Tonnerre en Bretagne, et le déploiement d'un hôpital de campagne à Mulhouse. L'hôpital d'instruction des armées HIA Robert Piqué à Bordeaux a reçu de nombreux venant de la région Grand Est.

## La complexe gestion d'un EMR

De nombreux commentateurs se sont empressés de critiquer le temps nécessaire à la mise en place de l'EMR de Mulhouse, dont une partie est en cours de démantèlement pour « reconstitution de force » en vue d'un potentiel redéploiement. Or le SSA a dû gérer en un temps record, le rassemblement du matériel nécessaire, la préparation, l'opération et le démantèlement d'un EMR pour une complémentarité pleine et entière avec le CHU local.

Avant de prendre en charge les patients, il faut sécuriser l'EMR. Cette phase oblige également de pouvoir connaître les disponibilités des moyens matériels, leurs interopérabilités et valider les processus métiers de partage d'information tout au long de la chaîne. Et si le SSA dispose ainsi d'antennes chirurgicales déployables, il a dû inventer de toutes pièces le module de réanimation de Mulhouse, pour désengorger celui de la ville, débordé par l'afflux de malades du coronavirus.

L'EMR a également bénéficié d'une chaîne logistique lui permettant un ravitaillement sanitaire exemplaire grâce notamment aux réserves stratégiques sanitaires de l'armée. Au total, la structure mobilise directement une centaine de personnels, et bien davantage si l'on considère les acteurs mobilisés pour assurer la sécurité et la cybersécurité de l'installation.

## L'organisation du ravitaillement sanitaire (RAVSAN)

Dans la région grand Est, une infrastructure militaire entrepose et entretient 60% de la réserve stratégique sanitaire de l'armée, soit quelque 5.000 références, du pansement à l'antenne chirurgicale. Grâce à cela le SSA met en place les moyens nécessaires au service de la chaîne de ravitaillement afin d'assurer la bonne gouvernance des médicaments, produits sanguins, gaz médicaux, matériels biomédicaux et dispositifs médicaux indispensables au bon fonctionnement d'un hôpital de campagne. Le défi est de taille car l'État-major doit disposer :

- d'une visibilité sur l'ensemble de la chaîne logistique en intégrant les données des fournisseurs, producteurs, logisticiens, impliqués dans la préparation, la montée en puissance et les opérations de l'hôpital de campagne,
- d'une capacité de prioriser les traitements des problèmes identifiés dans cette chaîne de valeur du ravitaillement,
- d'une planification intégrée selon différents scénarios opérationnels fonction de l'évolution de la crise sanitaire.

Cette capacité d'organisation du ravitaillement est d'autant plus exemplaire si on la compare à celle du secteur industriel qui doit actuellement

repenser intégralement ses chaînes d'approvisionnement bousculées par la crise sanitaire.

### Sécurisation et planification du soutien médical

Au-delà des missions de sécurité et de protection (hôpitaux, escorte de convois logistiques, stockage d'équipements de protection sanitaire, etc.), une aide logistique est également fournie aux hôpitaux. Cette capacité de planification est le fruit d'une coordination entre différents acteurs interarmées, mais également entre armées, directions et services, dans une logique réciproque de soutenant/soutenu pour mettre sur pied un dispositif de soutien médical performant et ainsi compenser l'absence de moyens logistiques propres. Le SSA peut rapidement :

- identifier le personnel de la fonction santé à déployer et des autres pourvoyeurs (armées en particulier) selon le rythme imposé par la crise sanitaire ;
- mettre à disposition du Centre du Soutien des Opérations et des Acheminements (CSOA) les dotations médicales dans les dépôts du SSA pour l'organisation du pré-acheminement vers les hôpitaux ;
- prioriser la projection de ces matériels conformément aux directives du CPCO, en fonction notamment des déplacements récents de populations provenant de foyers de contagion du COVID 19 vers des zones non encore contaminées, des capacités d'accueil des hôpitaux en région, etc. ;
- suivre la projection du personnel, du matériel et des produits de santé, et des moyens des armées mis à disposition des hôpitaux de campagne (ex. : véhicules, groupes électrogènes, etc.).

***Cette agilité interarmées est également soutenue par une capacité à s'intégrer dans des opérations combinées avec nos partenaires européens***

Cette agilité interarmées est également soutenue par une capacité à s'intégrer dans des opérations combinées avec nos partenaires européens. L'action médicale de l'avant s'inscrit alors dans une logique de poupées gigognes, de l'action de proximité du patient à son transfert chez nos voisins européens. En effet, le SSA inscrit logiquement sa doctrine dans celle de la coopération interalliée car le « *soutien médical aux engagements opérationnels est le plus souvent multinational, dans le cadre d'opérations conduites par l'OTAN, l'Union européenne (UE), l'Organisation des Nations Unies (ONU) ou dans le cadre de coalition ad hoc<sup>11</sup>* ». L'opération Résilience met ainsi en œuvre cette interopérabilité *via* notamment le transfert par le 1<sup>er</sup> régiment

<sup>11</sup> Doctrine interarmées du soutien médical aux engagements opérationnels DIA-4.0.10\_SOUTMED-OPS (2014).

d'hélicoptères de combat de Phalsbourg de patients atteints du coronavirus pour désengorger les hôpitaux du Grand Est.

## Militarisation de la santé : les défis d'une nécessaire valorisation

8

Le SSA s'avère robuste dans sa capacité à faire face, mais fragile dans son équilibre budgétaire ; il doit donc être soutenu et pensé en lien avec les prochains efforts budgétaires dont devrait bénéficier le secteur hospitalier civil. En effet, le RETEX COVID 19 des Armées permettra sans doute de donner un nouvel élan aux centres médicaux des armées de nouvelle génération (CMA NG) qui doivent s'inscrire dans une carte de santé nationale sans doute remodelée à la faveur de la crise.

### La gestion de l'usure d'un SSA tirillé entre Opint et Opex

La médecine de Force est la raison d'être du SSA. En plus de l'opération Résilience, le SSA soutient les Armées dans les opérations Barkhane, Chammal mais aussi celles sous mandat européen et onusien. Or l'activation du contrat opérationnel de protection à la suite de l'épidémie COVID 19 ouvre une nouvelle phase dans la longue histoire de l'engagement des forces terrestres au profit de la sécurité intérieure. Avec l'opération Sentinelle, l'armée de Terre a mobilisé 10 000 hommes sur le territoire national ; l'adjonction de « Résilience » engendre donc une pression sur la ressource humaine et le cycle de préparation opérationnelle.

### Un meilleur suivi des personnels

Pour assurer un grand écart entre théâtre lointain et opérations sur le territoire national, la protection médicale de la force doit permettre de maintenir le potentiel humain, individuel et collectif, et repose sur des mesures médicales de recueil de l'information, d'analyse des risques, de prévention, de surveillance (clinique et épidémiologique). En particulier, **il s'avère nécessaire de pouvoir identifier les personnels ayant pu être exposés à d'autres présentant des symptômes ou ayant été testés positifs en retraçant les missions communes à partir d'une date donnée [Recommandation n°1]**. Ce suivi des contaminations doit s'opérer dans le

respect de la réglementation sur les données de santé et les sources de données spécifiques issues de la chaîne opérationnelle afin de mieux :

- Piloter la disponibilité des infirmiers, infirmiers anesthésistes, anesthésistes réanimateurs, infirmiers convoyeurs de l'air et médecins aéronautiques,
- Gérer les retour d'OPEX et s'assurer de la santé des personnels déployés,
- Gérer efficacement les 3000 réservistes.

Une telle mesure permettrait de suivre l'ensemble des cas contacts et d'éviter la propagation de la maladie tout en libérant de précieuses ressources humaines aujourd'hui dédiées à rassembler ces informations, d'accélérer leur mise à disposition et, ainsi, d'aider à anticiper les mesures à prendre.

### **Œuvrer pour l'attractivité du service et la fidélisation des personnels**

Les Armées doivent faire face à un défi de taille : concilier la tension des effectifs entre Résilience et OPEX alors que les carences de personnels sont déjà sensibles dans certaines spécialités telles que les chirurgiens orthopédistes, les dentistes, les infirmiers en soins spécialisés de bloc opératoire diplômés d'État et les masseurs kinésithérapeutes. Or la surprojection use et conduit parfois un personnel à quitter l'institution. Ce risque ne peut être pris lors de telles crises sanitaires.

Face à une régénération complexe, le monde anglo-saxon a poussé à l'extrême la logique de complémentarité public -privé avec la création de nombreuses compagnies telles que [Remote Medical International](#), [Aspen Medical](#), [Caliburn](#). En effet, l'attractivité du secteur civil est particulièrement forte pour certaines spécialités hospitalières (radiologie, anesthésie-réanimation et chirurgie), favorisant de nombreux départs de l'institution qu'il convient de corriger par une politique de valorisation des expériences conjointes des deux rives de l'exercice de la santé.

Dans cette perspective, et pour se régénérer, le SSA **devra œuvrer à la fidélisation de ses personnes [Recommandation n°2]** et pour cela :

- éviter la concurrence de la fonction publique hospitalière sur certaines spécialités en mettant en place des passerelles professionnelles après certaines années de service tout en favorisant des aller retours [Recommandation n°2 bis]. Cette approche innovante de la gestion RH permettra le rayonnement des innovations médicales dans les hôpitaux civils ; ;
- travailler sur l'octroi de primes et de récompenses [Recommandation n°2 ter],

- ajuster les conditions d'emploi, la fréquence d'exercice, et les conditions de projection notamment pour les jeunes chirurgiens diplômés [Recommandation n°2 *quater*],
- élargir le vivier de ressources humaines disponibles en faisant un recours efficient à la réserve, mais également à l'embauche de personnels contractuels [Recommandation n°2 *quinquies*].

### L'innovation du SSA au service de la santé des Français

Pour compenser les 30 minutes de décongélation du plasma congelé, le SSA a mis au point un plasma lyophilisé, cryodesséché, reconstituable en quelques minutes, plus aisément transportable. Cet exemple illustre l'apport de l'innovation militaire à la santé publique. Le médecin militaire innove par obligation de réactivité et par nécessité opérationnelle. De fait, le SSA doit poursuivre son insertion dans la logique d'innovation globale du ministère des Armées et capitaliser sur les innovations financées par l'Agence de l'Innovation de Défense. En effet, l'appel à projets lancé par l'Agence de l'Innovation de Défense du ministère des Armées a connu un énorme succès en recueillant plus de 2500 propositions. Les propositions de NG Biotech (test sérologique) et B for Cure (détection rapide du virus) ont d'ores et déjà été sélectionnées. **Les prochaines innovations de lutte contre le COVID 19 soutenues par le ministère des Armées devraient également être sélectionnées en fonction de leur capacité à s'insérer pleinement dans la démarche capacitaire moyen et long terme du SSA [Recommandation n°3].**

*Le médecin militaire innove par obligation de réactivité et par nécessité opérationnelle.*

En effet, cette innovation doit pouvoir être au service de la modernisation du SSA, laboratoire opérationnel exigeant, au profit d'innovations utiles qui pourraient servir la santé publique. Le RETEX du SSA peut être précieux pour les acteurs de santé publique notamment pour les domaines suivants :

- Suivi des contaminations et tenue de situation épidémiologique : vue globale et temps réel de l'ensemble des cas sur le territoire, détection de nouveaux foyers et adaptation de la réponse en assignant des tâches à des villes ou à des hôpitaux ;
  - Détection de nouveaux cas suspectés à l'aide d'alertes ;
  - Déploiement des soignants et des équipements ;
  - Analyse d'impact : quelles sont les conséquences des fermetures de certaines infrastructures afin de prévenir l'isolation totale d'une partie de la population (manque de nourriture, de médicaments, d'essence...) ?

Pour répondre à ces objectifs, ces innovations doivent en particulier être au service de :

- **la rénovation et l'exhaustivité des plateaux techniques des hôpitaux du SSA** pour les adapter aux besoins et aux spécificités des forces soutenues, afin de réaliser des actes de soins et d'expertise exigeants [**Recommandation n°4**].

- l'accélération du déploiement CMA NG numérique dans une logique de coopération entre les professionnels de l'écosystème de santé, militaire et civil. **La médecine des forces doit ainsi pouvoir disposer d'un véritable système d'information dédié, ouvert et interopérable avec les partenaires de santé** [**Recommandation n°5**].

- la **valorisation de la recherche biomédicale de défense** [**Recommandation n°6**] pour être en capacité de répondre aux besoins d'expertise, d'adaptation et de formation aux environnements rapidement évolutifs et très spécifiques des situations opérationnelles. L'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA), sur le site de Brétigny-sur-Orge, doit pouvoir être inséré dans les initiatives nationales de santé publique à travers son laboratoire mais également ses données opérationnelles issues des OPEX. En effet, l'IRBA doit permettre de mettre au point de moyens de protection pour les Forces Armées et de contre-mesures médicales qui trouvent parfois une application civile.

### La valorisation du SSA dans les politiques publiques de Santé

Au regard de la prouesse organisationnelle et logistique précitée, l'EMO Santé, en plus de son soutien aux Armées, doit pouvoir **insérer sa contribution dans la cellule interministérielle de crise (CIC)** et en particulier aux cellules de crise du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national, mais également du Ministère des Affaires étrangères et du développement international pour les crises extérieures [**Recommandation n°7**].

Ce rôle central doit se confirmer par **l'intégration régulière du SSA lors d'exercices sanitaires** impliquant demain les nombreux acteurs du système de santé pour une meilleure exhaustivité des exercices de crise gouvernementaux et internationaux [**Recommandation n°8**]. Les retours d'expérience du SSA sur les crises sanitaires et les enseignements COVID 19 doivent également dépasser les silos ministériels pour être partagé avec les services de l'État et les professionnels de santé.

De même, le ministère des Armées, grâce au rôle du SSA, doit tenir une **place de premier rang dans les travaux du comité interministériel pour la santé, placé auprès du Premier ministre** [**Recommandation**

**n°9].** Il est en effet devenu un acteur d'une politique publique ayant un impact sur la santé et, à ce titre, doit pouvoir faire valoir sa nécessaire préservation lors des arbitrages interministériels.

### La régénération du SSA dans la prochaine stratégie nationale de santé

Les hôpitaux militaires sont pleinement intégrés au territoire de l'hôpital et accueillent des activités de médecine d'urgence, de médecine polyvalente et de réhabilitation physique et psychique en concertation avec les partenaires du service public de santé ou les établissements privés d'intérêt collectif et l'agence régionale de santé (ARS).

12

Mais le service public doit également contribuer au soutien santé des forces armées, en intégrant les hôpitaux militaires comme des acteurs à part entière de leur territoire de santé. La médecine militaire doit pouvoir se **régénérer** c'est-à-dire restaurer sa capacité opérationnelle. Le manque de ressources humaines est inquiétant selon le Haut comité d'évaluation de la condition militaire (**HCECM**) car « *le service est aujourd'hui sur-engagé par rapport au contrat opérationnel qui lui a été fixé : les médecins généralistes sont à 110 ou 120 % des objectifs assignés et les chirurgiens à 200 %* ». En effet, l'engagement du SSA induit un coût humain et financier qui pourra corroder le capital opérationnel des Armées sur le moyen et le long terme.

C'est pourquoi **la prochaine stratégie nationale de santé doit intégrer les moyens du SSA** pour compenser les impacts de cette course d'usure [**Recommandation n°10**]. Le ministère des Armées doit pouvoir dialoguer avec le haut conseil à la santé publique mais surtout être désormais intégré à la prochaine stratégie nationale de santé. Ce ne fut pas le cas dans la feuille de route de 2013.

De plus, un effort doit être réalisé sur le nombre théorique d'équipes chirurgicales prévu par le modèle SSA 2020 et nécessaire pour répondre au contrat opérationnel qui a graduellement augmenté ces dernières années (de 48 en 2018 à 51 en 2019). Cette ambition repose sur un contrat opérationnel s'appuyant sur des **recrutements conséquents de chirurgiens** [**Recommandation n°11**].

### Conserver sa militarité et penser sa complémentarité

Le dispositif santé de veille opérationnelle « DSVO » illustre le cœur de la spécificité de la culture du SSA car il permet de mobiliser, sur court préavis, des équipes constituées et entraînées. Ce dispositif est l'étincelle essentielle de l'échelon national d'urgence (ENU) à travers notamment la mise en œuvre d'un

groupement santé associé à des moyens en évacuations sanitaires par voie aérienne stratégique ou à des moyens en complément opérationnel. Véritable système santé de réponse opérationnelle d'urgence, ce dispositif, s'il est valorisé dans les premières étapes d'une crise sanitaire, peut venir à manquer si aux forces déployées.

A l'inverse du SSA, modèle de référence d'un service intégré au ministère des Armées, de nombreux pays anglo-saxons ont « *préférez, externaliser, le soutien médical aussi bien sur les territoires nationaux qu'en opex<sup>12</sup>* ». La Directrice du SSA souligne que son service sauve « *actuellement 96 % de nos blessés les plus graves, un résultat comparable à celui des Américains. Nous sommes le seul service européen capable de monter une chaîne médicale complète, de la blessure jusqu'à la réadaptation, avec chirurgie de sauvetage sur le théâtre d'opérations, puis rapatriement sur le territoire national pour une chirurgie plus complète, le tout en moins de 25 heures à partir de la blessure<sup>13</sup>* ».

***A l'inverse du SSA, modèle de référence d'un service intégré au ministère des Armées, de nombreux pays anglo-saxons ont préféré, externaliser, le soutien médical***

Pour assurer ses missions et son contrat opérationnel, selon la directrice du SSA, « *10 à 20 % du contrat opérationnel du SSA en OPEX est assuré par des réservistes. À ce jour 2 900 réservistes participent aux missions du SSA, 50 % d'entre eux sont appelés à partir à la retraite à court terme* ». **Il convient de renouveler ce vivier de réservistes et préserver cette capacité [Recommandation n°12].**

\*

\* \*

## **Nous sommes le premier et le dernier rempart**

La crise actuelle affectera-t-elle le modèle d'armée, sa complétude et sa capacité à pouvoir se réorganiser avec agilité dans un monde qui évolue ? Car

<sup>12</sup> Philippe CHAPLEAU, Sécurité globale, « Soutien médical : les services de santé des armées face aux SMP » Automne 2009. Ainsi, les Anglais ont-ils intégré leur médecine militaire dans le National Health Service (le système de la santé publique du Royaume-Uni).

<sup>13</sup> « À la tête du service de santé des armées, Maryline Gygax Généro », propos recueillis par Guéric PONCET « Dans 30 ans, nous aurons peut-être des robots chirurgicaux dans les hélicoptères », publié le 04 mai 2020.

une capacité opérationnelle est un capital qui se dilapide quand l'urgence l'impose. L'épargne est inenvisageable en temps de crise. Il faudra régénérer, mais il faut également donner sans compter pour protéger, au risque du sacrifice vertu cardinale des Armées.

Si le monde d'après doit s'anticiper, ne résumons pas cette opération militaire inédite à une opération de communication ou un vecteur pour défendre une courbe budgétaire conquérante. Il s'agit d'une mobilisation exceptionnelle en OPINT, preuve de la réactivité de nos Forces posant de la question de l'organisation dans le chaos, de la préparation à l'imprévu.

## *Synthèse des recommandations*

**Recommandation n°1 :** Pouvoir identifier les personnels ayant pu être exposés à d'autres présentant des symptômes ou ayant été testés positifs en retraçant les missions communes à partir d'une date donnée ;

**Recommandation n°2 :** Œuvrer à la fidélisation de ses personnes ;

**Recommandation n°3 :** Sélectionner les prochaines innovations de lutte contre le COVID 19 soutenues par le ministère des Armées en fonction de leur capacité à s'insérer pleinement dans la démarche capacitaire moyen et long terme du SSA ;

**Recommandation n°4 :** Innover en faveur de la rénovation et l'exhaustivité des plateaux techniques des hôpitaux du SSA pour les adapter aux besoins et aux spécificités des forces soutenues, afin de réaliser des actes de soins et d'expertise exigeants ;

**Recommandation n°5 :** Innover en faveur de l'accélération du déploiement CMA NG numérique dans une logique de coopération entre les professionnels de l'écosystème de santé, militaire et civil. La médecine des forces doit ainsi pouvoir disposer d'un véritable système d'information dédié, ouvert et interopérable avec les partenaires de santé ;

**Recommandation n° 6 :** Innover en faveur de la valorisation de la recherche biomédicale de défense ;

**Recommandation n° 7 :** Insérer l'EMO Santé dans la cellule interministérielle de crise (CIC) et les autres cellules ministérielles ;

**Recommandation n°8 :** Intégrer le SSA aux exercices sanitaires impliquant demain les nombreux acteurs du système de santé pour une meilleure exhaustivité des exercices de crise gouvernementaux et internationaux ;

**Recommandation n°9 :** Conférer au ministère des Armées une place de premier rang dans les travaux du comité interministériel pour la santé, placé auprès du Premier ministre ;

**Recommandation n°10 :** Intégrer dans la prochaine stratégie nationale de santé les moyens du SSA pour compenser les impacts de cette course d'usure ;

**Recommandation n°11 :** Recruter des chirurgiens ;

**Recommandation n°12 :** Renouveler le vivier de réservistes et préserver cette capacité.