

Crédits photo :

- *ECPA-D*
- *IRBA*
- *BCISSA*
- *ESA*
- *BMPM*
- *SIRPA Terre*

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| MANDAT | 7 |
| PREAMBULE..... | 9 |
| SYNTHESE | 11 |
| LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES EN 2013 | 15 |
| 1. L'organisation et les ressources du SSA | 17 |
| 1.1. Organisation | 17 |
| 1.2. Ressources humaines | 18 |
| 1.3. Ressources financières | 19 |
| 2. La dynamique du changement dans le SSA | 21 |
| 2.1. La période historique | 21 |
| 2.2. Les bouleversements des années 1980-2000 | 21 |
| 2.3. 2000-2013 : une longue période de réformes de l'État | 21 |
| LE DIAGNOSTIC STRATEGIQUE | 25 |
| 1. Le diagnostic stratégique externe | 27 |
| 1.1. Les changements de paradigme de la défense | 27 |
| <i>1.1.1. Le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013</i> | 27 |
| <i>1.1.2. La loi de programmation militaire 2014-2019</i> | 28 |
| 1.2. Les changements de paradigme de la santé | 29 |
| <i>1.2.1. Les évolutions des déterminants de la santé</i> | 29 |
| <i>1.2.2. Les quatre axes de la stratégie nationale de santé</i> | 31 |
| 2. Le diagnostic stratégique interne..... | 33 |
| 2.1. Les forces | 33 |
| <i>2.1.1. Les valeurs</i> | 33 |
| <i>2.1.2. Les aptitudes</i> | 33 |
| <i>2.1.3. La cohérence du Service</i> | 34 |
| 2.2. Les vulnérabilités | 34 |
| <i>2.2.1. L'isolement</i> | 34 |
| <i>2.2.2. La dispersion</i> | 35 |
| <i>2.2.3. La confrontation à des injonctions paradoxales</i> | 35 |
| <i>2.2.4. La gouvernance</i> | 35 |
| 3. Parangonnage aux modèles hospitaliers militaires..... | 37 |
| 3.1. Deux modèles hospitaliers peuvent servir de référence parmi les nations européennes | 37 |
| <i>3.1.1. Le modèle hospitalier militaire allemand</i> | 37 |
| <i>3.1.2. Le modèle hospitalier militaire britannique</i> | 37 |
| 3.2. Outre-atlantique, hormis le modèle américain, non comparable avec un format européen, le modèle canadien est intéressant. | 38 |
| 3.3. Analyse | 38 |
| LES FONDEMENTS DU PROJET « SSA 2020 »..... | 41 |
| 1. Un enjeu majeur : la performance | 43 |
| 1.1. La performance technique | 43 |
| <i>1.1.1. L'enjeu</i> | 43 |
| <i>1.1.2. Le champ de la performance technique</i> | 43 |
| <i>1.1.3. Les moyens à mobiliser</i> | 43 |
| 1.2. La performance économique | 44 |
| <i>1.2.1. L'enjeu</i> | 44 |
| <i>1.2.2. Le champ de la performance économique</i> | 44 |
| <i>1.2.3. Les moyens à mobiliser</i> | 44 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 2. | La nécessité d'un nouveau projet | 45 |
| 2.1. | Des exigences de qualité | 45 |
| 2.2. | Une nécessité de continuer à donner du sens à l'engagement du personnel ... | 45 |
| 2.3. | Des impératifs économiques | 45 |
| 3. | Les missions et les activités du SSA | 47 |
| 3.1. | Le soutien santé opérationnel, mission princeps du SSA | 47 |
| 3.2. | La participation à la résilience de la nation | 47 |
| 3.3. | Les autres missions et activités du SSA | 48 |
| 4. | Cinq principes pour y parvenir | 49 |
| 4.1. | La concentration | 49 |
| 4.1.1. | <i>Concentration sur la mission</i> | 49 |
| 4.1.2. | <i>Concentration des moyens</i> | 50 |
| 4.2. | L'ouverture au service public de santé | 50 |
| 4.2.1. | <i>L'insertion dans le service public de santé : une ambition</i> | 50 |
| 4.2.2. | <i>Plusieurs objectifs</i> | 51 |
| 4.2.3. | <i>Des axes d'intervention</i> | 51 |
| 4.2.4. | <i>Des conséquences à assumer</i> | 52 |
| 4.3. | Le développement des coopérations internationales | 52 |
| 4.4. | La promotion du Service dans le champ interministériel | 53 |
| 4.5. | La simplification | 53 |
| 4.5.1. | <i>Les axes ministériels de simplification</i> | 53 |
| 4.5.2. | <i>Les axes de simplification déclinés par le SSA</i> | 53 |
| | LES DOMAINES D'INTERVENTION | 55 |
| 1. | Le soutien santé opérationnel | 59 |
| 1.1. | La chaîne santé opérationnelle | 59 |
| 1.1.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 59 |
| 1.1.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 61 |
| 1.1.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 63 |
| 1.2. | La maîtrise du risque NRBC | 69 |
| 1.2.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 69 |
| 1.2.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 70 |
| 1.2.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 70 |
| 1.3. | La contribution du SSA à la réponse aux crises sur le territoire national | 73 |
| 1.3.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 73 |
| 1.3.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 73 |
| 1.3.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 74 |
| 2. | Les composantes du SSA | 77 |
| 2.1. | La médecine des forces | 77 |
| 2.1.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 77 |
| 2.1.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 80 |
| 2.1.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 80 |
| 2.2. | La médecine hospitalière | 87 |
| 2.2.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 87 |
| 2.2.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 88 |
| 2.2.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 90 |
| 2.3. | Le ravitaillement sanitaire | 99 |
| 2.3.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 99 |
| 2.3.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 100 |
| 2.3.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 101 |
| 2.4. | La recherche | 103 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 2.4.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 103 |
| 2.4.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 104 |
| 2.4.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 105 |
| 2.5. | La formation | 109 |
| 2.5.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 109 |
| 2.5.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 109 |
| 2.5.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 113 |
| 3. | Les fonctions supports | 117 |
| 3.1. | La fonction ressources humaines | 117 |
| 3.1.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 117 |
| 3.1.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 118 |
| 3.1.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 118 |
| 3.2. | Les systèmes d'information et de communication | 125 |
| 3.2.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 125 |
| 3.2.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 125 |
| 3.2.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 127 |
| 3.3. | La fonction achats-finances | 131 |
| 3.3.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 131 |
| 3.3.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 132 |
| 3.3.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 132 |
| 3.4. | La fonction infrastructure | 135 |
| 3.4.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 135 |
| 3.4.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 136 |
| 3.4.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 138 |
| 3.5. | Les investissements techniques | 141 |
| 3.5.1. | <i>La situation aujourd'hui</i> | 141 |
| 3.5.2. | <i>Les facteurs du changement</i> | 141 |
| 3.5.3. | <i>Les axes d'intervention</i> | 142 |
| 4. | La gouvernance, le management et l'organisation | 145 |
| 4.1. | La situation aujourd'hui | 145 |
| 4.1.1. | <i>L'échelon central : une préfiguration de l'organisation Balard 2015</i> | 145 |
| 4.1.2. | <i>Une organisation disparate des grands domaines d'activité</i> | 146 |
| 4.2. | Les facteurs du changement | 147 |
| 4.2.1. | <i>Les impératifs de simplification</i> | 147 |
| 4.2.2. | <i>L'insertion dans le pôle ministériel de Balard</i> | 147 |
| 4.2.3. | <i>Les évolutions dans la gouvernance du système de santé</i> | 147 |
| 4.2.4. | <i>L'inscription dans une dynamique continue de profondes mutations</i> | 147 |
| 4.3. | Les axes d'intervention | 148 |
| 4.3.1. | <i>Finaliser la réforme de l'administration centrale du SSA en renforçant la logique de transversalité, et aligner stratégiquement l'ensemble des acteurs</i> | 148 |
| 4.3.2. | <i>Mettre en œuvre une méthode moderne de management intégré</i> | 150 |
| 4.3.3. | <i>Se doter des moyens et des leviers permettant de réussir le changement</i> | 150 |
| 5. | Communication et mobilisation | 153 |
| 5.1. | Une stratégie de communication adaptée | 153 |
| 5.2. | Une mobilisation de l'ensemble des acteurs du SSA et des partenaires | 153 |
| | CONCLUSION | 155 |
| | ABREVIATIONS | 157 |
| | GLOSSAIRE | 161 |
| | ANNEXES | 165 |

MANDAT



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Le Ministre

Paris, le 03 DEC. 2012
N° /DEF/CAB/CM23
11903

Monsieur le médecin général des armées,

Par décret du Président de la République du 18 octobre 2012, vous avez été nommé directeur central du service de santé des armées (SSA).

Cette nomination me conduit à vous demander de mener un projet novateur qui doit constituer une nouvelle étape dans la transformation du Service. Ce projet devra être conduit dans un souci permanent de dialogue participatif de toutes les forces vives qui composent le Service.

Il s'articulera principalement autour des deux piliers majeurs que sont la médecine au profit des forces armées et la médecine hospitalière dont il s'attachera à améliorer le service rendu et à accroître l'efficacité globale. Pour ce faire, il inscrira son action dans les politiques de la santé publique, dans une démarche pleinement concertée et en parfaite synergie. Tout en conservant les marges de manœuvres indispensables à l'action du ministère, il nouera des liens privilégiés avec l'ensemble des acteurs de la santé, notamment afin de s'insérer dans l'offre de soins territoriale.

Ce nouveau modèle prendra en compte les orientations du prochain livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, celles s'inscrivant dans le cadre de la préparation de la prochaine loi de programmation militaire, celles liées à l'évolution des modes de financement et d'organisation des soutiens dans le ministère, ainsi que les avancées qui s'exerceront dans le domaine de l'offre de soins publique.

Vous veillerez tout d'abord à maintenir l'efficacité opérationnelle des armées en portant une attention spécifique à la préparation opérationnelle du Service. A cet égard, vous veillerez à satisfaire les besoins des forces en opérations comme sur le territoire national, en particulier en matière de moyens projetables et de résilience. La place et les moyens consentis aux centres médicaux des armées et aux praticiens qui les arment devront constituer l'épine dorsale de ce dispositif. Dans le domaine de la médecine d'armée, vous porterez une attention particulière au suivi du plan relatif aux états de stress post-traumatiques dans les armées aussi bien chez les militaires d'active que parmi les anciens militaires rendus à la vie civile.

J'attache par ailleurs une importance toute particulière à ce que vous réformiez la composante hospitalière du Service, sans fermeture d'hôpital, par la mise en œuvre d'un volet spécifique à votre projet que vous me présenterez début 2013. Ce volet hospitalier, en lien étroit avec le service public de santé et tout en respectant le format actuel sur neuf sites, devra proposer des solutions privilégiant le recentrage des capacités techniques et favoriser l'émergence de véritables pôles de compétences densifiés, notamment en traumatologie et médecine d'urgence. Il établira, en liaison avec la santé publique, les moyens de réponse au niveau territorial nécessaires à la résilience de la Nation et aux besoins spécifiques des forces armées. Il devra être ouvert à la communauté de défense, notamment aux anciens ressortissants du ministère, et à la population des territoires de santé.

Par ailleurs, je vous demande de poursuivre la transformation des autres composantes du Service, en portant une attention particulière à la capacité biomédicale de défense.

Ce nouveau projet devra permettre au SSA de se projeter de manière robuste et évolutive dans les prochaines décennies aux niveaux national, européen et international.

Enfin, votre action sera menée en mettant en œuvre, dès la fin 2012, la nouvelle organisation de la direction centrale que j'ai validée, en vue de préparer son insertion dans les futures structures de commandement. Cette rénovation des processus de gouvernance du Service devra permettre de recentrer le dispositif sur des rôles de conception, d'animation et de pilotage.

Votre implication personnelle et votre action concrète sont décisives pour la réalisation effective de ce projet ambitieux pour le service de santé et les armées. Pour cela, vous avez toute ma confiance. Vous me rendrez compte régulièrement de votre action.



Jean-Yves LE DRIAN

PREAMBULE

Assurer le soutien santé opérationnel des forces armées avec excellence reste la raison d'être, le cœur de métier du service de santé des armées. Afin de pouvoir continuer à remplir cette mission dans un contexte de plus en plus complexe et rapidement évolutif, le service doit promouvoir de nouveaux changements.

Le projet de service « SSA 2020 », travail collégial réalisé à partir du retour d'expérience des dix dernières années, s'inscrit dans le cadre d'évolutions majeures de notre système de défense et de notre système de santé, et dans un contexte de fortes contraintes financières. Il a pour objectif de créer une dynamique et de proposer une nouvelle organisation, à même de répondre aux défis de demain en les anticipant, et de faire de ces évolutions une opportunité pour le service de santé des armées, renforçant ainsi son unicité.

Cette nouvelle dynamique lui permettra de mettre ses capacités et ses compétences, parfois exclusives, au service des politiques d'État nationale et internationale. Il sera ainsi un acteur déterminant et reconnu du monde de la Défense et de la Sécurité Nationale, comme de celui de la Santé Publique.

Pour cela, le Service doit s'appuyer sur un dispositif réactif et performant, tant sur le plan opérationnel que sur le plan économique. Il doit donc être ouvert sur ses environnements et capable d'anticiper et d'intégrer leurs évolutions. Son personnel doit partager une culture de qualité globale dans une démarche de management adaptée.

Le projet de service décline comment ce rôle peut se concevoir dans le plus strict respect de la mission, et en parfaite synergie avec les partenaires nationaux et internationaux, civils et militaires, publics et privés. Il prend en compte, pour chacune des composantes et des fonctions du Service, les facteurs de changement qui conduisent à suivre certains axes d'intervention. Ces axes doivent permettre aux établissements de concevoir leur propre projet et d'être ainsi alignés sur la stratégie du Service.

Partagé avec les forces armées, ce projet a fait l'objet d'échanges interministériels en particulier au sein de la santé et de l'intérieur. Il doit maintenant être décliné par l'ensemble du Service et devenir le référentiel pour les prochaines années.

Ce projet est le nôtre, celui des femmes et des hommes du service de santé des armées. Il a été pensé pour les blessés et les malades qui sont notre combat. Fondé sur notre expérience, il se lit en regardant l'avenir.

Paris, le 31 octobre 2013
Médecin général des armées Jean-Marc DEBONNE

SYNTHESE

Le service de santé des armées (SSA) est organisé en cinq composantes : médecine des forces, médecine hospitalière, recherche, ravitaillement sanitaire et formation dont la mise en œuvre requiert des compétences spécifiques et une expertise propre aux personnels du Service. Le SSA est ainsi nécessairement en interaction permanente avec des institutions et des structures extérieures à la défense, non seulement parce que la technicité et le maintien à niveau de cette expertise imposent une proximité avec la santé publique, mais aussi pour répondre aux exigences normatives qui lui sont opposables.

Fort de plus de 11 000 militaires et 5 000 civils, ses ressources s'élèvent à 1482 millions d'euros, dont 63% de crédits budgétaires et 37% de recettes extrabudgétaires, générées principalement par son activité hospitalière. 72% de son budget finance sa masse salariale.

Depuis sa création le SSA n'a cessé de s'adapter. Les évolutions se sont accélérées et amplifiées depuis 2008. Essentiellement initiées en réaction aux contraintes, conçues dans une perspective gestionnaire, ayant en grande partie épargné la composante hospitalière, n'ayant jamais remis en cause le modèle, ces évolutions atteignent aujourd'hui leurs limites, imposant de passer d'une logique d'adaptation à une logique de réforme.

De véritables changements de paradigme sont apparus dans les mondes de la défense et de la santé. Le livre blanc sur la défense et la sécurité nationale souligne le principe d'autonomie stratégique avec son corollaire, la capacité d'entrée en premier, la nécessaire cohérence du modèle d'armée et la différenciation des forces, l'importance des mutualisations de moyens. Par ailleurs, la loi de programmation militaire, tout en maintenant un haut niveau d'ambition, demande de poursuivre l'effort déjà entrepris pour contribuer au rétablissement des comptes publics. En matière de santé, les évolutions des déterminants et des modalités de fonctionnement du système national de santé, imposent la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie nationale de santé. Celle-ci prône le décloisonnement entre les acteurs, le rééquilibrage des ressources allouées entre soin et prévention, une territorialisation de la santé favorisant les partenariats et garantissant l'égalité d'accès aux soins, la prise en compte du parcours de soins et une recherche permanente de la qualité.

Aussi, quatre facteurs de vulnérabilité liés à l'histoire du service, à son organisation et à l'évolution de son environnement sont identifiés. Tout d'abord, l'isolement du Service qui retentit sur son efficience. Cette situation est de moins en moins tenable dans un système de santé de plus en plus organisé et concurrentiel, et en contexte financier contraint. Ensuite, la dispersion qui s'exprime à la fois en termes d'emprises, dans l'offre de soins avec des spécialités parfois éloignées du cœur de métier, dans les activités et dans certaines fonctions. Par ailleurs, des injonctions paradoxales s'imposent au service entre l'évolution du monde de la santé en termes de normes, de concurrence, d'exigences opposables et les conditions opérationnelles auxquelles il est soumis du fait de ses missions régaliennes. Enfin, une complexité et une lourdeur de sa gouvernance doivent être corrigées.

Ces éléments font porter une menace concrète sur la capacité du service de santé des armées à soutenir l'engagement opérationnel des forces armées françaises. Cette menace prend une triple forme : une dégradation éventuelle de la qualité du service rendu, exposant à une inadaptation aux besoins des forces armées et remettant en cause la raison d'être du SSA ; un risque financier majeur, portant sur les investissements, dégradant le fonctionnement du SSA et majorant le coût de possession pour la défense ; enfin, une perte d'attractivité pour le personnel, les usagers du SSA et ses partenaires.

Une telle situation appelle la construction d'un nouveau modèle qui doit être fondé sur plusieurs principes :

- la concentration sur la mission, associée à la densification des moyens, avec un recentrage des activités et un nouvel équilibre « forces-hôpital » ;
- l'ouverture au service public de santé. Nécessaire à la performance technique et à la qualité du soutien santé, cette ouverture permettra au Service d'instaurer un dialogue avec son environnement et se rendre visible à ses yeux, en intégrant des réseaux, en créant des partenariats, en développant des collaborations, l'interopérabilité capacitaire et celle des SIC. Elle se réalisera aux niveaux local, régional et central ;
- le développement des coopérations internationales répondant à un impératif opérationnel. En effet, si l'ambition du service est d'assurer un soutien santé opérationnel garantissant la capacité d'entrer en premier, il ne disposera à l'avenir, que de capacités limitées pour tenir seul dans la durée. De plus, le SSA peut soutenir des contingents étrangers et intégrer des capacités de soutien médical étrangères. Les coopérations internationales doivent donc être développées tout en reposant sur trois principes : complémentarité, réciprocité, culture commune. Elles seront conduites en tenant compte de la limite qui doit être fixée au regard de l'absolue nécessité de préserver l'autonomie de la France à conduire seule, au moins initialement, une opération militaire ;
- la promotion du Service de santé des armées dans le champ interministériel. Elle reposera sur des collaborations, sans esprit de concurrence, sans mobilisation de nouvelles compétences, tout en restant centré sur le cœur du métier. Le maintien et l'extension des coopérations interministérielles contribuent à l'entraînement de nos personnels et à la diminution du coût de possession pour les armées ;
- la simplification qui s'inscrit dans le programme ministériel visant à réformer sa gouvernance, responsabiliser, impliquer et changer la relation entre ses acteurs, simplifier ses organisations, alléger ses échelons de commandement, penser un nouveau management et fluidifier les flux d'information et la chaîne de décision tout en générant des économies de fonctionnement.

Partant de ces principes, le Service fera porter son effort principalement sur plusieurs axes d'intervention.

En matière opérationnelle, la chaîne santé doit réaffirmer sa capacité de *command and control* essentielle à la conduite du soutien santé. Le Service rénovera son dispositif santé de veille opérationnelle, fera porter son effort sur les unités médicales opérationnelles des rôles 1 et 2 et accroîtra la contribution de sa réserve opérationnelle. En matière de préparation, il maintiendra un équilibre entre la logique de milieu et l'accentuation du caractère interarmées et se préparera à soutenir médicalement des petits détachements et des détachements isolés pour répondre aux impératifs de soutien des forces spéciales. L'aide médicale aux populations est réaffirmée car elle tient une place particulière dans les actions civilo-militaires. Enfin, un effort particulier sera fait pour être *lead nation* en coalition, européenne et otanienne.

Acteur interministériel, le SSA redéfinira les moyens à détenir dans le domaine NRBC et favorisera leur utilisation à l'échelle nationale. De même, il accentuera ses collaborations avec les ministères participant à la gestion des crises. Ses capacités ou ses compétences à détenir à des fins de résilience seront précisées et leur emploi en réponse à une crise sera encadré.

La médecine des forces verra ses centres médicaux des armées prendre une dimension régionale en les ouvrant aux territoires de santé. Concentrés sur leurs missions opérationnelles, ils donneront la priorité aux activités de médecine générale et à la pratique des soins. Ils deviendront ainsi le véritable pivot du parcours de santé du militaire. Par ailleurs, la filière d'expertise sera mieux structurée et la recherche et l'enseignement seront favorisés au sein de ces centres. Le personnel santé des forces se verra proposer des parcours professionnels modernes et attractifs. Cet ensemble de mesures sera mis en œuvre tout en garantissant la performance des CMA où une démarche qualité sera institutionnalisée. Un effort particulier sera engagé sur les contraintes majeures pesant sur le fonctionnement des CMA. La proximité des forces sera préservée.

La médecine hospitalière adaptera son offre de soins de manière à mieux répondre à sa mission et à s'insérer justement dans les territoires de santé. Les activités cibles seront définies et le concept de rôle 4 sera décliné en rôle 4 initial et rôle 4 secondaire. L'intégration des collaborations dans la stratégie des établissements en les ouvrant au service public hospitalier leur permettra d'optimiser leur performance. Cette construction d'un modèle hospitalier bâti autour de plateformes hospitalières s'accompagnera d'une nouvelle gouvernance construite sur le modèle des établissements civils et permettant de garantir une plus grande souplesse en gestion.

En matière de ravitaillement sanitaire, le Service deviendra un acteur interministériel et renforcera sa place en milieu international, ce qui lui permettra de valoriser ses savoir-faire en la matière.

La recherche du Service, tout en restant concentrée sur sa mission au profit des forces, doit s'inscrire dans le dynamisme de la stratégie nationale de recherche, en se décloisonnant en interne comme en externe pour une meilleure coordination des travaux et un rapprochement des acteurs. Elle verra se mettre en place une nouvelle gouvernance et sera ouverte en interministériel et à l'international.

La formation centrera son dispositif sur le volet opérationnel et l'adaptera aux évolutions du monde de la santé. Les collaborations pédagogiques avec le service public de santé seront intensifiées et l'ingénierie de formation sera ouverte à d'autres ministères afin d'en améliorer l'efficacité.

L'ensemble des fonctions « support » s'alignera sur les exigences opérationnelles en accordant une importance majeure à la transversalité et à la démarche de performance. L'inscription dans le double environnement défense et santé fera l'objet d'une attention particulière dans le domaine des systèmes d'information pour tenir compte à la fois des exigences de l'environnement défense (cyberdéfense) et des impératifs d'ouverture aux systèmes d'information en santé (hôpital numérique, dossier médical personnel partagé). Les achats du SSA seront optimisés et l'infrastructure demeurera un point de vigilance qui demandera la consolidation de l'état des lieux et son suivi, notamment en raison de l'évolution des centres médicaux des armées. Enfin, les investissements techniques devront être priorités et le pilotage optimisé.

Afin de piloter efficacement le Service, les travaux sur la gouvernance devront être finalisés. En particulier, la réforme de l'administration centrale du SSA devra renforcer la logique de transversalité, et aligner stratégiquement l'ensemble des acteurs. Plusieurs grands principes doivent guider l'évolution de cette gouvernance : la simplification des circuits de décision, car elle garantit la réactivité ; la délégation car elle favorise l'adaptation au contexte local ; l'implication accrue des acteurs de terrain, car elle facilite l'appropriation des réformes ; le décloisonnement et la transversalité des organisations, car ils conditionnent la cohérence globale des activités ; la responsabilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des mesures décidées, car elle est une forme majeure de valorisation. L'ensemble devra gagner en cohérence par la simplification. Une méthode moderne de management intégré sera mise en œuvre.

Enfin, la conduite du changement imposée par le projet de service rend nécessaire la constitution d'une mission *ad hoc* permettant le pilotage du programme et des projets subséquents. Celle-ci sera activée rapidement afin de gouverner le projet de service sur le long terme. Une communication adaptée sera mise en place et permettra de mobiliser l'ensemble des acteurs.

LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES EN 2013

***La mission première du service de santé des armées (SSA)
est le soutien santé opérationnel des forces armées.
C'est sa raison d'être, son cœur de métier.***

1. L'organisation et les ressources du SSA

Placé sous l'autorité de l'état-major des armées, le SSA est une composante du système de défense nationale qui participe également à la posture de sécurité dans le cadre des plans nationaux de réponse aux crises¹ et contribue aux missions du service public de santé. A ce titre, le SSA représente donc l'un des acteurs gouvernementaux de la résilience de la nation.

1.1. Organisation

La direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) est chargée de la conception, de l'organisation et du pilotage de l'ensemble des activités du SSA, et tout particulièrement du soutien santé opérationnel.

Le SSA est organisé en cinq composantes permettant de garantir l'autonomie de décision, la réactivité, l'adaptabilité et la disponibilité grâce auxquelles la mission peut être accomplie. Ces composantes permettent d'assurer la responsabilité « de bout en bout » sur toute la chaîne opérationnelle et forment ainsi un ensemble cohérent et indissociable.

Pour chaque composante, la DCSSA organise et coordonne la mise en action du Service vers un même objectif : sauver des vies, grâce à la mise en œuvre d'une chaîne santé complète au service du combattant, allant de la mise en condition avant projection jusqu'à la remise en condition physique et psychologique, et à la réhabilitation le cas échéant.

La médecine des forces comprend 55 centres médicaux des armées (CMA) en métropole, 14 centres médicaux interarmées (CMIA) outre-mer, regroupant en leur sein les moyens nécessaires à l'armement des postes médicaux opérationnels, ainsi que les services médicaux embarqués de la Marine. Les CMA sont par ailleurs chargés des activités « socle » sur le territoire national (soutien médical des unités des armées et de la gendarmerie nationale, soutien vétérinaire, expertise initiale et médecine de prévention). Chacun d'entre eux est constitué d'une ou de plusieurs antennes médicales permettant de garantir un soutien médical de proximité et adapté au milieu.

La médecine hospitalière est le complément technique spécialisé indispensable à la médecine des forces, à la formation et à l'entretien des compétences des équipes médicales projetables. Elle est une capacité opérationnelle destinée à fournir des spécialistes entraînés et disponibles, chargés d'armer les unités médicales opérationnelles (UMO) en opérations extérieures et de prendre en charge les blessés rapatriés sur le territoire national. Le parc hospitalier militaire comprend aujourd'hui 9 hôpitaux d'instruction des armées (HIA) en métropole, avec une capacité totale de 2655 lits et places².

¹ Le SSA est inscrit au sein des trois directives nationales de sécurité (veille et alerte sanitaire, produits de santé, établissements de santé).

² Arrêté conjoint ministère de la défense - ministère de la santé du 02 avril 2013.

La formation initiale et continue du personnel militaire du SSA est assurée par trois écoles : l'école du Val-de-Grâce (EVDG), l'école de santé des armées (ESA) et l'école du personnel paramédical des armées (EPPA). L'enseignement dispensé permet, en coopération avec les universités, l'obtention de diplômes d'État par les praticiens et le personnel paramédical servant dans les forces. La préparation à l'exercice de ces métiers en milieu militaire et en opérations est assurée par le centre de formation opérationnelle santé (CeFOS).

La recherche biomédicale de défense s'articule autour de l'institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) qui a pour mission de conduire des travaux de recherche dans les domaines de la protection de l'homme contre les armements conventionnels, du risque biologique naturel ou provoqué et des autres agents de la menace nucléaire, radiologique et chimique. La recherche porte également sur l'adaptation de l'homme à l'environnement et à son intégration dans les systèmes d'armes.

Le ravitaillement sanitaire est assuré par la direction des approvisionnements en produits de santé (DAPSA) qui fournit en médicaments et matériels, le personnel du SSA en métropole, en outre-mer, ainsi qu'en opérations extérieures ou en missions intérieures. Pour mener à bien sa mission, elle s'appuie sur la pharmacie centrale des armées, le centre de transfusion sanguine des armées, deux établissements de ravitaillement sanitaire et l'établissement central des matériels du service de santé des armées.

La mise en œuvre du soutien santé opérationnel requiert des compétences spécifiques et une expertise propre aux personnels du Service. La technicité, le maintien à niveau de son expertise et la réponse aux exigences normatives opposables, imposent une proximité avec la santé publique, la recherche et l'enseignement supérieur. Le service de santé des armées est ainsi nécessairement en interaction permanente avec des institutions et des structures extérieures à la défense.

1.2. Ressources humaines

Pour accomplir sa mission, le SSA compte, en 2013, près de 16 600 personnes : 11 300 militaires et 5 300 civils de tous statuts (fonctionnaire, contractuel et ouvrier d'État), pour 200 emplois-types.

Le personnel militaire est composé pour près de 35 % d'officiers, constitués des corps des praticiens des armées (médecins, pharmaciens, vétérinaires, chirurgiens-dentistes, internes des hôpitaux des armées), des officiers du corps technique et administratif du SSA (OCTASSA), des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA) servant sous statut d'officier dans les corps des directeurs de soins, des sages-femmes et des cadres de santé.

Les sous-officiers représentent plus de 50% du personnel militaire. Ce sont principalement les MITHA paramédicaux, les sous-officiers de la spécialité secrétaire administratif du service de santé (SASS), les techniciens vétérinaires et les techniciens des matériels santé.

Les militaires du rang (MDR) sont représentés pour l'essentiel par des engagés volontaires de l'armée de terre du domaine santé. Ils constituent 15 % de l'effectif militaire du Service. Par ailleurs, près de 200 volontaires du service de santé des armées (VSSA) apportent leur concours dans les établissements du Service.

Le SSA se différencie des autres armées et services par un taux de féminisation très élevé, avoisinant 60%, avec des contraintes spécifiques liées non seulement aux sujétions propres aux femmes (maternité), mais aussi aux caractéristiques des carrières de santé du personnel féminin (carrières courtes, spectre des spécialités choisies).

Le taux de civilianisation du SSA est de 31,5 % (contre environ 25 % dans les armées). Plus de la moitié de ces personnels sont des paramédicaux, employés dans les hôpitaux d'instruction des armées. Ce taux, résultat d'une politique active et mesurée en matière de ratio militaires/civils, tend vers un nouvel équilibre entre personnels projetables et non projetables.

Ces effectifs sont complétés par la réserve opérationnelle du SSA, composante à part entière des ressources humaines du Service. Près de 2 900 réservistes ont ainsi servi en 2012 pour une moyenne d'activité de 17 jours. Ils complètent les équipes médicales au sein des forces, des hôpitaux d'instruction des armées et des unités médicales opérationnelles. Ils participent pleinement aux opérations extérieures, aux missions de courte durée ainsi qu'aux missions embarquées à bord des unités de la marine nationale. A plus petite échelle, la réserve citoyenne du SSA compte environ 150 personnels.

1.3. Ressources financières

Le SSA dispose d'un financement particulier associant des crédits budgétaires du ministère de la défense (recettes fiscales) et des attributions de produits (recettes non fiscales ou extrabudgétaires).

Ces dernières sont générées en grande partie par l'activité hospitalière au profit de patients relevant des régimes d'assurance maladie et, dans une moindre mesure, de produits des autres composantes du service (produits de legs et donations, remboursement de dépenses supplémentaires engagées par les armées à l'occasion de missions non spécifiques, produits de cessions de biens mobiliers ou participations de la Commission européenne au financement de divers projets de recherche).

Les ressources non fiscales d'origine hospitalière sont issues de l'assurance maladie pour la part de l'activité de soins qu'elle prend en charge, des patients eux-mêmes ou de leur protection complémentaire (mutuelle, assurance ou autre organisme de prévoyance) pour la part de l'activité non couverte par l'assurance maladie et d'organismes divers bénéficiaires des prestations du SSA.

L'ensemble de ces ressources représente, en 2013, 1482 millions d'euros³ dont 37% de recettes extrabudgétaires.

Les ressources relevant du titre 2 (dépenses de personnel : rémunérations d'activité, cotisations et contributions sociales ainsi que des prestations sociales et allocations diverses) s'élèvent à 1144 M€ dont 369 M€ proviennent des recettes extrabudgétaires. Une part importante de ces ressources, soit 426 M€, sert à alimenter le compte d'affectation spéciale «pensions» du ministère de la défense.

Les ressources consacrées au fonctionnement et à l'investissement (hors titre 2), se montent, quant à elles, à 338 M€ dont 182 M€ au titre des recettes extrabudgétaires.

Ce mode de financement original pour une composante de la défense nationale, conséquence de la position singulière du Service au regard des environnements défense et santé, rend d'autant plus indispensable une logique de performance et d'efficience.

³ Loi de finances initiale 2013

2. La dynamique du changement dans le SSA

2.1. La période historique

Depuis sa création par un édit du Roi en 1708 jusqu'à nos jours, le service de santé des armées n'a cessé de s'adapter aux besoins des forces et aux progrès de la médecine auxquels il a souvent contribué.

Les conflits majeurs qui ont frappé l'Europe, les grandes campagnes militaires outre-mer, l'importance des effectifs des armées de l'époque, les particularités des blessures et des maladies dont étaient victimes les soldats, la lutte contre les grandes endémies tropicales, la prise en charge intégrale des appelés du contingent ont justifié, jusqu'à la fin du 20ème siècle, l'existence d'un service de santé des armées important, dédié et autonome. Parallèlement, un service public de santé de plus en plus fort et exigeant se structurait.

Jusqu'à la fin des années 80 le service de santé des armées a pu cohabiter avec le service public de santé, sans véritable relation institutionnelle.

2.2. Les bouleversements des années 1980-2000

Les bouleversements géostratégiques survenus à la fin des années 80 ont profondément modifié les missions et les conditions d'emploi des forces armées et de ce fait affecté le service de santé des armées. Celui-ci a connu, dans le même temps, la fin de la coopération sanitaire en Afrique, la suspension de la conscription sur le territoire national, et la multiplication des opérations extérieures.

Il a dû enfin faire face aux fortes évolutions de la médecine et du monde de la santé en général, tant scientifiques, technologiques, organisationnelles qu'économiques, assorties de contraintes normatives et financières de plus en plus prégnantes.

Confronté à ces très fortes évolutions de la Défense et de la Santé, souvent divergentes, le SSA n'a cessé de s'adapter.

Les mesures de diminution du recrutement initiées dans les années 80 et la perte de la ressource en personnel du contingent, conséquence de la professionnalisation, ont conduit le SSA à définir une nouvelle maquette au titre de la loi de programmation militaire (LPM) 1997-2002 afin de lui permettre de continuer à assurer sa mission au profit des forces, conformément au contrat opérationnel de ces dernières.

La suspension de la conscription a entraîné pour le SSA une baisse de la demande de soins liée à une réduction de 23% des effectifs du ministère de la défense entre 1996 et 2001, et une baisse de ses capacités d'offre de soins avec la perte de 25% de ses effectifs médicaux.

Face à ces évolutions, le SSA a réduit de manière homothétique le nombre de ses structures sans que ses missions soient remises en cause ou modifiées ; il a ainsi procédé à la fermeture d'une partie de ses établissements dont 9 centres hospitaliers représentant 1335 lits, soit une baisse de 28% de la capacité totale.

2.3. 2000-2013 : une longue période de réformes de l'État

Dans les suites du rapport de la Cour des comptes de 2002 sur la gestion du SSA, qui préconisait de redéfinir les missions du SSA et de conduire une importante réforme de son organisation, en partenariat avec le secteur civil de la santé et les autres armées européennes, le SSA a engagé des réformes sur plusieurs de ses composantes,

initiant alors une dynamique d'homogénéité du service, une rationalisation de son dispositif de ravitaillement sanitaire, une réorganisation de la formation initiale de ses praticiens et une adaptation de sa recherche.

La poursuite de ce mouvement de réforme, marqué également en 2006 par une rénovation du dispositif de gouvernance et de pilotage pour répondre aux enjeux portés par la loi organique relative aux lois de finances, s'est traduite par de multiples ajustements de la fonction santé s'inscrivant dans le cadre des réflexions sur le plan stratégique du Service et les objectifs de sa carte stratégique.

Le livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2008 ainsi que le processus de révision générale des politiques publiques ont conduit à une transformation du SSA dans le cadre de la profonde réforme du ministère de la défense.

Par ailleurs, la Cour des comptes, dans son rapport thématique « Médecins et hôpitaux des armées » d'octobre 2010, soulignait les marges d'amélioration pour le Service, notamment en ce qui concerne le dispositif de formation de ses praticiens, la préparation opérationnelle des médecins et des infirmiers et la performance économique de son secteur hospitalier. Suite à cet audit, le SSA a élaboré son projet de service 2011, qui s'est inscrit dans le prolongement du programme de transformation initié en 2008 et a intégré les évolutions intervenues dans son environnement tant dans le monde de la défense que de la santé, en s'articulant autour de quatre axes : l'amélioration de la performance économique globale, la consolidation des cinq composantes, la redéfinition de l'offre de soins au profit de la communauté de défense et la poursuite de l'effort sur le recrutement et la formation des professionnels de santé.

Cette vaste transformation du SSA, toujours en cours⁴, visait avant tout à améliorer la performance du Service, en rationalisant les organisations et en optimisant les moyens.

Si des résultats significatifs ont été obtenus grâce aux mesures prises, comme le relève la Cour des comptes dans son rapport public annuel 2013, cette transformation présente aujourd'hui plusieurs limites.

Elle a été réactive aux contraintes et insuffisamment anticipative aux évolutions de l'environnement.

Essentiellement organisationnelle et gestionnaire, elle n'a pas ouvert de nouvelles perspectives susceptibles de motiver et d'entraîner ses personnels vers un avenir attractif.

La composante hospitalière n'a été impliquée dans la transformation que de manière superficielle et uniquement sous l'angle de l'efficacité économique⁵. Elle représente pourtant la majorité des effectifs, la part la plus importante des ressources financières et la principale source du déséquilibre financier du Service. Elle constitue, avec la médecine des forces, le pilier central du dispositif. A ce titre, toute réforme de l'ensemble hospitalier militaire aura un impact certain, parfois majeur, sur les autres composantes du Service. Une approche globale pour la conduite du nouveau projet est donc absolument nécessaire.

Enfin, la transformation n'a pas été associée à une remise en cause de la stratégie globale du Service sur des questions aussi vitales que celles de ses missions, de ses relations avec le service public de santé (SPS), du statut de ses ressources humaines, de ses ambitions. Elle s'est inscrite dans la continuité de la doctrine déjà ancienne qui

⁴ Cf. annexe 1 : « Les évolutions récentes et en cours des composantes du Service de santé des armées ».

⁵ La seule mesure qui touche les hôpitaux concerne la réduction de leur déficit financier par l'augmentation de leurs recettes. Elle a un coût élevé, dont les conséquences à terme pourraient être lourdes. La transformation n'a pas pris en compte la problématique hospitalière et ne pouvait contribuer à améliorer la situation des HIA fortement mis en cause. La seule mesure proposée a été une réduction de format, sans perspective réellement positive et sans remise en cause du modèle hospitalier militaire.

repose, entre autres, sur certains piliers comme le maillage territorial, l'autonomie d'action, l'autosuffisance de moyens, une participation circonspecte aux missions de service public, l'intégralité de la fonction opérationnelle dite de rôle 4. Cette transformation a consisté principalement en une optimisation plutôt qu'une évolution significative du SSA.

Ainsi, le Service présente actuellement une faible lisibilité et une légitimité discutable tant au niveau des forces qu'au sein du territoire de santé, menaçant l'attractivité pour un personnel en manque de perspectives. La dégradation du service rendu porterait une menace concrète sur l'engagement opérationnel des forces françaises et ferait irrémédiablement perdre au SSA la place qui est attendue de lui à l'international.

Ainsi en 2013, le SSA est organisé en 5 composantes : médecine des forces, médecine hospitalière, recherche, ravitaillement sanitaire et formation. Il est fort de plus de 11 000 personnels militaires et 5 000 personnels civils. Ses ressources s'élèvent à 1482 millions d'euros, dont 63% de crédits budgétaires et 37% de recettes extrabudgétaires, générées principalement par l'activité hospitalière. 72% du budget est représenté par sa masse salariale.

Depuis sa création le SSA n'a cessé de s'adapter. Les évolutions se sont accélérées et amplifiées depuis 2008. Essentiellement initiées en réaction aux contraintes, conçues dans une perspective gestionnaire, ayant en grande partie épargné la composante hospitalière, n'ayant jamais remis en cause le modèle, elles atteignent aujourd'hui leurs limites, imposant de passer d'une logique d'adaptation à une logique de réforme.

LE DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

1. Le diagnostic stratégique externe

Le présent projet de service s'inscrit dans un contexte marqué par de fortes évolutions des mondes de la défense et de la santé et dans un contexte de crise financière et budgétaire sans précédent dans les dernières décennies.

1.1. Les changements de paradigme de la défense

1.1.1. *Le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013*

Les principes généraux

Le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale (LBDSN) fixe la stratégie de défense et de sécurité nationale pour les douze ans à venir (2013-2025)⁶. Il maintient les cinq grandes fonctions stratégiques déjà définies dans le LBDSN de 2008 (connaissance et anticipation, dissuasion, protection, prévention et intervention) et confirme l'extension de notre stratégie à la sécurité nationale. Il adapte les priorités géostratégiques aux objectifs de protection des français et au nouvel environnement international (permanence du niveau des menaces et fragilisation des finances publiques). Il définit les nouveaux contrats opérationnels autour de missions permanentes et non permanentes, suivant quatre principes :

- l'autonomie stratégique (initiative d'opérations et souveraineté) ;
- la cohérence du modèle d'armée avec la diversité des engagements possibles de nos forces dans les conflits et dans les crises ;
- la différenciation des forces qui introduit la notion d'équipement et d'entraînement différencié en fonction des missions et repose notamment sur des moyens lourds, médians et légers ;
- la mutualisation des moyens (noyaux de capacités polyvalentes rares affectées à plusieurs missions).

Le LBDSN 2013 énonce comme première priorité la protection du territoire national et des ressortissants français et la continuité des fonctions essentielles de la nation. Il fait également apparaître la nécessité, pour bâtir la résilience, de rationaliser l'emploi des ressources de l'État et de mettre en cohérence les concours que sont appelés à apporter ses différentes administrations, les collectivités territoriales, les entreprises et les établissements relevant des secteurs stratégiques (énergie, communication, santé, alimentation...).

Dans le cadre du principe d'autonomie stratégique, le LBDSN 2013 met en place un échelon national d'urgence (ENU) de 5 000 hommes en alerte pour constituer une force interarmées de réaction immédiate (FIRI) de 2 300 hommes, projetable à 3 000 km du territoire national ou d'une implantation à l'étranger dans un délai de 7 jours.

Pour ce qui concerne l'international, bien que l'insertion au sein des différentes alliances s'impose, le maintien d'une autonomie et d'une identité nationale est posé très clairement.

Le LBDSN 2013 introduit un nouveau modèle d'armée, fondé sur la génération de forces, s'appuyant sur un ensemble de capacités de haut niveau susceptibles d'assurer les moyens de commandement, de planification et de décision. Le Service, présenté comme un « acteur déterminant de l'engagement opérationnel des forces »,

⁶ Livre blanc de la défense et la sécurité nationale – 2013 – La documentation française.

doit donc maintenir un système de santé militaire réactif, autonome pouvant organiser, concevoir, planifier et conduire tout type de soutien.

Au sein du nouveau modèle d'armée, plusieurs composantes sont mises en valeur. Les forces spéciales sont positionnées comme une capacité de premier plan qui doit être renforcée, notamment en termes d'effectifs. La gendarmerie nationale est présentée comme un « atout majeur » qui mettra en œuvre des capacités pivots s'inscrivant en complémentarité des moyens des armées.

La réserve militaire, constituée de la réserve opérationnelle et de la réserve citoyenne, est définie comme une composante à part entière du nouveau modèle d'armée.

L'aspect économique et financier est clairement affiché. Le Livre blanc consacre l'effort financier de la nation pour préserver son outil de défense et introduit ainsi la loi de programmation militaire 2014-2019.

La déclinaison des principes généraux dans le SSA

Le SSA avait déjà adapté ses capacités aux grandes fonctions stratégiques déterminées par le précédent LBDSN de 2008. Il lui faut désormais prendre en compte dans le projet « SSA 2020 » les quatre principes énoncés dans le LBDSN 2013 et en analyser les conséquences, à court et moyen termes.

Au plan opérationnel, afin de répondre aux exigences d'entrée en premier et de couverture de l'ensemble du spectre des opérations, le SSA maintiendra une capacité d'alerte spécifique s'appuyant sur un dispositif santé de veille opérationnelle (DSVO) évolutif :

- à l'échelon national, selon le principe de mutualisation des moyens, ses capacités seront utilisables, en interministériel, dans le cadre de la gestion des crises sanitaires ;
- à l'échelon multinational, en tenant compte des contraintes spécifiques et du potentiel de mutualisation du rôle 3⁷, l'armement de structures interalliées sera préféré à la constitution de telles unités médicales opérationnelles. Le service entretiendra ses capacités de nation leader pour des opérations multinationales (rôles 1 et 2⁸, commandement santé, expertises).

Dans le domaine des ressources humaines, les missions confiées à la réserve seront développées. A ce titre, le SSA adaptera sa politique de gestion des réserves : recrutement et fidélisation des réservistes, rénovation de la réserve opérationnelle de disponibilité employée en cas de crise grave.

Le principe de différenciation s'appliquera à la manière dont le soutien médical est réalisé, dans toutes ses composantes, et en fonction du niveau d'opérationnalité du personnel engagé dans la mission.

1.1.2. La loi de programmation militaire 2014-2019

La loi de programmation militaire (LPM) est la traduction, pour le ministère de la défense, de la nouvelle stratégie de défense et de sécurité nationale adoptée par le LBDSN 2013. Elle présente, organise et prévoit le financement de la première étape de construction du nouveau modèle d'armée. Au moment de la présente rédaction, la LPM n'est pas encore promulguée.

Malgré le contexte de crise financière aiguë et d'environnement stratégique incertain, la France a choisi de maintenir un niveau d'ambition élevé sur la scène internationale tout en assurant la protection de sa population. Le budget de la défense est donc

⁷ Le rôle 3 correspond aux hôpitaux médico-chirurgicaux (HMC) déployés sur les théâtres d'opérations.

⁸ Le rôle 1 correspond aux postes médicaux déployés au plus près de la zone des combats. Le rôle 2 correspond aux antennes chirurgicales aérotransportables (ACA) et aux groupements médico-chirurgicaux (GMC).

maintenu à son niveau actuel pendant trois ans pour permettre d'atteindre le modèle d'armée retenu dans le LBDSN 2013 et adapté à la situation stratégique envisagée à l'horizon 2025.

Parallèlement, le ministère de la défense doit poursuivre l'effort déjà entrepris pour contribuer au rétablissement des comptes publics. Une diminution de 34 000 postes (préservant au maximum les forces opérationnelles), dont 10 000 de la précédente LPM, sera réalisée sur les cinq ans à venir. Elle sera associée à une politique de dépyramidage, allégeant l'encadrement supérieur des armées, et à la civilianisation de certains postes.

La LPM prévoit également une restructuration et une réorganisation du ministère pour certaines fonctions (soutien, gestion, ressources humaines, gestion financière...).

Au regard des contraintes générées par cette LPM, le Service fera porter son effort sur deux axes :

- le respect des déflations programmées, imposant un pilotage fin de la manœuvre RH ;
- la hiérarchisation des opérations d'investissement, en donnant la priorité au versant opérationnel.

1.2. Les changements de paradigme de la santé

1.2.1. Les évolutions des déterminants de la santé

Un mode de vie menaçant la santé

Alors que la prévention et la promotion de la santé sont au cœur des débats en Europe, l'amélioration du niveau de vie, la modernisation et l'urbanisation sont propices au développement de modes de vie qui affectent l'état de santé des populations.

En France, sédentarité, surpoids et obésité progressent et causent des maladies métaboliques et cardiovasculaires de plus en plus précoces. Les habitudes toxiques voient leur profil modifié, avec en particulier les phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes, de banalisation de l'usage du cannabis et un tabagisme à la hausse. Les pratiques sexuelles à risque expliquent une incidence annuelle de séroconversion VIH stable à 6000.

Ces facteurs de risque et comportements, souvent multiples chez un individu, peuvent retentir sur la santé des militaires, physique et mentale, notamment celle des jeunes engagés, et donc sur leur aptitude opérationnelle.

Une mondialisation de la menace sanitaire

L'émergence d'agents pathogènes, l'intensification et la rapidité de la circulation mondiale des biens et des personnes, la résistance croissante aux antibiotiques et la faible réceptivité de certaines populations aux messages de prévention sont préoccupants.

Déjà évoquées dans le précédent LBDSN, les crises sanitaires de grande ampleur, en particulier les pandémies (SIDA, SRAS, H5N1) et les épidémies (Chikungunya), sont soulignées dans l'actuel LBDSN, les 30 dernières années ayant confronté les systèmes de santé étatiques à de véritables épreuves.

Ses compétences et aptitudes spécifiques font du SSA un contributeur naturel à la gestion ou la résolution des crises sanitaires. Régulièrement sollicité ces dernières années, il a démontré sa capacité de réponse, en particulier en matière de maîtrise du risque infectieux.

Des technologies d'efficacité remarquable mais coûteuses

La dynamique des évolutions scientifiques et technologiques représente une opportunité pour améliorer la prise en charge des patients, en particulier en opérations extérieures. Les progrès des techniques diagnostiques (génomique, protéomique) annoncent une meilleure évaluation épidémiologique des théâtres d'opérations et une prise en charge plus précoce et plus précise des risques sanitaires pesant sur toute force déployée. Les progrès de la chirurgie micro-invasive et de l'imagerie interventionnelle permettront bientôt leur utilisation en situation rustique. La bionique et les progrès des dispositifs médicaux implantables amélioreront la prise en charge du blessé sur le terrain et sa réhabilitation au retour. Enfin, les technologies de l'information permettront plus encore à l'avenir, des échanges simplifiés entre soignants et patients, entre un théâtre d'opérations et la métropole.

Le coût important de ces nouvelles technologies imposera au SSA des choix difficiles. Aussi, le Service poursuivra la réorganisation de ses composantes, en ciblant les innovations répondant spécifiquement aux besoins de santé des armées.

Des professions de santé dont l'état d'esprit et le champ d'activité se transforment

Le salariat, la place croissante de la vie extra-professionnelle, le raccourcissement de la durée de carrière, le travail à temps partiel, la féminisation marquée des professions de santé, entraînent dans certaines régions un déficit démographique qui n'est pas comblé par l'augmentation des recrutements dans les filières de santé. Pour combler ces difficultés et contribuer à la maîtrise des coûts, des transferts de compétences des médecins vers les paramédicaux sont en plein développement.

Les évolutions des pratiques professionnelles induisent ainsi l'émergence de nouvelles activités et de fonctions ou métiers associés. Sept types de filières se dessinent : celles liées à la coordination des soins, à la promotion de la santé, à l'organisation des établissements, aux nouvelles technologies de l'information, à la recherche, celles relatives aux nouvelles techniques de soins, celles résultant de transferts de compétences.

Ainsi, de nouveaux métiers ou types d'activités devraient se développer progressivement au sein du Service. La spécificité défense conduira de même à concevoir, en parallèle, de nouveaux métiers, surtout paramédicaux, pour répondre aux besoins des forces.

Des évolutions sociétales vers l'exigence

L'extension au domaine de la santé du principe de précaution conduit à une sécurisation plus prononcée des pratiques. Plus les patients, de mieux en mieux informés, s'engagent dans les décisions concernant leur santé, plus ils deviennent exigeants envers les soignants en matière de résultats, d'éthique et de cohérence des parcours de soins proposés. En corollaire, l'émergence d'une conflictualité peut altérer la relation de confiance entre soignants et soignés.

Les préoccupations sociologiques et les standards nationaux de qualité s'imposent plus largement lors des opérations militaires, à l'origine de fortes exigences en termes de compétences spécialisées et d'un accroissement du coût, des effectifs et du matériel des unités médicales opérationnelles.

1.2.2. Les quatre axes de la stratégie nationale de santé

La France consacre au financement du système de santé plus de 11 % de sa richesse nationale, la plaçant parmi les premiers pays au monde. Son financement, en déficit chronique, cause une importante dette sociale⁹. La stratégie nationale de santé¹⁰ a comme objectif d'améliorer le service rendu et l'efficacité économique. Elle découle logiquement de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST¹¹.

Un décloisonnement entre les acteurs, fluidifiant le parcours de soins

Le système de santé français souffre d'un cloisonnement excessif entre secteur sanitaire et secteur social, hôpital et médecine de premier recours, voire entre disciplines au sein d'un même établissement.

L'ambition est de structurer le parcours de soins, de centrer son organisation sur le patient, de créer des réseaux de soins. Il s'agit aussi de définir précisément le rôle des établissements hospitaliers de proximité ou régionaux, de la médecine de premier recours et de la prise en charge à domicile, afin de réduire le temps hospitalier, le plus coûteux, au strict nécessaire.

L'intégration dans les réseaux structurant les parcours de soins s'impose évidemment au SSA, quelle que soit la catégorie de patientèle bénéficiaire.

Un rééquilibrage des ressources allouées entre soin et prévention

Le système de santé français souffre d'un déséquilibre entre, d'une part les ressources consacrées aux traitements de premier recours et hospitalier, et d'autre part celles consacrées aux déterminants de santé : éducation, qualité de l'environnement et du logement, prévention, promotion de la santé, éducation sanitaire et thérapeutique.

Le SSA a toujours consacré une part importante de ses ressources à la prévention et la promotion de la santé, à l'éducation sanitaire. Il poursuivra le développement des programmes d'éducation thérapeutique des patients et des grands plans de prévention du ministère de la défense.

Une territorialisation de la santé favorisant les partenariats et garantissant l'égalité d'accès aux soins

Les travaux menés dans le cadre du pacte de confiance¹² ont conduit le ministère des affaires sociales et de la santé à développer le concept de service public territorial de santé¹³.

Il s'agit de favoriser les partenariats en définissant le rôle respectif des professionnels de santé au sein du territoire, en promouvant le travail en équipe, en mettant en place les « territoires de santé numériques » garants d'échanges d'informations fiables entre professionnels, établissements et systèmes d'information dédiés.

Il s'agit également de garantir, d'ici 2015, un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, en facilitant l'installation des jeunes médecins dans les territoires isolés.

Les établissements du SSA doivent d'autant plus être des acteurs de santé actifs dans leur territoire qu'ils auront su y développer une activité prépondérante dans les

⁹ Discours de Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, le 23 septembre 2013.

¹⁰ La stratégie nationale de santé – Conseil des ministres du 16 janvier 2013.

¹¹ Cf. annexe 2 : « Le projet du Service de santé des armées au crible des grandes orientations structurant la santé publique ».

¹² Le pacte de confiance pour l'hôpital – synthèse des travaux – Rapport, Edouard Coutu – Mars 2013.

¹³ <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante.html>

spécialités correspondant à leur mission de soutien des forces. Pour être reconnu comme acteur de la santé, le Service s'intégrera dans les équipes de territoire, les groupements de coopération sanitaire, choisira des systèmes d'information interopérables. En cas d'engagement opérationnel des capacités du service et afin de ne pas déstabiliser le territoire de santé, les mécanismes de suppléance seront institutionnalisés entre le SSA, les agences régionales de santé (ARS) et les acteurs locaux des territoires de santé.

La recherche de la qualité

Au-delà d'une simple optimisation de l'existant, la stratégie nationale de santé a également une ambition de qualité, illustrée par la mise en place de la certification hospitalière par les pairs, étendue prochainement à la médecine de premier recours ; les seuils d'activité, garants d'une pratique suffisante et régulière ; l'inclusion des activités de soins dans des protocoles et procédures opposables, et le contrôle de la pertinence des actes, authentiques moyens de sécurisation et de qualité mais aussi de maîtrise des coûts.

Inscrits dans le droit commun de la santé, les personnels et établissements du SSA sont soumis aux mêmes exigences de qualité qu'en milieu civil. Emergent ainsi, d'une part, le risque que ne soient pas atteints les seuils requis avec pour conséquence la remise en question de l'autorisation d'exercer certaines activités du cœur de métier et, d'autre part, la difficulté à concilier la spécialisation requise en métropole avec la polyvalence nécessaire en opérations.

2. Le diagnostic stratégique interne

2.1. Les forces

2.1.1. Les valeurs

Le SSA, dont le tricentenaire a été célébré en 2008, s'appuie sur des valeurs fortes, forgées par sa riche expérience opérationnelle. Ces valeurs communes continuent d'être véhiculées et exprimées au travers des citations fondatrices de sa culture¹⁴. Elles peuvent se décliner ainsi :

- l'engagement au service des forces, un « vouloir servir »¹⁵, particulièrement en opérations extérieures, dans un esprit fraternel¹⁶ ;
- le dévouement, le don de soi et l'abnégation ;
- la disponibilité tant sur le territoire national qu'en opérations extérieures ;
- la confiance réciproque inspirée par une culture d'équipe ;
- la fierté d'appartenir à un service dont la vocation humanitaire est indissociable de l'action militaire.

Ces valeurs, témoins de l'ancrage fort du service au sein des armées, fondent son caractère opérationnel, autorisant son déploiement en tous temps, en tous lieux et en toutes circonstances.

Elles s'enrichissent des valeurs soignantes et de leurs déclinaisons traduites dans la relation médecin-malade : respect et bien-être du patient, intégrité du soignant, et sécurité, justice et équité dans les soins.

La force du Service et son originalité résident dans la synthèse de ces valeurs.

2.1.2. Les aptitudes

Des aptitudes doivent être maintenues, promues, développées car elles donnent au Service ce caractère unique reconnu par le commandement et par ses partenaires du monde de la santé, civils et militaires :

- une aptitude opérationnelle conférée par son caractère militaire¹⁷ qui va au-delà de l'apprentissage technique. Cette aptitude permet au SSA d'être engagé très rapidement, dans des opérations tant nationales qu'internationales, dans des missions intérieures ou des opérations extérieures grâce notamment à la réactivité du dispositif santé de veille opérationnelle (DSVO) et d'être capable de durer, indépendamment des conditions d'emploi ;
- une prédisposition à travailler dans des conditions difficiles : milieux précaires, rustiques, extrêmes, faisant souvent appel à un sens aigu de l'initiative, à la créativité, souvent à l'innovation¹⁸, travail en situation isolée, dangereuse¹⁹,

¹⁴ « Allez où la Patrie et l'Humanité vous appellent. Soyez-y toujours prêt à servir l'une et l'autre et, s'il le faut, sachez imiter ceux de vos généreux compagnons qui, au même poste, sont morts martyrs de ce dévouement intrépide et magnanime qui est le véritable acte de foi des hommes de notre état ». Baron PERCY, chirurgien en chef de la Grande armée aux chirurgiens sous-aides, 1812. « *Mari transve mare, pro patria et humanitate hominibus semper prodesse* » - sur mer et au-delà des mers, pour la patrie et l'humanité, toujours au service des Hommes.

¹⁵ Aimer l'armée, une passion à partager, Henri BENTEGEAT – Editions DUMESNIL - 2012.

¹⁶ Au sens de « frères d'armes »

¹⁷ Topographie, condition physique, connaissance des systèmes d'information du commandement, du droit international humanitaire, aptitude au tir, ...

¹⁸ Fixateurs externes, plasma cryo-desséché lyophilisé...

¹⁹ *Operational mentoring liaison team* (OMLT), missions embarquées sous-marines ou non, forêt profonde, îles éparses, milieux spécifiques de brousse, montagne, désert...

nécessitant le recours à des compétences élargies et aux moyens de télémédecine fonctionnels ;

- des domaines de compétence dominés par la culture de l'urgence²⁰, l'entretien « historique » d'une polyvalence impérative²¹ pour une prise en charge efficace dans un contexte de moyens contraints mis en œuvre au regard des besoins liés aux situations exceptionnelles d'engagement²², la maîtrise d'équipements et de techniques de soins spécifiques en médecine, chirurgie, psychiatrie, incluant les aspects NRBC.

2.1.3. La cohérence du Service

La cohérence du SSA est fondée sur l'exercice de sa responsabilité « de bout en bout », allant de l'élaboration de sa politique jusqu'à sa mise en œuvre et son contrôle.

Elle repose également sur la complémentarité de ses cinq composantes, nécessaires au soutien médical opérationnel du militaire blessé ou malade.

La culture du personnel, à la fois militaire et soignant, adhérant aux valeurs du service, participe à cette cohérence. Pour la grande majorité des praticiens et pour les paramédicaux des forces, elle est générée dès la formation initiale, et entretenue tout au long de la carrière et bien au-delà. Elle constitue le ciment de leurs capacités, de leurs aptitudes, et leur singularité par rapport aux modèles d'autres services de santé européens.

Cet ensemble « valeurs-aptitudes-cohérence » confère au SSA des qualités indéniables lors de son engagement en opérations, répondant ainsi à la doctrine du LBDSN : capacité à entrer en premier sur un théâtre, adaptabilité et efficacité opérationnelle, agilité tactique et rapidité de mouvement, présence à l'international. Ces qualités permettent également l'emploi de ses capacités au profit d'autres missions que celle du soutien des forces armées.

2.2. Les vulnérabilités

Quatre grands facteurs de vulnérabilité sont identifiés, liés à l'histoire du Service, à son organisation et à l'évolution de son environnement.

2.2.1. L'isolement

L'isolement du SSA vis-à-vis du service public de santé n'a pas toujours été une de ses faiblesses, mais un de ses choix, à une époque où sa taille, le nombre de ses structures, la quantité de ses moyens, ainsi que ses missions, autorisaient son autodétermination dans la décision et son autosuffisance en termes de moyens.

Ces deux derniers principes visaient à garantir aux forces armées un soutien santé en tous lieux et en toutes circonstances, parfaitement adapté à leurs besoins. Ils permettaient en particulier au SSA de se désengager de l'offre de soins territoriale sans préavis en cas de besoin opérationnel.

Le choix de l'isolement a conduit le Service à restreindre ses capacités de participations croisées avec le service public hospitalier, ce qui a pesé sur le format de ses hôpitaux et les a exclus des systèmes d'organisation des soins.

²⁰ Sauvetage au combat, instruction aux techniques élémentaires de réanimation de l'avant, capacités médicales et chirurgicales en missions extérieures

²¹ Malgré l'hyperspécialisation croissante de la médecine.

²² Afflux saturant de blessés, missions médicales humanitaires...

Ainsi, le SSA demeure mal connu des patients et des instances civiles et sa visibilité au niveau politico-stratégique est insuffisante. Cette relative méconnaissance, résultat en partie d'une discrétion culturelle du Service dans l'affichage de ses actions, a pérennisé la sous-utilisation de ses capacités, faisant de lui un outil subsidiaire de l'offre de soins. Il est dommageable pour l'État de dupliquer des capacités, notamment en cas de crise, lorsque le SSA peut répondre au besoin.

Cette position « de retrait » a retenti sur l'effcience du Service, situation de moins en moins tenable dans un système de santé de plus en plus organisé et concurrentiel, et en contexte financier contraint. Son offre de services gagnerait donc à être mieux connue, impliquant de fait une meilleure utilisation des moyens, une amélioration de la soutenabilité budgétaire, le développement de compétences et une attractivité retrouvée.

2.2.2. La dispersion

L'isolement et le principe d'autosuffisance, visant à l'indépendance dans l'accomplissement des missions régaliennes, sont à l'origine de la dispersion, qui s'exprime de différentes manières :

- dispersion en termes d'emprises, corrigée partiellement par la transformation du SSA initiée en 2008, avec la fermeture de structures (services médicaux d'unités (SMU), instituts, écoles et établissements de ravitaillement sanitaire)²³ ;
- dispersion dans l'offre de soins hospitalière, couvrant un panel très large de spécialités, parfois éloignées de celles strictement nécessaires pour honorer le contrat opérationnel et avec un niveau d'activité insuffisant ;
- dispersion dans les activités des praticiens, tant à l'hôpital que dans les forces, au détriment parfois de la fonction « soins » ;
- dispersion dans certaines fonctions d'administration générale et de soutien commun, initialement rattachées au service lors de la définition du cœur de métier du fait des risques induits.

Isolement et dispersion sont interdépendants. Pour rompre ce cercle vicieux fragilisant le système, le recours à une politique d'ouverture vers les acteurs de santé, à l'interministériel et à l'international, en synergie et en développant les partenariats, est devenu une nécessité.

2.2.3. La confrontation à des injonctions paradoxales

Le SSA doit composer avec des injonctions paradoxales entre les évolutions des mondes de la santé et de la défense.

Il en est ainsi de la tendance à l'hyperspécialisation de la médecine alors que les conditions d'engagement opérationnel requièrent une nécessaire polyvalence technique, de la nécessité d'obéir à des standards de soins alors que les conditions d'exercice en situations exceptionnelles sont dégradées, du respect du droit national tout en tenant compte du droit local rencontré en opérations.

2.2.4. La gouvernance

A l'instar des réflexions sur les missions et l'organisation de l'État, la grande complexité, les chevauchements fréquents de responsabilité et les circuits de décision trop lourds et trop administratifs du ministère de la défense ont été soulignés.

²³ En 2011, la création des CMA et de leurs antennes s'est accompagnée d'une réduction modérée du nombre de structures afin de répondre au besoin de proximité des forces.

L'organisation de la gouvernance du SSA s'est progressivement adaptée aux évolutions de son environnement :

- changements dans l'organisation générale des armées : création d'une direction centrale du SSA interarmées en 1964, de directions régionales interarmées en 2005, de centres médicaux des armées en 2011 ;
- réformes du monde de la santé publique : création d'une sous-direction hôpitaux ;
- réponse à l'organisation territoriale étatique en 3 niveaux : central, régional, local ; actuellement discutée dans les armées, en particulier pour l'échelon intermédiaire.

Toutefois, le fonctionnement de cette organisation souffre d'un défaut de subsidiarité, en maintenant au niveau de l'administration centrale un excès de fonctions opérationnelles, au détriment des fonctions de conception et de pilotage.

Par ailleurs, la décentralisation des leviers nécessaires à l'exercice de la gouvernance au niveau des établissements n'est pas réalisable du fait de l'absence même de ces leviers au niveau de l'administration centrale du Service.

3. Parangonnage aux modèles hospitaliers militaires

3.1. Deux modèles hospitaliers peuvent servir de référence parmi les nations européennes

3.1.1. Le modèle hospitalier militaire allemand

L'Allemagne dispose de cinq hôpitaux militaires :

- deux hôpitaux de 500 lits environ, de niveau universitaire (Ulm et Coblenche) ;
- deux hôpitaux de taille moyenne, environ 300 lits (Hambourg et Berlin) ;
- un hôpital de petite taille, de 135 lits, civilo-militaire (Westerstede).

Ces hôpitaux, qui disposent d'une masse critique suffisante, représentent le réservoir de personnel nécessaire à la projection en OPEX. La majorité des spécialités hospitalières est représentée, avec un niveau d'activité élevée, et parfois un statut de service territorial de référence (cardiologie interventionnelle à Coblenche), permettant le maintien des compétences polyvalentes.

Ces structures s'inscrivent dans les procédures de certification allemandes. L'hôpital de Coblenche a élargi cette procédure à l'international, en répondant aux exigences d'accréditation américaine (*US joint commission on accreditation of healthcare organization*).

La projection exclusive d'UMO équivalentes aux rôles 2 et 3 français empêche le SSA allemand d'entrer en premier sur les théâtres. En revanche, il garantit en OPEX, le même standard de soins qu'en métropole.

A l'aune des contraintes économiques, et de l'analyse du retour d'expérience (RETEX) afghan, les réflexions et évolutions prévues portent sur un recentrage des activités hospitalières sur l'urgence et l'opérationnel (urgences, traumatologie, médecine interne). Du fait de leur fonctionnement en insertion dans leur service public de santé, les hôpitaux militaires allemands sont voués à perdurer.

3.1.2. Le modèle hospitalier militaire britannique

La Grande-Bretagne ne dispose plus d'hôpitaux militaires depuis 15 ans, le dernier (hôpital militaire de Haslar) ayant été fermé en 1998. La raison de leur disparition a été leur non soutenabilité budgétaire du fait de leur sous-activité.

Aujourd'hui, la composante hospitalière militaire britannique est intégrée dans le service public hospitalier (*National Health Service – NHS*).

Elle est constituée :

- de six unités médicales militaires (*Medical Defense Hospital Unit – MDHU*) insérées dans des hôpitaux civils, les personnels étant dispersés dans les différents services de l'hôpital de rattachement :
 - un MDHU inséré dans l'hôpital civil de Birmingham, employant 400 personnels du *Defense Medical Service (DMS)*, dont 40 praticiens, assurant le rôle 4 ;
 - cinq MDHU employant chacun 150 à 300 personnels dans cinq autres hôpitaux civils ;
- de personnel isolé servant dans d'autres hôpitaux civils.

Le personnel médical et paramédical du DMS couvre le champ des activités « opérationnelles » (chirurgie, anesthésie-réanimation, urgences, médecine interne,

psychiatrie). Il n'exerce pas dans des services cliniques militaires constitués, exception faite de Birmingham où un *military ward* d'orthopédie a été créé afin de rassembler géographiquement les militaires blessés en OPEX, plus particulièrement en Afghanistan. Le rôle 4 est dévolu au NHS dès saturation capacitaire du *military ward*. Il existe enfin un centre de rééducation au sud de Londres (*Headley court*), le DMRC (*Defense Medical Rehabilitation Center*), domaine dans lequel le DMS est positionné comme expert vis-à-vis du NHS.

Matériellement, le mode de projection du DMS hospitalier est similaire à celui du SSA français (rôle 2, ou rôle 3 multinational). Le rythme de projection au sein de ces structures tient compte de la forte insertion du personnel du DMS dans le NHS, en limitant la durée des mandats des praticiens à 6 semaines, pour permettre la continuité des activités du socle.

L'insertion marquée dans le NHS a pour conséquences une faible militarité des équipes projetées, et une homogénéité insuffisante des pratiques.

Le RETEX afghan a conduit à une concentration des équipes des MDHU sur les *trauma centers*, en plein développement, et vers une implication accrue du personnel du DMS dans des organisations non gouvernementales.

3.2. Outre-atlantique, hormis le modèle américain, non comparable avec un format européen, le modèle canadien est intéressant.

Dans les années 2000, pour des raisons essentiellement économiques, le SSA canadien (*Canadian forces health service - CFHS*) a vu en un temps record fermer tous ses hôpitaux. Concomitamment, le personnel hospitalier militaire d'active a été réduit de manière drastique, au profit d'un recours accru à la réserve.

A ce jour, le modèle hospitalier militaire canadien repose sur :

- un rôle 3²⁴ projetable ;
- la responsabilité du soutien hospitalier des forces incombant au CFHS tant en opérations que sur le territoire national ;
- l'insertion des praticiens militaires des spécialités hospitalières dans les équipes des hôpitaux publics ;
- une recherche d'excellence pour les spécialités projetables ;
- un spectre d'activités limité, centré sur la chirurgie, l'anesthésie-réanimation et la médecine interne ;
- des besoins en autres activités assumés par les praticiens du service public de santé.

L'activité des praticiens des spécialités projetables est régie par des conventions avec les hôpitaux civils, organisant l'activité de ces praticiens au sein de l'hôpital d'accueil, les périodes de formation militaire et la projection.

3.3. Analyse

Comparativement à ces trois précédentes nations, la France est l'une des rares à disposer d'une capacité d'entrée en premier sur un théâtre d'opérations.

Cet impératif « d'entrée en premier » du contrat opérationnel français, oblige le SSA à disposer d'un vivier de personnel susceptible d'être mobilisé sous très court préavis,

²⁴ Déployé à Kandahar en Afghanistan.

constituant des équipes spécialisées de premier recours, ayant une véritable culture identitaire, un cadre d'emploi militaire, et des habitudes de travail communes.

A contrario du SSA français, les services présentés maintiennent leur haut niveau de compétences grâce à une politique affirmée d'insertion du personnel et/ou des moyens matériels dans le service public de santé. Cette modalité est devenue une condition *sine qua non* de leur survie en contexte économique contraint et la garantie de la qualité du service médical rendu. La réciprocité induite par cette dynamique d'insertion implique la participation des services publics de santé nationaux au soutien santé des forces armées.

Au terme de cette analyse stratégique, trois risques majeurs apparaissent, faisant porter une menace concrète sur la capacité du SSA à soutenir l'engagement opérationnel des forces armées françaises, et appelant la construction d'un nouveau modèle :

- une dégradation de la qualité du service rendu, exposant à une inadaptation aux besoins des forces armées, remettant en cause la raison d'être du SSA ;***
- un risque financier majeur, portant sur les investissements et dégradant le fonctionnement du SSA, avec à terme une majoration préjudiciable du coût de possession pour la défense ;***
- une perte d'attractivité pour le personnel, les usagers du SSA et ses partenaires.***

La stratégie du SSA doit lutter contre l'isolement, instaurer un dialogue avec son environnement et se rendre visible à ses yeux, en intégrant des réseaux, en créant des partenariats, en développant des collaborations, l'interopérabilité capacitaire et celle des SIC.

Cette politique affichée d'ouverture s'inscrit dans une posture stratégique de repositionnement du SSA sur son cœur de métier et de mise en œuvre de ses savoir-faire. La participation du service public de santé au soutien santé des forces est un facteur clé de la réussite du projet du Service, à l'instar des services de santé militaires des principales nations occidentales.

LES FONDEMENTS DU PROJET « SSA 2020 »

1. Un enjeu majeur : la performance

La performance se décline à la fois aux plans technique et économique.

1.1. La performance technique

1.1.1. L'enjeu

La performance technique est une condition nécessaire à l'installation d'une relation de confiance entre les armées et le service de santé, prestataire exclusif du soutien médical des forces en opérations.

C'est un facteur d'attractivité pour le personnel soignant dans un contexte de démographie médicale et paramédicale sous tension et d'exigences croissantes en termes d'exercice professionnel.

C'est également un facteur d'attractivité pour les patients, déterminant pour atteindre l'équilibre économique dans le système actuel de tarification à l'activité.

C'est enfin une condition nécessaire pour que les établissements du service soient visibles et reconnus par leurs partenaires de l'offre de soins publique, de la recherche et de l'enseignement supérieur. Elle légitime la reconnaissance du service à l'international.

1.1.2. Le champ de la performance technique

La performance technique est particulièrement bien codifiée dans le monde hospitalier. Elle fait l'objet de protocoles et recommandations de la part des autorités sanitaires et des sociétés savantes, d'évaluations régulières par les acteurs eux-mêmes, par la Haute Autorité de Santé, les agences régionales de santé et pour le SSA par la structure d'inspection et d'audit qui lui est propre.

La maturité est moindre dans les autres composantes du service telles que les centres médicaux des armées, la recherche, la formation ou le ravitaillement sanitaire (à l'exception de la pharmacie centrale des armées et du centre de transfusion sanguine des armées) mais les évolutions se sont considérablement accélérées ces dernières années.

Au-delà des composantes opérationnelles, la performance technique est également peu codifiée dans les principales fonctions support (ressources humaines, achats-finances, investissement-infrastructures, systèmes d'information et de communication) et dans le domaine de la gouvernance.

1.1.3. Les moyens à mobiliser

Au-delà du maintien d'un niveau optimal de formation du personnel et de la mise à disposition de matériels adaptés aux évolutions technologiques, l'obtention et le maintien de la performance technique supposent la généralisation du contrôle interne et de la démarche qualité, incluant l'évaluation de la qualité du service rendu, à l'ensemble des composantes du service. La performance technique suppose aussi de faire des choix car toutes les activités ne pourront pas être maintenues au même niveau de qualité.

1.2. La performance économique

1.2.1. L'enjeu

Pour le SSA, la performance économique est un enjeu majeur visant à l'optimisation du coût de possession pour la défense. Elle permet de maintenir les investissements nécessaires à des prestations de qualité. Elle doit se décliner dans ses deux dimensions principales d'efficacité (capacité à délivrer des résultats conformes aux objectifs fixés) et d'efficience (capacité à délivrer des résultats au moindre coût). Cette performance économique dépend de la capacité du personnel à s'adapter à l'environnement, à innover, et à adhérer aux valeurs communes de l'institution.

1.2.2. Le champ de la performance économique

La performance économique est attendue de l'ensemble des acteurs du service. Il est primordial de 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. Les processus « supports » sont évidemment concernés au premier chef, en particulier les fonctions achats et investissements.

1.2.3. Les moyens à mobiliser

La recherche de la performance économique repose à la fois sur le personnel et les organisations. 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.

2. La nécessité d'un nouveau projet

2.1. Des exigences de qualité

Si le soutien médical opérationnel fonde depuis toujours l'organisation du Service, les modalités de sa mise en œuvre continuent à évoluer considérablement. En effet, les combattants, et plus largement la société, attendent du Service une prise en charge d'une qualité aussi proche que possible de celle assurée sur le territoire national, maximisant les chances de survie avec un minimum de séquelles. Pour répondre à ces attentes, le Service fait évoluer à la fois les techniques de prise en charge pour les rendre de plus en plus performantes, et leur mise en œuvre, au plus près du combattant, dans les plus brefs délais.

Destinée à la prise en charge des malades et des blessés, la chaîne opérationnelle santé ne peut se résumer à une simple chaîne logistique. Composée de personnels militaires non combattants, elle représente le seul service à accompagner le soldat au plus près de la ligne de front, constituant ainsi une force d'appui déterminante. Elle est exigeante en termes de qualité, imposant un effort de formation et d'équipements. Priorité des éléments du soutien, elle permet l'entrée en premier et se retire souvent en dernier du théâtre d'opérations.

Cette recherche de qualité s'impose également dans le monde de la santé et représente un des axes majeurs de sa stratégie nationale. Elle requiert des organisations et des partenariats en devenir et obéit à des normes et des seuils d'activité auxquels les établissements du Service doivent se plier. Faute d'être au rendez-vous de ces exigences, le service rendu pourrait n'être conforme ni aux attentes des bénéficiaires ni à celles des autorités sanitaires.

2.2. Une nécessité de continuer à donner du sens à l'engagement du personnel

Depuis 2008 le service a conduit de nombreuses évolutions de ses composantes, en réaction aux évolutions de l'environnement, aux recommandations émanant du ministère de la défense et du ministère chargé de la santé ou pour prendre en compte les préconisations des tutelles financières. Ces évolutions, nécessaires, ont toutefois été conduites en réaction à des incitations extérieures. Elles se sont concentrées sur des objectifs principalement économiques, peu mobilisateurs et peu attractifs pour son personnel.

Il s'avère indispensable aujourd'hui de mobiliser l'ensemble du personnel autour d'objectifs clairement définis et fédérateurs, progressivement, en toute transparence, dans le respect de l'investissement et de la motivation de ceux qui œuvrent quotidiennement pour le service, et ce, grâce à une communication précise et porteuse de sens.

2.3. Des impératifs économiques

La politique de désendettement qui s'impose à l'ensemble des États européens, se traduit par des choix budgétaires nationaux difficiles. La loi de programmation militaire 2014-2019 et la loi de financement de la sécurité sociale de 2013 s'inscrivent dans cette perspective, faisant peser des contraintes sur le budget du SSA, composé à 63% de crédits budgétaires et à 37% de produits issus de son activité médicale. Le Service se trouve ainsi confronté, comme toutes les composantes de l'Etat, à la nécessité d'effectuer des choix visant à une meilleure efficacité.

3. Les missions et les activités du SSA

Actuellement, la mission du SSA est duale : assurer le soutien médical des forces, particulièrement en opérations, sans principe clair de différenciation selon le type de missions, et participer sur le mode d'un simple concours au service public hospitalier, sans engagement vis-à-vis du service public de santé.

Les enseignements du LBDSN 2013, les déflations en effectifs inscrites au projet de LPM 2014-2019, les leçons du parangonnage aux modèles hospitaliers militaires alliés et les enjeux de performance interrogent fortement cette mission duale et imposent une nouvelle approche des missions et des activités du SSA au profit de ses bénéficiaires²⁵.

Le soutien santé opérationnel des forces armées demeure la mission princeps du SSA, sa raison d'être, dans une stratégie affirmée de différenciation axée sur l'opérationnel.

Ses autres missions et activités, en particulier en partenariat avec le service public de santé, doivent être révisées.

3.1. Le soutien santé opérationnel, mission princeps du SSA

La mission princeps du Service est le soutien santé opérationnel des forces armées. Cette mission fonde le dimensionnement et l'organisation du service. Elle s'applique aux cinq grandes fonctions stratégiques : connaissance et anticipation, dissuasion, protection, prévention et intervention.

Elle s'exerce à la fois sur le territoire national, en métropole et outre-mer, sur mer et sous la mer, dans le cadre de missions intérieures, à l'étranger en opérations extérieures, et aussi lors des activités de soutien des exercices d'armée et d'entraînement des forces.

C'est une mission permanente, se traduisant en milieu terrestre, aérien et maritime :

- en préparation des opérations, par la mise en condition opérationnelle des forces (sélection, aptitude, vaccinations, soins, protection, prévention) et par la mise sur pied de la composante médicale du soutien opérationnel (constitution, équipement, entraînement) ;
- en opérations, par la prise en charge des blessés et des malades avec pour objectif de sauver les vies et de préserver l'intégrité physique, fonctionnelle et psychologique des combattants ;
- après le désengagement, par le contrôle et le suivi de l'état de santé du militaire tout au long de sa vie (surveillances spécifiques, poursuite des traitements, évaluation des séquelles) et le cas échéant, par sa remise en condition physique et psychologique et sa réhabilitation.

3.2. La participation à la résilience de la nation

Le soutien santé opérationnel des forces armées ne résume pas les missions du service. Du fait de son expertise et des capacités qu'il détient pour remplir sa mission princeps, le SSA assume d'autres missions, qui ne fondent toutefois, ni son dimensionnement, ni son organisation.

En apportant son concours aux missions humanitaires décidées par la France, à la prise en charge de crises sanitaires, de catastrophes ou de sinistres, en mettant praticiens et paramédicaux à disposition des services de sécurité et de secours, le

²⁵ Cf. annexe 3 : « Les bénéficiaires du Service de santé des armées ».

service entretient les compétences et maintient une masse critique de personnel formé à l'urgence et aux situations de crise. En cela, il contribue à la résilience de la nation. Ces missions sont à la fois indispensables au service et utiles pour la communauté nationale.

3.3. Les autres missions et activités du SSA

Enfin, le service fournit de nombreuses autres prestations qui ne relèvent pas à proprement parler de ses missions. Elles contribuent à enrichir son expérience, à diminuer ses coûts en optimisant ses investissements et en valorisant ses savoir-faire, à asseoir son image au niveau national et international, au sein de la communauté de défense et en dehors. C'est, entre autres, le cas des prestations de soins au profit de la communauté de défense et des contributions aux coopérations internationales dans le domaine de la santé.

Le SSA assure également des prestations auprès des patients des territoires de santé dans le cadre du concours au service public hospitalier. Dorénavant, il souhaite faire évoluer cette contribution vers une authentique mission contractualisée avec le ministère de la santé, en tant qu'acteur du service public de santé. Ceci suppose l'engagement et la mise en responsabilité territoriale du Service en ce qui concerne les spécialités vers lesquelles il s'est concentré, et oblige à un dimensionnement adéquat de ses moyens. Ainsi missionné, le SSA s'engagera à rendre compte aux tutelles (défense et santé) des résultats obtenus.

4. Cinq principes pour y parvenir

A la dispersion, l'isolement et la complexité de la gouvernance et de l'organisation actuelles du Service, répondent les principes de concentration, d'ouverture au service public de santé, de développement des coopérations internationales, de promotion dans le champ interministériel et de simplification.

4.1. La concentration

Les exigences, la complexité et les coûts croissants du soutien santé d'une part, et les moyens alloués d'autre part, imposent au Service de se concentrer sur sa raison d'être, le soutien santé opérationnel.

Se concentrer sur cette mission implique aussi de concentrer les moyens du Service.

4.1.1. Concentration sur la mission

Le principe de concentration sur la mission permet d'établir de nouveaux équilibres.

Rééquilibrage des activités

Le SSA développe aujourd'hui un grand nombre d'activités. Certaines sont éloignées du cœur de métier que constituent le soutien des forces en opérations et la contribution à la résilience nationale. Elles sont parfaitement assumées par le service public de santé. Concentré sur les activités cœur de métier, le SSA pourra plus facilement répondre aux exigences de qualité tout en respectant les impératifs médico-économiques. Pour assurer et renforcer les activités à forts enjeux militaires, il lui faut partager, voire transférer aux partenaires de la santé celles qui s'en éloignent.

Le Service ne se désengage pas pour autant de champs entiers de l'exercice médical. S'il n'en est plus l'effecteur, il reste le garant de l'organisation de partenariats répondant aux besoins de ses ressortissants, à la qualité du service rendu et aux attentes de son personnel.

Rééquilibrage médecine des forces – médecine hospitalière

Les centres médicaux des armées, vivier de personnel en priorité pour les rôles 1, les hôpitaux qui fournissent le personnel des rôles 2 et 3 et les organismes de ravitaillement sanitaire, sont les trois composantes du service directement impliquées sur le terrain dans le soutien santé opérationnel. Le ratio des ressources consacrées respectivement aux hôpitaux et aux centres médicaux des armées s'est peu à peu déséquilibré pour répondre à la complexification de la médecine hospitalière, aboutissant à une situation où les hôpitaux absorbent aujourd'hui plus de la moitié des ressources du Service. L'évolution trouve aujourd'hui ses limites avec une composante hospitalière dont les besoins sont de plus en plus difficiles à assurer, et une médecine des forces qui pâtit d'un déficit d'investissement en infrastructures et en équipements. Pour des raisons similaires, des choix ont dû être faits entre les investissements consacrés aux structures du socle, en particulier hospitalières mais pas seulement, et ceux consacrés aux unités médicales opérationnelles.

4.1.2. Concentration des moyens

Les moyens qui concourent au soutien santé opérationnel doivent être concentrés sur le nombre de structures strictement nécessaire. La concentration peut intéresser des établissements dans leur intégralité ou seulement des équipes au sein d'un établissement. L'excellence du système de santé français, un des meilleurs au monde, et la part de la richesse nationale qui lui est consacrée, imposent à l'Etat d'éviter les redondances en termes de moyens, ce qui justifie le désengagement du SSA dans certaines activités non cœur de métier.

Cette concentration est nécessaire pour minimiser l'impact sur l'activité de la projection d'une quantité significative de personnel avec un court préavis et éventuellement dans la durée.

Elle est indispensable pour garantir une formation technique et militaire adaptée du personnel projetable, garantissant l'adaptabilité des acteurs aux conditions rencontrées et aux matériels utilisés en opérations. La concentration des activités et des compétences est un gage de qualité. On ne maîtrise bien que ce que l'on fait souvent et ensemble : c'est le sens des seuils d'activité exigibles qui se durcissent dans le monde de la santé.

De plus, qu'il s'agisse de l'une ou l'autre des cinq composantes du Service, seules des structures densifiées, dotées d'une assise suffisante, sont susceptibles d'être visibles et lisibles par les partenaires, les usagers et par l'environnement d'une façon générale. Seul ce type de structure peut garantir la finalisation de partenariats équilibrés. La concentration est aussi un moyen de diminuer l'empreinte financière du Service en assurant des économies d'échelle, en minimisant les coûts d'infrastructure, en diminuant le nombre d'équipements et en optimisant leur utilisation. Enfin, cette nécessaire concentration se fera en portant la plus grande attention à maintenir la militarité de son personnel, à ne pas éloigner le SSA des forces, et à ne pas distendre ce lien essentiel.

4.2. L'ouverture au service public de santé

4.2.1. L'insertion dans le service public de santé : une ambition

L'ambition du Service est d'être un acteur à part entière du service public de santé, de la recherche et de la formation, et d'assumer les responsabilités inhérentes à la place qu'il revendique.

Il s'agit d'un véritable changement de paradigme qui le fait passer du simple concours au service public de santé à une réelle insertion de l'offre de soins militaire dans les territoires de santé.

Cette insertion repose sur le principe d'un double flux : le Service apporte ses capacités au service public de santé ; ce dernier contribue au soutien santé des forces armées.

4.2.2. Plusieurs objectifs

L'insertion accompagne nécessairement la concentration des moyens. En concentrant ses moyens, le Service abandonne le principe sur lequel il s'est longtemps fondé : de multiples structures légères, peu insérées dans l'offre générale donc faciles à mobiliser sans impact sur l'environnement. Qu'il s'agisse d'établissements ou d'équipes, des structures concentrées, plus conséquentes, devront impérativement trouver leur place dans leur environnement et se conformer aux règles générales.

L'insertion accompagne tout autant le rééquilibrage des activités. Pour assurer la complémentarité de ses activités cœur de métier, le Service doit intégrer les réseaux « soins primaires-hôpital-soins de suite ».

L'insertion est nécessaire à la performance technique et à la qualité du soutien santé. Pour le Service, qui représente un faible pourcentage de l'offre de soins nationale, l'ouverture vers le service public de santé garantit l'atteinte des seuils d'activités, le maintien des compétences, particulièrement dans le domaine de l'urgence pour la médecine de premier recours et dans le domaine chirurgical pour l'hôpital. Là où le Service n'a pas l'assise suffisante pour garantir la qualité de la formation de ses personnels, il peut, partout, la trouver dans le service public de santé.

L'insertion est indispensable à la performance économique. Le coût croissant des équipements et des pratiques ne permet plus de disposer seul de la totalité du champ, y compris pour les centres hospitaliers les plus importants. D'un point de vue médico-économique, l'exercice de la santé ne peut se concevoir sans des mutualisations et des partenariats avec les homologues civils du Service.

Enfin l'insertion dans le service public de santé assoit le principe que le soutien santé des forces est ainsi une mission de service public et qu'il appartient à la nation toute entière d'y contribuer. Les nombreux réservistes qui œuvrent aux côtés du service sont les plus ardents porteurs de ce concept, dans un authentique esprit de défense.

4.2.3. Des axes d'intervention

L'insertion se décline à trois niveaux :

- national, avec les ministères chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche, auxquels revient la définition des politiques publiques, du cadre législatif, juridique et financier ;
- régional, avec les agences régionales de santé, acteurs incontournables de l'organisation de l'offre de soins ;
- et local, entre les établissements du Service et les établissements partenaires.

C'est le caractère synergique de ces actions qui garantira le succès de l'entreprise.

Construire l'insertion nécessite dialogue et concertation avec les acteurs de la santé, sensibilisés aux impératifs opérationnels du SSA. Dans un contexte commun de contraintes budgétaires, réglementaires, démographiques, techniques ou encore de gouvernance, il importe de construire des partenariats fondés sur la notion commune de mission de service public, excluant toute idée de concurrence. Toute duplication d'activités doit donc être évitée, toute faiblesse capacitaire doit être compensée par des collaborations.

Une première étape pourra être la mise en place d'équipes civilo-militaires de territoire. Simples à construire, faisant appel à des relations interpersonnelles déjà existantes en de nombreux endroits, elles permettront de répondre à la fois aux besoins de santé du

territoire et aux attentes du Service en termes de régularité de la pratique soignante, de niveau d'activité satisfaisant et par conséquent, d'entretien des compétences.

4.2.4. Des conséquences à assumer

Etre un acteur du service public de santé à part entière implique que le Service soit en capacité de tenir cette position. Contraint par sa mission à désengager des ressources avec un faible préavis, il lui faudra assumer la responsabilité de l'organisation de la suppléance en collaboration avec le service public. L'installation d'une relation de confiance passera alors par une contractualisation entre le Service et ses partenaires du service public de santé.

4.3. Le développement des coopérations internationales

Le développement des coopérations internationales répond à une nécessité opérationnelle. Si l'ambition du Service est d'assurer un soutien santé opérationnel garantissant la capacité d'entrer en premier, ses possibilités à tenir seul dans la durée seront, à l'avenir, limitées.

Ces coopérations impliquent les cinq composantes du Service. Elles doivent être recherchées d'abord avec les services de santé militaires européens. Les liens forts existant avec les états africains, dans un contexte géopolitique régional instable, incitent à étendre les partenariats avec les services de santé des armées de ces États. Les coopérations peuvent également être construites avec les organisations internationales, les organisations non gouvernementales, voire des compagnies privées sur des segments bien définis et limités.

Les coopérations internationales existantes reposent sur trois principes : complémentarité, réciprocité, culture commune.

La complémentarité est une source d'économies potentielles pour des équipements opérationnels utilisés de façon très discontinue par chacune des nations.

Une véritable réciprocité est délicate car peu de services de santé européens disposent de capacités opérationnelles suffisantes, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Même s'il apparaît que la mise en œuvre en est difficile, lorsque le service de santé français assume seul une charge commune, celle-ci devra être correctement valorisée et compensée.

La culture commune est essentielle à la réussite d'une bonne coopération opérationnelle. Au niveau international, elle passe par la définition d'une doctrine santé commune. Le service de santé des armées français est l'un des rares services occidentaux à disposer d'une chaîne santé opérationnelle complète. En Europe, il se trouve en position de leader dans ce domaine. Pour faire prévaloir sa position, il doit être présent au sein des instances internationales. Il doit donc développer la connaissance de ces instances et faciliter l'insertion de son personnel en leur sein. La culture opérationnelle commune se construit sous forme d'échanges d'officiers avec les partenaires du Service (nations membres de l'OTAN), d'exercices ou de projets communs peu développés dans le Service et lors de rencontres favorisant la connaissance mutuelle.

La limite des coopérations internationales doit être fixée au regard de l'absolue nécessité de préserver l'autonomie de la France à conduire seule, au moins en ouverture de théâtre, une opération militaire.

4.4. La promotion du Service dans le champ interministériel

La promotion accrue du Service dans le champ interministériel repose sur des collaborations, sans esprit de concurrence, sans mobilisation de nouvelles capacités, tout en restant centré sur le cœur du métier : le soutien santé opérationnel des forces.

De même qu'il prépare et soutient les armées, le Service peut être un acteur de la préparation et du soutien des forces de sécurité et de la résilience de la nation, en parfait accord avec les orientations du livre blanc sur la défense et la sécurité nationale. Le Service dispose en effet de compétences spécifiques en matière de prise en charge des blessés, y compris psychiques, radio ou chimio-contaminés. Il dispose également de capacités d'expertise uniques. Le personnel du Service peut être mobilisé immédiatement, exercer en conditions dégradées, résister en milieu hostile et durer en relative autonomie. D'ores et déjà, il met à disposition d'autres ministères, en particulier du ministère de l'intérieur, certains de ses personnels.

Le maintien et l'extension des coopérations interministérielles contribuent à l'entraînement de ses personnels et à la diminution du coût de possession pour les armées.

Le Service dispose de capacités de formation dans le domaine de la médecine et de la chirurgie d'urgence en situation de guerre et dans le domaine NRBC. En ouvrant largement ces formations aux autres acteurs des crises sanitaires, il peut en minimiser les coûts et accroître sa notoriété.

De la même façon le Service peut construire, plus encore qu'il ne le fait aujourd'hui, des partenariats dans le domaine de la recherche biomédicale de défense et de la production de produits de santé spécifiques.

4.5. La simplification

4.5.1. Les axes ministériels de simplification

Dans le cadre du programme ministériel de modernisation et de simplification, plusieurs axes de travail ont été identifiés.

La dynamique de développement numérique, en cours, s'orientera, entre autres, vers le déploiement de services pour les agents du ministère afin d'améliorer les conditions de travail (messagerie unique, outils de communication instantanée, de réunions virtuelles, espaces de travail collaboratif).

La simplification des processus et des normes, en particulier administratifs, devraient permettre aux acteurs du ministère de se recentrer sur leur cœur de métier.

Les rapprochements entre entités devant opérer de manière conjointe et le développement de processus communs doivent optimiser le temps investi dans la conception, la réalisation et le pilotage de ces processus.

La réforme de la gouvernance, la simplification des organisations, l'allègement des échelons de commandement ont pour but de fluidifier les flux d'information et la chaîne de décision tout en générant des économies de fonctionnement.

4.5.2. Les axes de simplification déclinés par le SSA

Le principe de simplification concerne toutes les composantes du SSA, avec un fil conducteur : la recherche constante de qualité dans la conception et la mise en œuvre du service rendu à ses bénéficiaires, associée à la recherche d'efficacité dans l'utilisation de ses moyens.

Ce principe sera décliné en termes de développement numérique, d'harmonisation des processus, d'implication de tous les personnels, de mutualisation et de coordination des démarches techniques communes et de réforme de la gouvernance.

En écho à l'analyse stratégique et afin d'optimiser sa performance technique et économique, un nouveau projet s'avère nécessaire pour le Service de santé des armées (SSA).

La mission princeps du SSA demeure le soutien médical opérationnel des forces armées.

Le SSA contribue par ailleurs à de nombreuses missions de service public en rapport avec l'urgence ou les crises, participant à la résilience de la nation. D'autres activités contribuent à enrichir son expérience, asseoir son image et diminuer ses coûts. Le nouveau projet affirme la volonté du SSA d'être reconnu comme acteur du service public de santé, missionné par la tutelle ministérielle sur le mode d'une contractualisation.

Les militaires en activité et leurs familles sont les premiers bénéficiaires des prestations du SSA. Les membres de la communauté de défense peuvent recourir à ses services. Le SSA décline aussi son offre aux civils des territoires de santé en métropole, et dans le cadre de l'aide médicale aux populations en opérations extérieures.

Pour conduire ce nouveau projet, le Service s'appuiera sur les principes de concentration de ses moyens sur sa mission et de rééquilibrage de ses composantes ; d'ouverture au service public de santé ; de développement des coopérations internationales et des collaborations interministérielles, dans un souci permanent de simplification.

Les effets différés de la mise en œuvre de ces principes imposent un accompagnement permanent et un engagement affirmé de l'ensemble du personnel.

LES DOMAINES D'INTERVENTION

Pour répondre aux enjeux de la performance technique et économique, et pour assurer les missions du Service dans leurs nouvelles perspectives, les principes fondateurs du projet « SSA 2020 » seront déclinés :

- en termes de soutien santé opérationnel, mission princeps intéressant la chaîne santé opérationnelle elle-même, l'engagement du Service dans la maîtrise du risque NRBC, sa contribution à la réponse aux crises sur le territoire national ;
- dans chacune de ses cinq composantes, à savoir la médecine des forces, la médecine hospitalière, le ravitaillement sanitaire, la recherche et la formation, l'ensemble garantissant la cohérence du système ;
- dans chacune de ses fonctions supports, à savoir les ressources humaines, les systèmes d'information et de communication, les achats, l'infrastructure et les investissements techniques.

Dans chaque domaine d'intervention, une présentation de la situation actuelle et une analyse des facteurs nécessitant le changement permettront de proposer des axes stratégiques d'intervention.

Une politique sera ensuite abordée en termes de gouvernance, management, organisation, communication interne et externe et mobilisation des acteurs.

1. Le soutien santé opérationnel

1.1. La chaîne santé opérationnelle

1.1.1. La situation aujourd'hui

Une mission intangible

Le soutien santé des opérations est la responsabilité fondamentale du SSA. Il a pour objectifs :

- de sauver des vies ;
- de limiter les séquelles potentielles des blessures et des maladies ;
- d'assurer le soutien médical et médico-psychologique du personnel ;
- de prescrire les mesures collectives destinées à contribuer à la protection de la force ;
- d'assurer le maintien des capacités médicales.

Cette mission nécessite de réaliser l'ensemble des actes médicaux, pharmaceutiques, vétérinaires, dentaires, paramédicaux et médico-administratifs relevant du soin aux personnes malades ou blessées. Elle s'étend de la préparation opérationnelle médicale du combattant à la reprise du service du personnel blessé ou malade.

Le soutien santé met en œuvre, dans un cadre interarmées, l'ensemble des moyens qui concourent à la mise en condition sanitaire et à la conservation du potentiel humain. Il comprend pendant l'engagement :

- la prévention sanitaire ;
- les soins médicaux courants ;
- la prise en charge des blessés ;
- le ravitaillement en médicaments et produits de santé.

La doctrine de prise en charge des blessés s'appuie sur les principes suivants :

- médicalisation de l'avant, qui intègre le sauvetage au combat ;
- réanimation et chirurgicalisation de l'avant, qui impliquent de porter au plus près des combattants des moyens mobiles et adaptés au traitement d'urgence et/ou à la mise en condition des blessés (*damage control*) ;
- systématisation des évacuations médicales sanitaires précoces (par voie aérienne médicalisée sauf exception) vers des installations d'infrastructure, si possible nationales, où sont pratiqués les traitements complémentaires.

Une chaîne santé complète

Afin d'offrir les meilleures chances de guérison ou de réadaptation, la prise en charge des blessés et des malades doit être garantie sans rupture. Elle constitue ainsi un *continuum* fonctionnel et thérapeutique nommé « chaîne santé ». Elle est mise en œuvre en tous temps, en tous lieux et en toutes circonstances, dans des conditions toujours différentes car dépendant de la typologie des conflits et des facteurs environnementaux.

Le SSA dispose d'une « chaîne santé » complète, capable d'assurer une prise en charge de bout en bout, s'articulant autour de cinq capacités :

- de soins, déclinées à quatre niveaux de complexité et de proximité, sur le théâtre (rôles 1, 2, 3) et en métropole (rôle 4) ;

- de production, d'approvisionnement, de stockage et de distribution des matériels et produits de santé ;
- d'évacuations médicales avancées, tactiques et stratégiques ;
- de « *command and control* » ;
- d'évaluation et d'expertise des risques sanitaires.

L'indépendance stratégique nationale et la crédibilité militaire de la France imposent aux armées de conserver une capacité d'entrée en premier sur un théâtre d'opérations, le maintien de cette aptitude permettant d'intervenir de façon autonome dans une crise d'ampleur limitée ou de peser dans une coalition de plus grande ampleur. Dans son volet médical, cette capacité s'appuie sur un système complexe associant le personnel du SSA, la fonction ravitaillement sanitaire, l'armée contributrice principale du soutien et les autres forces armées.

Des savoir-faire éprouvés sur les théâtres d'opérations.

Les facteurs-clés de la réussite du soutien médical des deux dernières opérations majeures, PAMIR et SERVAL, méritent d'être soulignés.

Les opérations d'Afghanistan ont permis de valider le concept de sauvetage au combat. Cette véritable avancée a été possible grâce à l'acquisition de compétences individuelles par le personnel soignant, à la formation du combattant au sauvetage au combat de niveau 1 (SC1) et à la généralisation de la préparation opérationnelle couplée à la mise en condition avant projection (MCP) du personnel de la fonction santé.

La France est l'une des seules nations européennes à pouvoir entrer en premier et déployer une chaîne santé opérationnelle complète. A ce titre, elle peut revendiquer la fonction de *lead nation* en matière sanitaire. Cette fonction oblige le SSA au niveau international, en matière de continuité des soins mais également en matière d'engagement. C'est à ce titre que l'hôpital médico-chirurgical (HMC) KALA (pour *Kabul International Airport*) a poursuivi sa mission après le désengagement du contingent français déployé en Kapisa et Surobi.

Au Mali, soumis à des contraintes opérationnelles particulières (court préavis, absence de préparation logistique, rapidité de la manœuvre, élongation, dimensionnement du théâtre, absence de soutien santé de la nation hôte, contraintes environnementales), le SSA a su démontrer sa capacité à être employé dans des conditions de « corps expéditionnaire projeté ». Les antennes chirurgicales ont fait preuve de réactivité et ont démontré leur capacité de redéploiement. Cette agilité tactique est essentielle car elle permet de soutenir les modes d'action les plus audacieux.

En matière de régulation des évacuations médicales (MEDEVAC) de l'avant, la parfaite intégration du PECC²⁶ au sein du PC tactique (TOC²⁷) a illustré la plus-value d'une coordination interarmées.

Cependant, ces modes d'actions ne sont pas uniquement terrestres. Ils sont aussi « *from the sea* », comme les opérations HARMATTAN ou AIGLE, ayant permis au Service de soutenir une opération hélicoptère et/ou aérienne à partir des installations hospitalières particulièrement modernes et efficaces du porte-avions Charles de Gaulle et des bâtiments de projection et de commandement, capables de mettre en œuvre les rôles 2 et 3. Cette composante maritime du savoir-faire du Service, dans le cadre

²⁶ PECC = *patient evacuation coordination cell*

²⁷ TOC = *tactical operation center*

interarmées qu'il revendique, témoigne de l'adaptation aux différents milieux de son personnel, en particulier hospitalier.

1.1.2. Les facteurs du changement

L'instabilité du contexte stratégique impose de maintenir la disponibilité opérationnelle et l'excellence du soutien médical des opérations malgré une contraction des ressources humaines et budgétaires.

Les orientations du LBDSN 2013

En matière de soutien médical, l'autonomie stratégique repose sur la capacité d'organiser et de déployer une chaîne médicale unique, complète et interarmées. La capacité d'entrée en premier est un impératif.

Les attentes en matière de soutien médico-chirurgical ont été dimensionnées à partir des nouveaux contrats opérationnels.

Une amélioration de l'interopérabilité propice à l'efficacité du déploiement des coalitions multinationales est attendue. Le retour de la France au sein du commandement militaire intégré de l'OTAN et son implication au sein de l'UE amènent le SSA à adopter une terminologie et des concepts standardisés en matière de soins comme de prévention, à visée humaine ou animale.

Une plus forte participation de la composante « réserves » aux missions opérationnelles sera nécessaire dans des conditions bien définies : tous types de postes, sur théâtre stabilisé, à distance de l'entrée en premier, en opérations extérieures ou en missions intérieures.

Une capacité de réponse opérationnelle à la limite de la rupture.

Le besoin en soutien médical opérationnel est permanent, à la fois continu et croissant.

La multiplication des théâtres (jusqu'à 11 équipes chirurgicales [EC] engagées simultanément en 2013), leur répétition (48 EC projetées en 2013, soit la totalité du contrat opérationnel), les contraintes opérationnelles spécifiques (dispersion tactique des unités, haute élongation, distance du territoire national, absence de soutien de la nation hôte) ont accentué la densité du soutien médical jusqu'à ses limites.

Par ailleurs, le soutien santé ne suit pas de manière homothétique le volume des forces déployées. Appelé en premier, il est souvent le dernier à quitter le théâtre.

Pour conserver des délais de prise en charge adaptés et pour garantir le soutien médical quotidien, le SSA a ainsi multiplié la projection de personnels et d'unités médicales opérationnelles, et ce même pour des déploiements limités en effectifs (ACA²⁸ à Birao, OMLT²⁹ en Afghanistan, rôle 3 à l'aéroport international de Kaboul, DAO³⁰ au Mali, ...).

Concernant les rôles 1 et les MEDEVAC tactiques, près de 175 équipes médicales sur 198 disponibles, essentiellement issues des CMA, ont été engagées depuis le début de l'année 2013. La sujétion opérationnelle pesant sur les CMA est donc particulièrement importante car les praticiens des forces sont également appelés à servir dans les rôles 2 et 3 (accueil des urgences) et dans les états-majors de théâtres (DIRMED/CONSMED/PECC). Ainsi, sur les douze derniers mois, près de 46% des

²⁸ ACA : antenne chirurgicale aérotransportable

²⁹ OMLT : *operational mentoring liaison team*

³⁰ DAO : détachement d'assistance opérationnelle

médecins et infirmiers des forces ont effectué une ou plusieurs missions opérationnelles, d'une durée de trois à six mois.

En ce qui concerne le ravitaillement sanitaire, l'opération SERVAL a mis en tension la chaîne de remise en condition des UMO qui a dû faire appel au renfort du régiment médical (RMED) pour assurer sa mission.

Des acteurs aux modalités de gestion différentes

Les équipes médicales et chirurgicales sont constituées de personnels aux qualifications et aux statuts différents. La gestion des praticiens et du personnel paramédical relève du SSA, alors que celle du personnel périmédical relève en grande partie des armées.

Le personnel périmédical assure l'essentiel des fonctions d'exécution de la fonction médicale : auxiliaire sanitaire, pilote de véhicule de l'avant blindé sanitaire, conducteur ambulancier et magasinier santé. Le retour d'expérience démontre l'insuffisance actuelle des CMA en ce qui concerne cette ressource humaine pourtant indispensable au succès de la chaîne santé en opérations. Cette insuffisance est surtout quantitative. En effet, si les référentiels en organisation des CMA peuvent être adaptés aux missions métropolitaines et à l'activité quotidienne, ils se révèlent limités et ne permettent plus d'assurer le vivier indispensable pour armer l'ensemble des postes au sein des chaînes médicales des théâtres d'opérations.

Le RMED, unité de l'armée de terre, est un contributeur essentiel aux opérations et fournit les renforts nécessaires aux UMO pour soutenir les forces armées.

Un système d'alerte morcelé et inefficace

La capacité d'entrée en premier des forces s'appuie sur des ressources humaines préparées et des moyens matériels immédiatement disponibles. Les moyens du SSA sont placés actuellement en régime de veille opérationnelle au sein de plusieurs systèmes d'alerte propres à chaque entité : GUEPARD pour l'armée de terre, RAPACE pour l'armée de l'air, TARPON et NSRS pour la marine nationale, DSVO pour le SSA. Cette dilution des moyens n'est pas la solution la plus efficace pour garantir la rationalité du système d'alerte. Cette position restreint également la maîtrise par le SSA des moyens qui lui sont organiques. Enfin, cette séparation, héritage des anciens services de santé d'armées, n'est pas dans l'esprit de l'échelon national d'urgence et de la force interarmées de réaction immédiate.

Un soutien décliné à l'extrême avant

Ce qui ne se pratiquait, il y a 20 ans, qu'au niveau de la division, s'est progressivement étendu à la brigade et au GTIA³¹. Au cours des conflits récents, le SSA a été confronté au problème du soutien médical des détachements isolés et des micro-détachements. Ceci est illustré dans le LBDSN 2013 avec le soutien santé de proximité dédié aux forces spéciales.

Le soutien santé de ces détachements ne peut s'appuyer exclusivement sur un soutien médical et chirurgical organique.

Pour répondre à ces nouveaux défis, le Service s'est engagé dans la mise en œuvre du concept de sauvetage au combat, et prend dès à présent en compte l'émergence de nouveaux métiers, les transferts de charge et de compétences.

³¹ Groupement tactique interarmes

La prise en charge des exigences sociétales

L'évolution sociétale génère des contraintes supplémentaires : moindre acceptation des pertes et des séquelles, exigence de qualité similaire à celle requise sur le territoire national, risque de judiciarisation en cas de perte de chance.

1.1.3. Les axes d'intervention

Les axes d'intervention du présent projet s'inscrivent dans la doctrine actuelle du soutien santé en opérations³², non remise en cause mais prenant en compte les évolutions des types de conflits. En effet, les derniers engagements ont mis en exergue le trou capacitaire de l'extrême-avant, qui a nécessité la mise en place du sauvetage au combat, et le faible taux de déploiement d'UMO de rôle 3 au profit de formations plus légères, voire la constitution d'UMO *ad hoc* (module de chirurgie vitale).

Améliorer la mise en œuvre et l'organisation de la chaîne santé opérationnelle

Sanctuariser la capacité *Command and Control* (C2) médicale

Le SSA est décrit dans le LBDSN 2013 comme « un acteur déterminant de l'engagement opérationnel ». Son action et son implication s'inscrivent à tous les niveaux décisionnels en apportant l'expertise médicale à chaque échelon du commandement des opérations : stratégique, opératif et tactique.

Suite à la réorganisation des chaînes du soutien en France et du soutien des engagements opérationnels³³, le SSA dispose de la maîtrise d'ouvrage fonctionnelle déléguée et de la maîtrise d'œuvre du soutien médical des opérations. S'il dispose d'une responsabilité exclusive dans les armées dans son domaine de compétence, sa capacité C2 doit donc être réaffirmée.

Au niveau stratégique, en matière d'organisation du soutien médical des opérations, la capacité C2 du SSA est indispensable en raison de la complexité de la chaîne médicale, dont la cohérence, la flexibilité et l'adaptabilité sont essentielles pour en assurer la performance. De plus, le SSA apporte un conseil médical adapté aux différents niveaux d'états-majors.

L'état-major opérationnel santé (EMO-S) reste la pierre angulaire de la conception, de la planification et de la conduite du soutien médical des opérations. Expert fonctionnel pour l'état-major des armées (EMA / centre de planification et de conduite des opérations), il est devenu un acteur incontournable en matière de soutien médical des opérations comme en témoignent les derniers engagements (PAMIR, TAMOUR et SERVAL). Il garantit au directeur central du SSA la continuité de la chaîne santé en opérations et est inclus pour cette raison dans le projet de pôle opérationnel Balard.

Aux niveaux opératif et tactique, la présence d'un médecin des armées comme conseiller médical du commandement et commandant de chaîne santé doit être maintenue. Les capacités C2 sont assumées par le directeur médical et son bureau médical (JMED³⁴), ainsi que par le *patient evacuation coordination center* (PECC) en matière de régulation des évacuations médicales.

Ce savoir-faire et ce savoir-être de praticiens rompus aux techniques d'état-major doivent être pérennisés. Ils offrent au commandement une expertise permanente et

³² Doctrine interarmées 4 relative au soutien interarmées en opérations du 8 février 2008.

³³ Doctrine interarmées 4-B relative au soutien des engagements opérationnels du 14 mars 2013.

³⁴ JMED : *joint medical*

une analyse immédiate de l'influence des décisions opérationnelles sur le soutien santé. A ce titre, le SSA attache une importance prioritaire au maintien de la capacité C2 du SSA en opérations.

Rénover le dispositif santé de veille opérationnelle

La conception actuelle du dispositif d'alerte, segmenté par armée, génère une rigidité du soutien médical fondée sur une expression de besoins en modules santé, et non à partir d'un effet à obtenir en matière de soutien médico-chirurgical. L'évolution du DSVO actuel vers un DSVO nouvelle génération (NG) doit permettre aux armées de continuer à bénéficier d'une expertise médicale de haut niveau en matière de conception des opérations, tout en ayant la garantie d'être soutenues en cas de projection sous court préavis. Ce DSVO NG permettra de rationaliser le dispositif d'alerte, en plaçant l'EMO-S comme point de contact unique des armées en matière de soutien médical des opérations.

Faire porter l'effort sur les UMO de rôles 1 et 2

Dans le cadre de la recherche d'une plus grande efficacité, le SSA fera porter son effort sur les rôles 1 et 2. Pour ce qui concerne le soutien de niveau 3, il s'orientera vers des partenariats en multinational plutôt que de réaliser ce type de soutien de manière autonome. En effet, les structures de ce type sont rarement déployées en OPEX par le SSA alors que d'autres nations (Allemagne en particulier) en disposent. Elles demandent une grande technicité, obligent à répondre à des standards plus nombreux et mobilisent de fortes masses financières.

Un tel recentrage de l'effort est dans la logique d'entrée en premier prônée par le Livre blanc.

Le SSA concrétisera cette nouvelle démarche dans sa stratégie internationale du soutien santé. Toutefois, il maintiendra sa capacité à armer un rôle 3 et la possibilité d'utiliser la modularité de ses UMO pour déployer de telles structures, le cas échéant.

Etudier le concours du régiment médical

La nécessaire refonte du format et de l'organisation actuels du RMED doit prendre en compte sa mission de renfort des UMO de rôle 1, complémentaire de ses missions traditionnelles de soutien à la formation opérationnelle santé, et de mise en œuvre du soutien des UMO des rôles 2 et 3 (aide au déploiement, participation au fonctionnement).

Accroître la contribution de la réserve opérationnelle

L'existence de spécialités très sollicitées et donc éventuellement déjà déficitaires doit, outre les mesures de recentrage, faire envisager un meilleur emploi de la réserve opérationnelle. Si les opérations se prêtent mal en phase initiale à l'intégration de réservistes, dès lors que la stabilisation est acquise, il est indispensable d'étudier toutes les marges de manœuvre permettant de faciliter l'emploi de praticiens ou de paramédicaux de la réserve. A l'instar de leurs camarades d'active, ils doivent être pris en compte dans les processus de préparation opérationnelle.

Garantir le soutien logistique de la chaîne santé opérationnelle

Acteur du soutien spécialisé, le SSA ne dispose pas des moyens logistiques permettant la projection et le « soutien vie - protection - transmissions » de ses UMO. Sa montée en puissance et son déploiement s'appuient sur les moyens de l'armée désignée comme contributrice principale du soutien et sur ceux des autres services

interarmées, dans une logique réciproque de soutenant-soutenu. Ces besoins concernent particulièrement les UMO de rôles 2 et 3. La mise à disposition, à l'entraînement comme en opérations, des vecteurs d'évacuation adaptés (véhicules tactiques, hélicoptères de manœuvre, aéronefs) relève de la même logique et conditionne le maintien de la capacité MEDEVAC.

A l'occasion de la rédaction des directives techniques santé des ordres d'opérations, le SSA soulignera la nécessité pour les UMO d'être soutenues pour le matériel technique non santé, et veillera à ce que les vecteurs d'évacuation dédiés soient programmés en nombre suffisant pour assurer les MEDEVAC.

Garantir le maintien de la fonction « ravitaillement sanitaire » en opérations

L'existence d'une chaîne de ravitaillement sanitaire dédiée mettant en œuvre un savoir-faire unique de constitution de dotations spécifiques concourt au succès du soutien médical des opérations. La détention en nombre insuffisant de dotations, prêtes à la projection, peut constituer un facteur limitant ; c'est pourquoi il est nécessaire d'assumer au niveau stratégique les coûts afférents à la possession de ces UMO, seule garantie de la réactivité du système. Ces coûts de possession concernent leur conception, leur assemblage, leur maintenance, leur mise à niveau régulière et les infrastructures dédiées au stockage. Cet effort concerne essentiellement les dotations initiales et leur reconstitution en cas de projection.

Assurer la mise en œuvre d'une politique générale de préparation à l'engagement

Inscrire dans la durée le processus de préparation opérationnelle

La formation du personnel du SSA porte à la fois sur les aspects militaires et médicaux. Il s'agit de maîtriser des équipements et des modalités de prise en charge médicale, chirurgicale et paramédicale, différents de ceux utilisés sur le territoire national. Cette maîtrise doit tenir compte des contraintes du milieu opérationnel.

Le niveau de préparation opérationnelle influence clairement la capacité à répondre à un engagement rapide. Plus il est élevé, moins le personnel soignant devient dépendant de la mise en condition avant projection (MCP) adaptée au théâtre. Dans un contexte de ressources contraintes et mutualisées, le SSA développera, à l'instar des forces, son processus de préparation opérationnelle et en élèvera le niveau minimal exigible.

Le SSA a tiré les leçons de son engagement en Afghanistan. Même si la préparation opérationnelle représente un investissement non négligeable pour le SSA et les armées, il est nécessaire de poursuivre les efforts entrepris en les inscrivant dans une politique générale de formation médico-militaire. Si l'exécution est de la responsabilité des centres d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant et de l'ensemble « centre de formation opérationnelle santé (CeFOS)-RMED » rénové, la répartition des tâches de conception et de pilotage sera précisée.

Maintenir un équilibre entre la logique de milieu et l'accentuation du caractère interarmées

Le caractère interarmées des opérations s'accroît et se décline jusqu'aux niveaux tactiques. A ces niveaux, les professionnels du SSA doivent disposer de compétences spécifiques de milieu.

La logique interarmées, visant l'interopérabilité, doit s'associer à une culture « milieu d'emploi », pour garantir les savoir-faire militaires opérationnels. Dans cette perspective, le personnel du SSA doit donc compléter sa connaissance de multiples milieux. Cette vision élargie est un atout pour les praticiens les plus expérimentés, appelés à servir comme directeurs médicaux sur les théâtres d'opérations.

Se préparer à soutenir des petits détachements et des détachements isolés.

Dans le cadre des opérations terrestres et en particulier lors des actions de *mentoring*, l'emploi de détachements géographiquement isolés ou de micro-détachements tend à devenir un mode d'action régulier, à l'instar des forces spéciales, nécessitant une adaptation du soutien santé. Un tel soutien ne peut être exclusivement organique.

Dans ce cadre, la question de l'émergence d'un nouveau métier d'auxiliaire sanitaire se pose. Les objectifs d'interopérabilité militent pour la création d'une filière de type *paramedics* au sein de la fonction santé, en étudiant la soutenabilité organisationnelle de cette qualification, son intégration au sein de la collectivité médicale militaire, le périmètre de ses missions, ses modalités de recrutement, de formation, d'emploi, de reconversion ainsi que la reconnaissance de cette formation par la santé publique. L'expérience acquise sera partagée avec les acteurs du service public de santé qui travaillent aussi sur ce sujet dans le cadre des réflexions engagées sur les possibles transferts de compétences.

Détenir les capacités indispensables à la conduite du soutien médical

Sanctuariser les spécialités projetables

Le contexte des opérations exige le recours privilégié à certaines spécialités.

Les besoins se concentrent sur :

- des praticiens spécialistes de médecine générale, qualifiés en médecine d'urgence, armant les rôles 1, 2 et 3 ;
- des praticiens garants de la réanimation et chirurgie de l'avant, à savoir médecins anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens orthopédistes, viscéraux, thoraciques, neurochirurgiens renforcés parfois par la projection de chirurgiens spécialisés (chirurgien maxillo-facial, ORL, ophtalmologue) ;
- des spécialistes en psychiatrie ;
- des spécialistes médicaux polyvalents, compétents en médecine interne et en infectiologie ;
- des chirurgiens-dentistes ;
- des spécialistes du soutien technique du personnel soignant : épidémiologistes, pharmaciens, vétérinaires ;
- du personnel paramédical, compétent en médecine et traumatologie d'urgence ;
- du personnel paramédical permettant d'armer les structures chirurgicales de l'avant (IADE, IBODE).

Ces spécialités médicales sont fortement sollicitées sur le plan opérationnel et permettent en particulier d'assurer le soutien médicochirurgical d'un corps expéditionnaire en entrée de théâtre. L'effort à mener est à la fois d'ordre organisationnel et d'ordre « GPRH »³⁵. L'objectif n'est pas de créer un clivage au sein du SSA entre des corps « opérationnels » et des corps « socles », mais bien de définir une politique de recrutement, de formation et d'emploi de ces spécialités projetables.

³⁵ Gestion prévisionnelle des ressources humaines

Les contraintes d'engagement des équipes chirurgicales ou médicales peuvent sembler en contradiction avec les évolutions techniques des professions de santé : hyperspécialisation, permanence de l'offre de soins ou seuils d'activité. L'activité médicochirurgicale et les modes d'exercice de ces équipes militaires doivent donc être adaptés pour concilier emploi « temps de paix », maintien des compétences et emploi « temps de crise et guerre ». La préparation opérationnelle de ce personnel sera permanente, intensifiée, dans le souci de leur entrée en premier sur les théâtres.

Adapter le format capacitaire aux évolutions du contrat opérationnel

L'estimation des capacités nécessaires (à l'instant t) pour réaliser simultanément les missions décrites dans le contrat opérationnel sera affinée au fur et à mesure des études menées jusqu'en juin 2014 avec l'EMA.

Assurer la continuité des bonnes pratiques médicales lors des opérations

L'évolution sociétale se fait vers une moindre acceptation des pertes et des séquelles et des exigences de qualité similaire à celle requise sur le territoire national. Dans la mesure du possible, les pratiques médicales en opérations se rapprocheront de celles attendues sur le sol français.

Réaffirmer la place de l'aide médicale aux populations

Les opérations militaires menées par les forces armées doivent tenir compte de l'implication croissante des populations civiles. A ce titre, l'aide médicale aux populations (AMP), pour laquelle le SSA dispose d'une expérience incontestée, occupe une place prépondérante dans les actions civilo-militaires. La diversification des activités du personnel des CMA contribuera à une meilleure prise en charge des patients dans le cadre de l'AMP.

Cette dernière doit être conduite dans des conditions d'exercice conformes en termes de non-discrimination, de qualité des soins et de secret médical. Répondant au respect des bonnes pratiques médicales, la qualité des soins signifie que les actes médicaux réalisés dans le cadre de l'AMP doivent s'effectuer selon des normes et des moyens techniques satisfaisants. Sur le théâtre, le DIRMED est chargé d'encadrer l'AMP en liaison avec les parties prenantes et en coopération étroite avec l'état-major. L'AMP n'a pas vocation à se prolonger après la phase initiale d'entrée sur le théâtre d'opérations. Cette responsabilité relève d'autres acteurs, dont les organisations non gouvernementales.

Maintenir une attention particulière aux dimensions éthique et juridique

La judiciarisation des opérations est une évolution récente qui préoccupe les acteurs de santé, déjà sensibilisés au phénomène sur le territoire national. Le projet de loi de programmation militaire 2014-2019 prévoit des évolutions du code de justice militaire et du code pénal au regard des spécificités de l'action de combat.

Le caractère asymétrique des conflits, l'implication d'acteurs autres que des Etats ne respectant pas le droit international humanitaire, l'absence de respect des conventions de Genève et du port des emblèmes de neutralité ont d'ores et déjà conduit à supprimer conjoncturellement « l'identification santé » du personnel et du matériel. D'autres questions, d'ordre éthique et juridique, comme les conditions d'utilisation des armes par le personnel de la fonction santé et ses règles d'engagement, ainsi que le respect du statut de non combattant du personnel sanitaire, seront débattues.

Développer la culture de la qualité en opérations

Les progrès médicaux constants et observés depuis 20 ans appellent, par continuité, à un accroissement des attentes du monde militaire. Il s'agit du transfert des pratiques civiles au contexte opérationnel. Ces progrès concernent autant les techniques médicales que l'organisation des soins et justifient la mise en place d'une politique qualité appliquée aux opérations, intégrant en particulier les retours d'expérience.

Les délais de prise en charge et d'évacuation médicale des blessés en opérations apparaissent dans les publications de l'OTAN comme un des outils de planification (*medical/surgical planning timelines*). Ils définissent à cet effet des gabarits horaires pour la prise en charge des blessés. Le délai le plus « contraignant » correspond à la catégorie A des blessés (lésion mettant en péril la vie, un membre ou un œil). Pour un patient « A », les publications de références préconisent un délai d'une heure (*golden hour*) entre la survenue de la blessure et la prise en charge *damage control*, sans dépasser deux heures.

Le nombre de vecteurs disponibles sur un théâtre et leur site de stationnement influencent *de facto* les délais de prise en charge et d'évacuation médicale. Des contraintes extérieures au SSA (conditions climatiques, situations tactiques...) peuvent également retarder la prise en charge et l'évacuation médicale.

Nonobstant ces contraintes qui ne relèvent pas de la chaîne santé opérationnelle stricto sensu, le suivi des délais d'évacuation médicale participe notamment à la traçabilité des blessés et des malades dans la démarche de la qualité des soins mis en place au sein de la chaîne santé déployée. Le Service continuera ce suivi initié au cours du premier semestre 2013, et fera de son analyse critique un authentique indicateur de la qualité des soins.

Développer nos capacités à évoluer en coalition

Le SSA doit poursuivre ses efforts en matière d'interopérabilité avec ses alliés euratlantiques et africains. Les interventions en coalition restent en effet d'occurrence élevée même si les engagements de l'année 2013 prouvent que la France conserve sa liberté d'action. La connaissance mutuelle des capacités respectives et la maîtrise des concepts d'emploi sont indispensables tant pour la qualité de la prise en charge des blessés en opérations que pour permettre, le cas échéant, au SSA de se positionner en qualité de nation cadre ou de nation spécialiste au sein d'une coalition.

Au même titre que la plupart des fonctions opérationnelles, d'appui ou de soutien, le soutien médical est éligible à une mutualisation sous réserve de quelques principes fondamentaux :

- le soutien médical est et doit rester une responsabilité nationale qui ne se partage pas. La délégation d'un segment ou l'intégration d'équipes étrangères ne dédouane pas le SSA de la maîtrise d'ouvrage du soutien médical réalisé au profit des militaires français ;
- le SSA reste responsable de la qualité des soins délivrés en opérations, même s'il n'en est pas l'effecteur immédiat. Seules la maîtrise d'œuvre et l'exécution peuvent être confiées à un partenaire ;
- la recherche de mutualisation des moyens ou d'intégration ne doit pas entraver la liberté d'action du chef militaire : le commandement doit conserver à sa main le dispositif médical militaire garantissant son autonomie stratégique et opérative.

1.2. La maîtrise du risque NRBC

1.2.1. La situation aujourd'hui

Quatre grands types de situations définissent les événements NRBC :

- une agression directe des forces en opérations avec un agent NR, B ou C ;
- une agression NRBC contre la population civile ;
- un accident industriel ou de laboratoire libérant un agent radiologique, biologique ou chimique hors de son enceinte de confinement (laboratoire, installations nucléaires, industrie chimique) ;
- une crise sanitaire liée à l'émergence ou la diffusion d'un agent biologique naturel entraînant une épidémie ou une pandémie.

Ces quatre scénarios sont très différents tant dans leur portée que dans la réponse à apporter face à la crise qu'ils génèrent.

Les capacités de contre-mesures médicales NRBC dont dispose le SSA sont dimensionnées pour le soutien des forces en opérations. Elles sont destinées à la prise en charge d'un combattant victime d'une agression par un agent NR, B ou C.

Le SSA entretient également des domaines d'expertise particuliers, parfois uniques en France, qui en font un contributeur potentiel dans le cadre de la gestion d'une crise sur le territoire national à la condition que leur emploi n'obère pas sa capacité opérationnelle.

Le SSA n'est, ni structurellement, ni fonctionnellement organisé pour être un « opérateur d'urgence » au même titre que les acteurs civils (pompiers, SAMU) qui interviendront toujours « en premier ». En outre, le soutien logistique du SSA et l'acheminement de ses moyens relèvent de la responsabilité des armées.

Décrits au sein de la fonction stratégique «protection», les moyens du SSA en matière de risque NRBC se répartissent au sein de quatre grands domaines capacitaires :

- la veille et l'alerte sanitaire : elles fournissent aux armées les bases documentaires épidémiologiques essentielles pour la préparation des opérations. Le système de surveillance épidémiologique en temps réel (ASTER) ou l'élément militaire d'intervention biologique et épidémiologique (EMIBE) sont deux éléments permettant d'une part, de participer à la chaîne d'alerte épidémiologique, et, d'autre part, d'effectuer des investigations biologiques sur le terrain ;
- la prise en charge médicale : les évolutions doctrinales et matérielles du SSA permettent désormais une prise en charge adaptée et rapide des urgences NRBC sans attendre une décontamination complète de la victime ;
- la production, le ravitaillement et le stockage de moyens de contre-mesures médicales : la pharmacie centrale des armées (PCA) est l'unique producteur sur le territoire national de certains médicaments ou dispositifs médicaux indispensables pour la prise en charge d'une victime NRBC ;
- l'expertise scientifique et technique : elle s'appuie principalement sur l'institut de recherche biomédicale des armées (IRBA), le service de protection radiologique des armées (SPRA) et les laboratoires de niveau 3 des HIA.

Ces capacités étant dimensionnées aux justes besoins des armées, le périmètre d'action du SSA se limite donc au soutien des forces face à une agression NRBC.

1.2.2. Les facteurs du changement

La nécessité d'une plus grande efficacité à l'échelle nationale

Les évolutions de la typologie conflictuelle doivent conduire le SSA à redéfinir non seulement l'emploi de certains de ses moyens de prise en charge mais aussi à s'interroger sur leur pertinence afin de se recentrer sur sa mission régaliennne. Par exemple, le maillage territorial de nos centres de traitement des blessés radio-contaminés (CTBRC) doit être strictement adapté à la mission de soutien des forces nucléaires, d'autant que l'entretien de leurs infrastructures nécessite des investissements coûteux dans un contexte budgétaire particulièrement contraint.

Une menace protéiforme et évolutive

Face aux menaces de prolifération, les capacités de veille technique et de recherche scientifique doivent être non seulement maintenues, mais aussi mieux adaptées aux besoins des forces et mieux corrélées aux informations fournies par le renseignement militaire sur les panoplies développées par des agresseurs potentiels. Ces savoir-faire reposent aujourd'hui sur un maigre vivier d'experts dont l'avis technique peut être indispensable en cas d'emploi de certains agents.

1.2.3. Les axes d'intervention

L'engagement des capacités du SSA répond aux caractéristiques suivantes : réactivité, continuité de la mission de soutien des forces sur le théâtre national et en opérations, intégration à l'organisation territoriale interarmées de défense (OTIAD) si la ressource le permet et pour répondre à un « effet à obtenir » clairement établi par les autorités civiles.

Mieux utiliser les moyens disponibles à l'échelle nationale

Redéfinir les capacités du SSA

Afin de se recentrer sur le soutien des forces dans un environnement NRBC, l'effort doit porter sur la formation et l'entraînement des médecins et des infirmiers des CMA pour adapter leurs savoir-faire d'urgentistes dans ce domaine. L'équipement en moyens de décontamination et de contre-mesures médicales est une priorité.

Les moyens NRBC des HIA doivent désormais être redéfinis au cas par cas : la conservation d'une capacité modulaire propre de décontamination à l'entrée de l'hôpital est indispensable pour le préserver de tout transfert de contamination.

En revanche, la répartition des CTBRC est à redéfinir : le CTBRC de l'HIA Percy offre le plateau technique le plus complet en France pour la prise en charge d'un sujet irradié et doit être maintenu. Ceux de Brest et Toulon font partie intégrante de la politique de dissuasion.

Les laboratoires de biologie de niveau 3 sont inclus dans le réseau « Biotox ». L'opportunité du maintien de tous ces laboratoires doit être revue avec les ARS en fonction de l'offre civile existante sur le territoire.

Dans le domaine de la recherche, le SSA devra s'attacher à concrétiser les résultats de ses recherches « amont » pour la mise au point et la distribution de produits directement utilisables pour le diagnostic ou la protection du combattant face aux agents NRBC.

Etre reconnu comme acteur interministériel

Dans le cadre de la résilience face à une crise sanitaire liée à une agression NRBC, les capacités du SSA définies par le contrat opérationnel peuvent aussi contribuer à renforcer les moyens civils déployés pour la gestion de cette crise.

Cette contribution nécessite en amont une meilleure intégration des experts et des officiers d'état-major du SSA au sein de l'ensemble des ministères qui participent directement au pilotage d'une crise sanitaire, que ce soit lors des phases de planification ou d'entraînement. Les domaines d'excellence du SSA seront ainsi mieux identifiés, les capacités plus lisibles pour le décideur politique, et les demandes civiles de renfort mieux ciblées.

Maintenir les compétences dans le domaine NRBC.

Le maintien des compétences nécessite un pilotage plus affiné de la ressource du vivier d'experts par domaine et par agent de la menace. L'identification de jeunes praticiens appelés à remplacer les plus anciens doit être une priorité pour le maintien de certaines filières capacitaires.

L'enseignement NRBC est devenu insuffisant ou trop théorique. Le jeune praticien, médecin ou pharmacien, et l'infirmier sortant d'école bénéficieront d'un stage obligatoire, de durée de validité limitée, concernant l'adaptation des gestes d'urgence aux contraintes NRBC en unité médicale de décontamination des armées (UMDA) ou en CTBRC.

La création d'un parcours professionnel «NRBC» cohérent et identifié (stage IRBA, UMDA, SPRA, Master 2, lutte contre la prolifération) est indispensable pour valoriser ces actions de formation, et disposer d'un réservoir de personnels pour travailler au sein des états-majors.

Imaginer des modes de financement novateurs

Les moyens juridiques permettant au SSA de bénéficier d'un retour sur investissements consentis dans le domaine de la recherche et de l'équipement NRBC doivent être étudiés.

Toute prestation effectuée au profit des opérateurs civils doit être rétribuée.

Les victimes NRBC actuellement prises en charge par les HIA sont quasi-exclusivement des civils français du secteur nucléaire ou des ressortissants étrangers : une participation financière des entreprises bénéficiaires à l'indispensable remise à niveau du CTBRC de l'HIA Percy pourrait être envisagée.

Les conventions établies avec les opérateurs français du nucléaire doivent dorénavant faire apparaître clairement le coût chiffré du remboursement total des soins et la prise en charge de l'enlèvement et du retraitement des déchets radiologiques ou chimiques.

Les savoir-faire opérationnels du SSA en matière de décontamination et prise en charge de victimes NRBC (UMDA et CTBRC) peuvent être proposés en France (comme en Europe) auprès des SAMU et des CESU, parfois en retard dans ce domaine. Ces actions d'enseignement pratique et théorique en milieu civil renforceraient en outre le positionnement du Service dans le domaine NRBC.

Dès lors qu'existent des débouchés commerciaux, les actions de recherche du SSA sur certains agents de la menace doivent conduire au dépôt systématique de brevets.

Le financement de certains équipements NRBC du SSA peut être redéfini au sein du ministère de la défense.

Ainsi les coûts d'infrastructure et d'équipement des CTBRC ou de développement de moyens médicaux participant directement au soutien de la mission de dissuasion pourraient être supportés par les crédits alloués aux forces nucléaires.

1.3. La contribution du SSA à la réponse aux crises sur le territoire national

La réponse du SSA aux crises sanitaires sur le territoire national s'inscrit dans le *continuum* de ses activités, au travers de la fonction protection de son contrat opérationnel. A ce titre, si la situation de crise le justifiait, les armées interviendraient sur demande de l'autorité civile, sous commandement militaire, et en soutien ou en complément des forces de sécurité intérieure.

Dans une perspective de résilience de la nation, le LBDSN de 2013 réaffirme l'importance de la réponse aux crises (extérieures ou nationales) en interministériel et met en exergue la nécessaire synergie d'action entre les moyens civils et militaires. Cette dynamique de fond permet de clarifier le positionnement des armées et du SSA en particulier, dans un domaine où le secteur public souffre de lacunes capacitaires.

1.3.1. La situation aujourd'hui

Le SSA possède des savoir-faire acquis et entretenus dans le cadre de ses missions opérationnelles. Ceux-ci ont été éprouvés sur l'ensemble du spectre des crises sanitaires, sur le territoire national ou à l'extérieur de celui-ci, que ce soit en matière de veille et d'alerte, de planification, d'expertises, de moyens capacitaires comme de conduite opérationnelle. Le SSA est intervenu sur des types de crises très variés depuis les catastrophes naturelles ou les accidents technologiques ayant des incidences sanitaires et parfois humanitaires, jusqu'aux pandémies, que ce soit dans le domaine de la médecine humaine, comme vétérinaire.

Actuellement, le concours du SSA est sollicité en conduite au moment de la survenue de la crise dans la logique d'*ultima ratio*, et n'est que peu impliqué dans la préparation de la réponse aux crises, ce qui, subséquemment, fait perdre de l'efficacité à cette réponse.

Toutefois, certaines collaborations se mettent en place dans la préparation de la réponse par la composante ravitaillement sanitaire du SSA. Celle-ci est en effet un acteur interministériel pour l'acquisition, la production et la distribution de contre-mesures médicales. Ainsi, la montée en puissance de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) s'est largement appuyée sur les savoir-faire du SSA. La colocalisation sur le site de Vitry d'un établissement pharmaceutique de l'EPRUS et d'un établissement du SSA illustre ce rapprochement.

1.3.2. Les facteurs du changement

L'engagement de nouveaux acteurs nationaux dans la gestion des crises

Sur la base de l'expérience des dernières années en matière de réponse aux crises, l'organisation de l'État est en constante évolution avec l'apparition de nouveaux acteurs, tels que les ARS et l'EPRUS, suscitant clairement la question du positionnement du Service vis-à-vis de ces entités.

Un positionnement et une visibilité insuffisants du SSA

Conformément au LBDSN de 2013, le SSA doit participer à la gestion et à la résolution des crises en dépassant la logique actuelle de sollicitation uniquement en réaction à une situation exceptionnelle. Il est nécessaire qu'il soit impliqué dès la phase d'anticipation, permettant ainsi aux acteurs civils de mieux appréhender ses moyens, actuellement mal évalués.

La contribution du SSA est peu visible du fait de la discrétion de sa communication. Celle-ci est le plus souvent masquée par celle du ministère ou de l'institution assurant la coordination de la réponse. Le Service doit être positionné comme un acteur reconnu et non comme un contributeur occasionnel et anonyme, car cela conditionne directement l'efficacité de son action.

1.3.3. Les axes d'intervention

La contribution du Service à la résolution des crises sanitaires ne doit en aucun cas fragiliser sa capacité à remplir la mission prioritaire de soutien santé opérationnel des forces, qui est sa raison d'être.

Les conditions dans lesquelles la contribution du SSA peut être sollicitée répondent à trois règles :

- engagement lorsque les moyens civils sont insuffisants, inexistants, inadaptés ou indisponibles ;
- emploi pour la gestion ou la résolution des crises sanitaires tenant compte de ses caractéristiques : autonomie, réactivité, adaptabilité, capacité à exercer en environnement difficile et à durer (dans la limite des impératifs liés à sa mission princeps) ;
- valorisation des apports, tant en termes financiers que de visibilité.

Accentuer les collaborations du SSA avec les ministères participant à la gestion des crises

Les collaborations sont à définir conjointement et de façon bilatérale avec chaque ministère ou organisme partie prenante dans la gestion ou la résolution des crises, principalement le SGDSN, le ministère des affaires sociales et de la santé, le ministère de l'intérieur, le ministère des affaires étrangères, le ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt. La collaboration doit se développer dans les domaines suivants :

- en phase de préparation : en participant à la rédaction des directives nationales de sécurité et des plans de secours subséquents depuis le niveau national jusqu'au niveau territorial, en ouvrant l'offre de formation du SSA en complémentarité de celles existant dans le milieu civil et en facilitant le recours aux expertises spécifiques du service ;
- en phase de réponse : en coordonnant la veille et l'alerte au travers de l'accord-cadre InVS-SSA (CESPA), en dialoguant et échangeant avec les partenaires ministériels sur les capacités de conduite (particulièrement COGIC et CORRUS).

Cette collaboration sera particulièrement développée avec les deux acteurs stratégiques que sont le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère de l'intérieur.

S'agissant du ministère chargé de la santé, la collaboration débutée à la fin des années 1990 s'est poursuivie à la création de l'EPRUS en 2007. Elle cible les moyens et contre-mesures médicales en visant l'optimisation des achats, de la gestion des stocks stratégiques et de la distribution des produits de santé, ainsi que la constitution de la réserve sanitaire. Elle recherche une amélioration de l'efficacité en mutualisant la formation et les entraînements, en rationalisant le stockage.

S'agissant du ministère de l'intérieur, les collaborations pourraient être dans un premier temps axées sur l'étude du soutien de la Sécurité civile (formations militaires FORMISC, SDIS) par le SSA. Les domaines de collaboration seront orientés vers l'expertise, le parcours de soins, la formation et le ravitaillement sanitaire.

Encadrer strictement l'emploi des capacités du SSA en réponse à une crise

Pour répondre à sa mission première, le SSA doit impérativement identifier les compétences et les capacités à sanctuariser, même en cas de crise. Celles qu'il peut mettre à disposition doivent être identifiées et formellement positionnées dans les schémas de réponse aux crises.

C'est particulièrement le cas pour :

- les laboratoires de sécurité biologique de niveau 3 (LSB3) des hôpitaux d'instruction des armées (HIA), qui doivent être pris en compte par les ARS notamment en étudiant l'opportunité de désigner un HIA comme établissement santé de référence de zone ;
- l'expertise médico-psychologique, qui a fait l'objet d'évolutions réglementaires récentes³⁶ définissant l'organisation de la réponse à l'urgence médico-psychologique, domaine d'expertise reconnu du SSA.

Définir les capacités et les compétences à détenir à des fins de résilience

Le rôle du service en matière de résilience de l'État sera abordé selon deux axes :

- la définition des ressources humaines à consacrer à cette mission (effectifs et compétences), en prenant en compte les réservistes, la mobilité vers d'autres ministères ou organismes (à même de faciliter la gestion commune des crises), la constitution et l'entretien d'un réseau d'experts (éventuellement civilo-militaire), garant d'une meilleure disponibilité ;
- la recherche de financements externes aux armées pour cette mission de réponse aux crises, actuellement non identifiés ou insuffisamment exploités.

En matière opérationnelle, la chaîne santé doit réaffirmer sa capacité de command and control essentielle à la conduite du soutien santé.

Le Service de santé des armées renovera son dispositif santé de veille opérationnelle, fera porter son effort sur les unités médicales opérationnelles de rôles 1 et 2 et accroîtra la contribution de sa réserve opérationnelle.

En matière de préparation, il maintiendra un équilibre entre la logique de milieu et l'accentuation du caractère interarmées, tout en se préparant à soutenir médicalement des petits détachements et des détachements isolés pour répondre aux impératifs de soutien des forces spéciales.

L'aide médicale aux populations est réaffirmée car elle tient une place particulière dans les actions civilo-militaires.

Enfin, un effort particulier sera fait pour être lead nation en coalition euratlantique ou africaine.

Acteur interministériel, le SSA redéfinira les moyens à détenir dans le domaine NRBC et favorisera leur utilisation à l'échelle nationale. De même, il accentuera ses collaborations avec les ministères participant à la gestion des crises. Ses capacités ou ses compétences à détenir à des fins de résilience seront précisées et leur emploi en réponse à une crise sera encadré.

³⁶ Décret conjoint MININT - MINSAN 2013-15 du 07 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles, et son arrêté du 24 avril 2013 relatif à la composition des commissions consultatives spécialisées de l'EPRUS.

2. Les composantes du SSA

2.1. La médecine des forces

La médecine des forces est la médecine de proximité, exercée au contact direct des forces, par des médecins militaires, spécialistes en médecine générale, au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée de praticiens, de personnel paramédical, périmédical et administratif. La mission première de la médecine des forces est le maintien de la capacité opérationnelle des militaires, avant, pendant et après les missions, tant sur le plan physique que psychique.

Elle se fonde sur la forte culture d'armée des personnels des centres médicaux des armées (CMA), des centres médicaux interarmées (CMIA) et des services médicaux dédiés, et sur leur connaissance approfondie des différents milieux (Terre, Air, Mer, Gendarmerie).

2.1.1. La situation aujourd'hui

Une organisation qui s'est adaptée au concept de base de défense

Le soutien médical des forces a été profondément réorganisé avec l'instauration des bases de défense. Les services médicaux embarqués et les chefferies santé de force maritime ont été conservés pour répondre aux besoins spécifiques de la marine nationale. Le reste du soutien médical des forces a été modifié pour s'adapter à la réorganisation de la défense et au transfert de la gendarmerie nationale au ministère de l'intérieur³⁷. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2011, le SSA compte 55 CMA en métropole et 14 CMIA outre-mer. Cette réforme, conduite dans un contexte de rationalisation des effectifs du soutien, a entraîné une concentration des moyens santé. Elle a renforcé l'homogénéité du Service.

Les CMA, formations administratives du SSA, permettent de répondre à la logique de bout en bout dans l'organisation du soutien médical. De ce fait, leur responsabilité organique relève désormais de la seule compétence du Service. Cette réforme a favorisé la mutualisation des moyens et le maintien de la qualité du service rendu, qui était menacée par la dispersion des anciens services médicaux d'unité (SMU).

Le lien avec les armées, fondamental pour la qualité du soutien, a été préservé par la proximité géographique des antennes (en lieu et place des SMU), par la mise en place de référents d'unités ou de milieu au sein des CMA et surtout par la participation importante du personnel des CMA aux missions opérationnelles. Mais la médecine des forces ne se limite pas à l'exercice en CMA/CMIA ; ainsi les forces navales, comme les unités militaires du ministère de l'intérieur, bénéficient aussi de la médecine des forces dans des structures adaptées.

Des activités « hors cœur de métier » alourdies du fait de cette nouvelle organisation

Les activités qui constituent le cœur de métier de la médecine des forces sont bien identifiées : soins, urgences, prévention, éducation pour la santé, expertises médicales, conseil au commandement, formation, entraînement, organisation.

La création des CMA a augmenté les charges et responsabilités « hors cœur de métier », induisant des difficultés de fonctionnement général. Le personnel santé s'est ainsi vu confier des responsabilités de chancellerie, de santé et sécurité au travail (SST), d'environnement, de sécurité incendie, de sécurité informatique ou d'habilitations.

³⁷ Cf. annexe 4 : « Le soutien santé au profit de la gendarmerie nationale ».

L'ensemble de ces fonctions occupe désormais une part significative du temps de travail au détriment des activités spécifiquement santé. La faiblesse des systèmes d'information et de communication (SIC) santé a contribué à détériorer le ressenti lié à l'augmentation de ces tâches. Par ailleurs, la création des CMA a suscité la réalisation d'un audit interne qui a révélé le mauvais état d'une grande partie des infrastructures et un parc de véhicules en nombre insuffisant, vieillissants, voire en cours de réforme. En effet, pour ces domaines, l'héritage en provenance des armées est très inégal et impose de nombreux arbitrages avec la chaîne interarmées du soutien commun. Avec 2 ans de recul, le bilan de cette réforme est cependant positif puisque la qualité du service rendu a été maintenue que ce soit en situation courante ou en mission opérationnelle, sans distension du lien avec les forces soutenues.

Le CMA, vivier de compétences indispensable pour le soutien des opérations extérieures

En opérations, le personnel des CMA arme majoritairement les postes médicaux de rôle 1 (y compris les unités d'évacuation associées), les cellules de régulation des évacuations (PECC³⁸) et les cellules de commandement santé (DIRMED). Il occupe également certains postes au sein des rôles 2 et 3. Le taux annuel de projection du personnel des CMA est actuellement d'environ 46%. La valeur de ce personnel est particulièrement reconnue, à l'avant comme à l'extrême avant. Les CMA constituent donc le creuset des «spécialistes du soutien médical opérationnel» dont ils garantissent la compétence. Cette compétence nécessite, en complément des connaissances acquises au cours du cursus de formation initiale, une préparation opérationnelle et une pratique spécifique (adaptation au terrain, médecine d'urgence, maîtrise des évacuations, régulation) qu'il est impératif d'entretenir en permanence.

Le rôle actuel du CMA dans la prise en charge « santé » du militaire

Sur le territoire national, le médecin des forces a le statut de médecin traitant et le parcours de soins du militaire se déroule à l'instar de celui proposé en médecine de ville. La prévention, portant prioritairement sur les risques spécifiques du métier de militaire, fait partie du parcours de santé. Elle comporte la prévention individuelle, la prévention collective et institutionnelle, et l'organisation au sein du ministère du service de médecine de prévention.

Sur le plan opérationnel, le parcours de santé se décline lors de la mise en condition avant projection, puis sur le théâtre d'opérations, le médecin des forces pouvant servir dans les rôles 1 à 3.

Au retour d'opérations, le médecin, aidé par le personnel paramédical, participe à la prise en charge des blessés militaires et accidentés, en contribuant à leur réinsertion dans leur environnement d'origine. Son action s'exerce en partenariat étroit avec les associations d'aide aux blessés des différentes armées, les associations d'anciens combattants, les mutuelles complémentaires...

Les réservistes apportent un concours essentiel à la prise en charge des patients en CMA et en OPEX³⁹.

³⁸ Patient evacuation coordination cell.

³⁹ Cf. annexe 5 : « La réserve dans le Service de santé des armées »

Enfin, tout au long de sa vie, le parcours de santé du militaire s'assortit d'une composante spécifique, à savoir un parcours d'expertise en aptitude et en réparation (médecine d'aptitude initiale et révisionnelle, prévention des risques professionnels, réparation du préjudice) participant à la préservation des intérêts des individus et de l'institution et à la reconnaissance de la nation.

Des relations hétérogènes entre CMA et structures civiles de santé

Dans le cadre du parcours de soins mis en place autour des CMA, le recours à l'offre de soins civile répond à un besoin de proximité et de compétences que les hôpitaux militaires ne peuvent pas toujours satisfaire du fait d'importantes éloignations. Certaines spécialités sont particulièrement visées : biologie médicale, radiologie, kinésithérapie, odontologie⁴⁰, psychologie...

Pour assurer la formation de son personnel projetable, en particulier à l'urgence, les personnels santé des CMA participent à la permanence des soins dans les HIA ou dans des établissements civils. Il s'agit dans ce dernier cas de conventions individuelles suivies et coordonnées par les DRSSA, qui ne sont ni structurées, ni pérennes, ce qui permet en contrepartie de garder aux CMA la maîtrise de leur emploi du temps.

Des partenariats avec d'autres ministères

Le SSA met du personnel de la médecine des forces à disposition des ministères de l'intérieur et des outre-mer (gendarmerie, pompiers militaires, formations militaires de la sécurité civile, service militaire adapté...).

Ces mises à disposition participent à l'entretien des compétences des personnels de santé.

Une médecine vétérinaire assurant parfaitement ses missions

Les vétérinaires et techniciens vétérinaires des armées participent au soutien des forces sur le territoire national en assurant le soutien médical des animaux et en mettant en œuvre les mesures de santé publique visant à protéger le combattant (sécurité sanitaire alimentaire et des eaux destinées à la consommation humaine, risque environnemental animal y compris vectoriel)⁴¹.

En opérations, les missions au profit des animaux et de la sécurité alimentaire sont identiques à celles du territoire national. Le champ des missions vétérinaires s'est étendu plus récemment au contrôle des eaux destinées à la consommation humaine et des plans de maîtrise sanitaire opérationnels (décontamination des matériels avant leur retour sur le territoire national).

Les vétérinaires détiennent une polyvalence technique (santé animale, santé publique, police sanitaire) sans équivalent civil, ce qui les fait reconnaître comme des interlocuteurs privilégiés d'autres ministères (ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, ministère de l'Intérieur, ministère des affaires sociales et de la santé), auprès desquels ils assurent différentes fonctions.

⁴⁰ Cf. annexe 6 : « L'organisation du soutien odontologique dans le Service de Santé des armées ».

⁴¹ Cf. annexe 7 : « Les pratiques vétérinaires au sein du Service de santé des armées »

2.1.2. Les facteurs du changement

Facteurs intrinsèques au ministère de la défense

Le programme ministériel de modernisation et de simplification rend nécessaire l'optimisation de l'organisation et du fonctionnement du ministère de la défense. En effet, la reconfiguration de la carte militaire se poursuit, permettant de réduire la dispersion des implantations militaires, de favoriser les rapprochements des unités devant opérer de manière conjointe, de générer des économies de fonctionnement et de participer à l'amélioration de la condition du personnel et de leur familles au travers d'une meilleure insertion sur le territoire⁴².

La nouvelle typologie des conflits impose aux praticiens et aux MITHA des forces, l'acquisition et l'entretien d'un savoir-faire en médecine d'urgence, ne pouvant relever de la seule pratique en CMA ou en secteur hospitalier militaire. Par ailleurs, l'assistance médicale aux populations constitue un pivot de la doctrine d'action des forces⁴³ en opérations. Pour ce faire, les pratiques médicales et paramédicales doivent rester le plus possible polyvalentes, ce qui est difficile à réaliser en CMA.

L'évolution des missions, la réorganisation territoriale des forces armées, la réduction des effectifs et les contraintes budgétaires vont enfin conditionner fortement l'organisation de la médecine des forces.

Facteurs extrinsèques relevant du ministère chargé de la santé

Le ministère des affaires sociales et de la santé, dans sa stratégie nationale de santé, promeut le travail en équipe. Ce mode d'exercice est l'un des déterminants majeurs de la qualité des soins. Dès lors l'exercice clinique mutualisé doit être un objectif, surtout pour les praticiens et / ou les paramédicaux affectés dans des postes isolés.

Les agences régionales de santé (ARS) constituent la seule autorité de coordination de l'offre territoriale de santé et de préparation de la réponse aux crises sanitaires. La gouvernance régionale du Service doit ainsi être adaptée afin de faciliter le dialogue avec cette organisation territoriale de santé.

2.1.3. Les axes d'intervention

La pratique de la médecine des forces doit se concentrer sur les activités «cœur de métier», c'est-à-dire celles qui permettent au personnel de santé de mener à bien sa mission⁴⁴.

Cet effort, associé à la promotion de l'exercice de groupe et à l'ouverture des CMA sur leur territoire de santé, est un facteur d'attractivité et de motivation du personnel, élément déterminant de la qualité du service médical rendu.

Le projet pour la médecine des forces comporte dix axes d'amélioration majeurs établis à partir des principes suivants : concentration des structures et des missions dévolues au personnel des CMA et CMIA, ouverture sur les territoires de santé et amélioration de la performance globale de la composante.

⁴² Extrait de la synthèse des programmes ministériels de modernisation et de simplification

⁴³ L'aide médicale apportée par le service de santé représente un élément essentiel contribuant à la construction de la légitimité des forces armées en projection. L'AMP vise à l'acceptation de la présence des forces armées. In : DIA-3.10.3.1_AMP(2009). Aide médicale aux populations (AMP) n°097/DEF/CICDE /NP du 15 mai 2009

⁴⁴ Cf. annexe 8 : « Les missions des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées ».

Concentrer les structures

Pour améliorer l'efficacité et l'efficience dans la réalisation des missions, les activités seront concentrées. Cependant, la proximité avec les forces, facteur déterminant de la qualité du service rendu, sera maintenue ; elle passe avant tout par un lien fort avec les armées, et doit tenir compte des spécificités du maillage territorial de la gendarmerie nationale. Mais elle ne peut se résumer à la proximité géographique.

Pour ce faire, le découplage des CMA par rapport à l'organisation actuelle des bases de défense permettra de concentrer leurs activités par la création des CMA régionaux, couvrant le périmètre de plusieurs bases de défense. Le but est de trouver pour les CMA une place cohérente dans l'organisation de la défense, de la gendarmerie, et des territoires de santé. Un positionnement à l'échelle de la région administrative répond à cette ambition. Cela rendra parfaitement lisible l'organisation du SSA par le monde civil. Le SSA conserve ainsi une autorité hiérarchique à l'échelon local et donc un correspondant identifié pour les commandements militaires de proximité, notamment en gendarmerie.

Les CMA régionaux comprendront chacun une portion centrale managériale notamment chargée des activités inhérentes à un commandant d'organisme et plusieurs antennes déchargées alors de ces tâches administratives. Le commandant du CMA sera le point de contact des commandements militaires et des autorités civiles territoriales (ARS, préfet..) de sa région administrative. Les CMA régionaux auront chacun des spécificités en termes d'effectifs à soutenir, de missions et d'environnement. Une typologie des CMA, fondée sur ces éléments, permettra de dimensionner les structures managériales et d'organiser les parcours professionnels.

Pour éviter une trop grande dispersion des moyens et surtout l'isolement de certains praticiens, avec tous les inconvénients afférents (diminution de la capacité de projection, risque de rupture dans la continuité des soins en cas d'absence, baisse de la qualité des soins par défaut de travail en équipe...), des regroupements seront effectués au sein des CMA régionaux. La proximité des forces sera assurée par l'existence d'antennes santé, dont le dimensionnement et l'armement en personnel seront discutés au cas par cas, après dialogue avec les forces. L'organisation générale des antennes vétérinaires et des services de médecine de prévention ne sera pas modifiée.

Afin de répondre à un besoin de réactivité spécifique, les chefferies santé de la Force d'action navale et de la Force océanique stratégique seront conservées, avec une évolution de leur organisation. Les besoins spécifiques d'autres unités, telles que les forces spéciales, bénéficieront de ce type d'organisation.

Cette nouvelle architecture de la médecine des forces avec un resserrement du dispositif des CMA entraîne de fait une révision de la chaîne de pilotage de ces établissements qui conditionne fortement les missions, le nombre et la place des DRSSA.

Résoudre les contraintes majeures pesant sur le fonctionnement des CMA

La qualité des matériels techniques présents dans les CMA, quoique satisfaisante, ne suffit pas à garantir la qualité du soutien médical. En effet, la réponse aux besoins en infrastructure, systèmes d'information et de communication, véhicules et matériels est fondamentale pour satisfaire ce soutien et relève en grande partie d'acteurs extérieurs au SSA (SGA, armées). Dans ces conditions, le soutien médical, s'il est assuré dans

des conditions difficiles, peut ne pas offrir les standards de soins requis. Aussi, le service risque-t-il de ne pas réaliser sa mission de soutien, et de voir discutée la fermeture d'établissements du fait de problèmes majeurs d'infrastructure. Par ailleurs, la prise en compte des conditions de travail est un élément essentiel de motivation et donc d'attractivité pour le personnel. La qualité de l'accueil dans les CMA, servie par une infrastructure modernisée, garantira l'attractivité de la médecine des forces pour les bénéficiaires du SSA, et en premier lieu les militaires.

Le logiciel unique médico-militaire (LUMM) actuellement utilisé dans les CMA est source d'insatisfactions répétées, ce qui motive la réalisation d'un audit technique, fonctionnel et managérial. Selon les résultats de cet audit, LUMM sera corrigé ou remplacé par un nouveau système d'information.

Le suivi de la qualité de service rendu (QSR) aux CMA est impératif pour évaluer les soutiens au profit du SSA. Ce suivi, réalisé à l'aide du logiciel Cheops, permettra une synthèse régulière des difficultés rencontrées et son expression auprès des prestataires et du comité directeur des soutiens.

Concernant les besoins en infrastructure, les spécificités médicales militent pour la recherche d'un interlocuteur unique spécialisé en santé. Dans ce but, la création d'un échelon de service d'infrastructure de la défense (ESID) spécialisé dans le domaine «santé» sera proposé au SID. Cet ESID dédié serait alors responsable du suivi de l'ensemble des infrastructures santé.

Sécuriser la préparation opérationnelle dans les CMA

La préparation opérationnelle⁴⁵ est un enjeu majeur pour les CMA. L'entraînement régulier du personnel tant sur le plan militaire que dans le domaine santé, permet de répondre sans délai aux demandes de projection. Au sein de cette préparation opérationnelle, le domaine de la défense NRBC représente un axe important car il participe à la résilience de la nation en cas de crise.

Cette préparation fait l'objet d'un pilotage resserré, en liaison avec les armées, du fait de leur rôle important dans ce domaine. Elle prend nécessairement en compte la temporalité de sa réalisation, structure le parcours des professionnels de santé et permet une acculturation aux milieux d'emploi et à la projection.

Ces éléments font partie intégrante de la directive du CEMA au Service. Par ailleurs, le plan de rattachement paru récemment facilitera la mise en œuvre de cette préparation.

Affermir le positionnement du CMA comme pivot du parcours de santé du militaire

Le CMA doit devenir le pivot du parcours de santé, au sens de la prise en charge globale du militaire dans un territoire donné, avec une attention particulière à l'individu et à ses choix. Ce parcours de santé comprend un parcours de soins (soins de premiers recours, urgences, hospitalisation, soins de suite et de réadaptation), articulé en amont avec la prévention primaire et sociale, et en aval, avec l'accompagnement médico-psychologique et social, le retour et le maintien à domicile puis la réinsertion professionnelle.

La construction du parcours de soins n'est pas univoque. Elle s'appuiera sur les différents modèles de CMA et d'antennes, intégrera les nouveaux métiers paramédicaux, rendant légitime le fonctionnement d'une structure, sans présence

⁴⁵ Cf. annexe 9 : « La préparation « milieux » et opérationnelle ».

permanente d'un praticien, et avec délégation de compétences et de gouvernance de ladite structure à un personnel paramédical, formé à ces nouvelles fonctions.

Répondant au principe d'ouverture, le CMA sera en cohérence avec les réseaux au sein de la région administrative, les HIA et les structures de soins civiles de proximité. L'organisation du parcours de santé du militaire amène à se poser la question de la diversification de l'offre de soins au sein du CMA en tenant compte de l'offre de soins civile du territoire de santé.

A défaut de réaliser ou de faire réaliser en son sein l'ensemble des prestations nécessaires, le CMA orientera le patient dans le réseau de soins ou d'expertise approprié à son état.

Concernant la réhabilitation des blessés et des malades, les partenariats doivent être respectivement maintenus et développés avec les acteurs du monde de la défense (cellules d'aide aux blessés, associations d'anciens combattants...) et ceux du service public de santé.

Le CMA devenant un acteur clef du parcours d'indemnisation et de réparation du préjudice corporel du militaire blessé ou accidenté en service, le médecin des forces prendra les décisions d'aptitude médicale, le médecin hospitalier militaire ou civil agissant en expert technique.

Le militaire d'active et de réserve est le bénéficiaire principal du parcours de santé organisé par le CMA, quel que soit le motif de recours au SSA.

Les personnels placés en congés de la position de non activité (CLM, CLD) feront l'objet d'une attention particulière.

L'ensemble de la communauté de défense bénéficiera de l'organisation du parcours de santé par le CMA dans la mesure de ses possibilités.

Les civils sans lien avec la défense pourront être pris en charge dans les CMA lors de situations exceptionnelles ou urgentes, ou après concertation avec les autorités du territoire de santé.

Dans le cadre du parcours de santé, les anciens combattants et victimes de guerre bénéficieront d'un parcours de vie amélioré en leur ouvrant l'accès aux CMA et antennes, pour tout ce qui concerne la gestion de leurs séquelles.

L'accent sera porté sur l'accès du militaire à son dossier médical, l'information sur l'offre de soins de son territoire de santé, et l'organisation par les CMA de rencontres à thématique sanitaire entre usagers et professionnels de santé.

Inscrire les CMA dans le service public de santé

L'ouverture vise à :

- la construction de parcours de soins au profit de l'ensemble de la communauté de défense ;
- la contribution des professionnels du SSA grâce à leur participation à la permanence des soins ambulatoires, à la prise en charge des urgences, aux programmes nationaux de prévention, permettant l'entretien de leurs compétences ;
- l'insertion de personnel santé des forces dans des établissements de soins primaires civils (maisons de santé pluridisciplinaires par exemple) dans une démarche expérimentale concertée avec les forces.

L'ouverture des CMA doit être réalisée après étude des attentes et des besoins du bassin de vie, de la communauté de défense et des contraintes propres à chaque CMA. Elle doit se faire en opportunité sans compromettre la réalisation des missions dévolues au CMA, sans faire concurrence à l'offre de soins de santé du territoire et en concertation avec les autorités civiles. Elle doit intégrer et s'appuyer sur les

technologies modernes (espaces numériques régionaux de santé). Le rôle du personnel de la réserve opérationnelle et citoyenne dans la démarche d'ouverture sera très important.

Donner la primauté à la pratique de la médecine générale et des soins

La densification des centres médicaux et la redistribution de certaines tâches hors cœur de métier vers d'autres structures permettront aux praticiens et au personnel paramédical de développer la pratique de la médecine et des soins.

La pratique de la médecine d'urgence⁴⁶ sera davantage structurée et encadrée, permettant d'en faciliter la pratique et de garantir le maintien des compétences du personnel.

Les activités en lien avec le milieu d'exercice et le besoin réel des forces seront renforcées : médecine et traumatologie du sport, médecine aéronautique, médecine subaquatique notamment, mais aussi éducation pour la santé.

La mise en œuvre des plans d'actions prioritaires en prévention (plan d'actions «troubles psychiques post-traumatiques»⁴⁷, plan de prévention du risque infectieux en OPEX et outre-mer...), et la réponse aux priorités de santé seront développées.

Dans ce domaine, le SSA et la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) ont conclu en 2012 un accord cadre de partenariat afin de développer des actions communes en matière de prévention et santé publique.

Une stratégie coordonnée de délégation des tâches techniques aux personnels paramédicaux sera développée, particulièrement dans le cadre de la mise en place des nouvelles antennes santé.

Structurer et valoriser la filière d'expertise médico-militaire au sein de la médecine des forces

L'activité d'expertise est majeure pour le médecin des armées, et fondamentale pour le commandement et le militaire en activité.

La détermination de l'aptitude permet de garantir que les autorités hiérarchiques emploient le personnel médicalement apte à exercer les fonctions requises, et en particulier les missions opérationnelles. Les attentes du commandement dans ce domaine doivent être prises en compte, lors de la sélection initiale à l'engagement, puis tout au long de la carrière du militaire, lors des visites médicales périodiques permettant le contrôle de l'aptitude au service. Cette activité nécessite une bonne connaissance du milieu d'emploi et de la technique médicale. Son but est de maintenir le militaire apte et non de le sanctionner. Afin d'améliorer la qualité des expertises et d'harmoniser les décisions dans l'intérêt des militaires et de l'État, la culture de l'évaluation des pratiques professionnelles dans ce domaine sera développée. Une meilleure synergie des acteurs de l'expertise médicale sera recherchée, en y associant les personnels paramédicaux, à l'instar des pratiques en médecine de prévention.

Les modalités du parcours d'expertise médico-militaire seront révisées dans le sens d'une prise en compte plus rapide des demandes et d'une facilitation dans l'accès aux structures dédiées. La constitution de plateaux de haute technicité, partagés avec les réseaux de soins, représente un facteur majeur d'efficacité du fait de l'amélioration des conditions de travail et de l'attractivité.

⁴⁶ Cf. annexe 10 : « La médecine d'urgence adaptée aux missions opérationnelles du Service de santé des armées ».

⁴⁷ Cf. annexe 11 : « Les troubles psychiques post-traumatiques ».

Favoriser la recherche et l'enseignement dans les CMA

La recherche et l'enseignement sont une nécessité pour la formation des jeunes praticiens. Ils constituent deux modes importants de progression dans un domaine de compétence et d'amélioration de la qualité. Ils doivent donc être favorisés au sein des CMA.

Parallèlement à l'amélioration de la qualité, le développement des CMA comme terrains de stage au profit d'étudiants civils permettra un rapprochement avec le monde universitaire civil.

Objectifs prioritaires, la formation initiale et le développement professionnel continu du personnel, orientés vers la préparation opérationnelle, seront réalisés dans la culture du compagnonnage et du travail en équipe.

La recherche clinique favorise le dynamisme des équipes médicales et paramédicales et répond à un besoin d'amélioration de la prise en charge locale des patients ainsi que du parcours professionnel du personnel. Elle sera encouragée, soutenue et décrite dans les projets d'établissement des CMA. Elle sera principalement centrée sur le soutien santé des opérations et les spécificités des milieux. Elle pourra s'inscrire, le cas échéant, dans le cadre de la mission « innovation participative ».

Institutionnaliser la démarche qualité dans les CMA

L'organisation et le fonctionnement des CMA s'inscriront dans une démarche qualité élaborée. Elle sera coordonnée par un référent identifié au niveau national, ayant également pour mission l'accompagnement des acteurs locaux de la démarche.

Chaque CMA établira son projet d'établissement, prenant en compte les impératifs de son environnement, ses missions spécifiques, la politique de qualité et la nécessité d'une évaluation des pratiques professionnelles. La désignation d'un référent local formé, garant de la mise en œuvre de la politique qualité est indispensable. Il assurera notamment la formation et la transmission de l'information au sein du CMA.

Développer les parcours professionnels au sein de la médecine des forces

En ce qui concerne la pratique médicale, des parcours dédiés notamment à la médecine d'urgence, à l'expertise, à la médecine du sport, à la médecine manuelle et l'ostéopathie, à la médecine des milieux opérationnels, seront organisés.

Des parcours professionnels intégrant les différents domaines d'expertise seront définis afin de valoriser ce champ de compétences, unique dans la fonction publique d'État.

Certains parcours du personnel paramédical intégreront des passages au sein de deux composantes : médecine des forces et médecine hospitalière.

Ces parcours pourront concerner les fonctions d'enseignement, jusqu'au titre de professeur agrégé, tant pour les filières médicales que paramédicales.

La médecine des forces verra ses centres médicaux des armées prendre une dimension régionale en les ouvrant aux territoires de santé.

Concentrés sur leurs missions opérationnelles, ils donneront la priorité aux activités de médecine générale et à la pratique des soins. Ils deviendront ainsi le véritable pivot du parcours de santé du militaire.

Par ailleurs, la filière d'expertise sera mieux structurée et la recherche et l'enseignement seront favorisés au sein de ces centres.

Cet ensemble de mesures sera mis en œuvre tout en garantissant la performance des CMA où une démarche qualité sera institutionnalisée. Un effort particulier sera engagé sur les contraintes majeures pesant sur le fonctionnement des CMA. La proximité des forces sera préservée.

2.2. La médecine hospitalière

Après plusieurs évolutions successives (schéma national d'organisation sanitaire, tarification à l'activité, plan de retour à l'équilibre...), l'ambition du projet est de proposer un nouveau modèle de dispositif hospitalier militaire, répondant aux évolutions de la défense et de la santé et prenant en compte les faiblesses intrinsèques des hôpitaux militaires, en grande partie ignorées lors de la Révision générale des politiques publiques de 2008.

2.2.1. La situation aujourd'hui

Les missions assumées aujourd'hui par les hôpitaux d'instruction des armées

L'Instruction ministérielle n°500 /DEF/DCSSA/HOP du 1er mars 2005, portant règlement général des hôpitaux d'instruction des armées et son mémento, décrivent les 6 missions actuelles des hôpitaux des armées.

« Pour maintenir les personnels au plus haut niveau de compétence technique, les HIA concourent au service public hospitalier dans le cadre défini par le code de santé publique (IM500, 2-2).

La détermination par expertise de l'aptitude à servir dans les armées [...] participe à la mise en condition opérationnelle des forces et constitue une des missions prioritaires du SSA (IM500, 17-1).

Le service de santé des armées a pour mission le soutien sanitaire des forces armées. [...] Le soutien hospitalier y contribue depuis la mise en condition des forces jusqu'à leur soutien en opération (IM500, 17-2)

Le directeur régional du Service de santé des armées peut faire appel au Médecin-chef de l'hôpital pour toute mission technique requérant la compétence d'un spécialiste hospitalier [...] (IM500, 17-3).

Si, pour des raisons techniques ou conjoncturelles, la capacité hospitalière dite «organisée» [...] est inférieure à la capacité opérationnelle, l'HIA doit être en mesure d'atteindre celle-ci dans les délais impartis. Cette nécessité impose [...] de garder en réserve le nombre de lits et de matériels adéquats. (IM500, 17-4)

La participation de l'HIA aux plans de secours du temps de paix ou du temps de crise, s'effectue d'une part dans le cadre du concours du service de santé des armées au service public hospitalier et d'autre part dans le cadre de protocoles impliquant officiellement le SSA [...] (IM500, 17-5).»

L'organisation des hôpitaux des armées

Les HIA sont des établissements de taille petite à moyenne, de 200 à 400 lits et places. Ils disposent d'un large éventail de spécialités, certaines sans rapport avec le contrat opérationnel, héritées de l'époque de la conscription. Ils sont organisés en petits services, armés pour la plupart par trois à quatre praticiens. Ces services sont éventuellement organisés en fédérations mais sans atteindre la logique de pôles telle qu'elle est conçue dans le service public hospitalier.

L'HIA est dirigé par un médecin-chef, officier général du corps des médecins des armées à qui incombe la conduite exclusive de l'établissement. Il assume entre autres, la présidence de la commission médicale d'établissement, la responsabilité d'élaborer le projet d'établissement, la démarche qualité et assure la sécurité des soins. Il a également la responsabilité des fonctions administratives et logistiques.

Les ressources

Les infrastructures de plusieurs HIA sont anciennes, parfois dérogatoires et de conception rarement adaptée aux pratiques actuelles. Les besoins pour la remise à niveau de certains des hôpitaux sont particulièrement élevés.

Si certains équipements lourds sont modernes, d'autres sont vétustes, comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport de 2010.

Dans un contexte de fortes contraintes sur les ressources humaines, les allocations en effectifs ont été fondées davantage sur l'égalité entre établissements que sur l'opportunité au regard de l'activité ou de la technicité. Tous les hôpitaux se trouvent aujourd'hui dans une situation difficile, y compris dans certaines spécialités médicales et paramédicales essentielles au contrat opérationnel.

La situation financière

Le compte d'exploitation du dispositif hospitalier militaire reste déficitaire en dépit des améliorations sensibles apportées par certaines mesures ayant pu être prises dans le cadre d'un plan d'actions de retour à l'équilibre.

Dans la configuration actuelle des hôpitaux et dans un contexte de santé publique sous forte contrainte, il est peu probable que la production de soins, réussisse à équilibrer des charges structurellement élevées. Par ailleurs, les hôpitaux des armées ne sont pas éligibles aux plans hospitaliers élaborés par le ministère des affaires sociales et de la santé, permettant de financer certains investissements ou renforts en personnel.

L'environnement des hôpitaux des armées

Longtemps dédiés quasi-exclusivement à la clientèle captive des appelés et à la prise en charge des accidents et maladies contractées en service, régis par les principes d'autodétermination et d'autosuffisance, les hôpitaux militaires sont restés à l'écart du système public de santé. Dans les années 1990, l'ouverture à une patientèle plus large s'est accompagnée d'une meilleure insertion dans le secteur civil de la santé par le biais de partenariats et d'adhésion à des réseaux. Cette insertion est récente (premier arrêté conjoint interministériel santé-défense en 2006), inégale d'un établissement à l'autre, parcellaire, construite par opportunité plus que par stratégie d'ensemble, souvent formalisée sous forme de conventions à caractère limité. Enfin elle repose davantage sur les relations interindividuelles, entre chefs d'établissements et surtout entre praticiens, que sur les institutions.

Du fait de leur petite taille, de leur insertion incomplète dans les réseaux de soins, de leur indépendance vis-à-vis des structures régionales de coordination, de leurs systèmes d'information faiblement interopérables avec l'environnement civil, les hôpitaux militaires, à de rares exceptions près, sont peu visibles au sein des territoires de santé.

2.2.2. Les facteurs du changement

Deux contraintes relèvent de la défense.

Dans le cadre du projet de LPM 2014-2019, des déflations seront demandées au service de santé des armées, et concerneront obligatoirement sa composante hospitalière, à la fois parce qu'elle concentre la plus grande partie des ressources humaines du service et parce qu'un rééquilibrage est nécessaire avec la médecine des forces.

Le déficit d'exploitation structurel des HIA est actuellement comblé par le budget de la défense à hauteur de 86 M€ par an. Si le coût de possession des activités d'intérêt opérationnel évident (chirurgie, réanimation, psychiatrie, réadaptation...) est acceptable pour le ministère de la défense, la légitimité du financement de spécialités sans intérêt opérationnel direct est plus discutable. Par ailleurs, malgré la subvention d'équilibre versée par le ministère de la défense le maintien normatif des infrastructures hospitalières sera difficile à atteindre. Il se ferait obligatoirement au détriment des autres composantes du service, dont la médecine des forces.

Les règles de l'administration de l'État, applicables aux HIA, n'offrent pas la réactivité nécessaire aux évolutions structurelles rapides de l'exercice hospitalier, pas plus qu'à la résolution rapide de problèmes conjoncturels.

Les hôpitaux militaires, dépourvus de personnalité juridique distincte de l'État, dépendent de l'administration centrale pour contractualiser avec les établissements du territoire. Certaines opportunités de financement ouvertes aux structures civiles leurs sont fermées.

Les ressources allouées aux hôpitaux relèvent de différentes chaînes au sein du ministère de la défense, déclinées au sein de la DCSSA. Ainsi, la sous-direction hôpitaux-recherche n'est pas actuellement décisionnaire de l'allocation des ressources des HIA.

D'autres contraintes relèvent du monde de la santé.

Le service public de santé peut légitimement porter un regard critique sur le système hospitalier militaire. En effet, dans certains territoires de santé, des options prises par le service ont contribué à donner de lui l'impression d'un concurrent agressif. C'est le cas de l'acquisition non concertée d'équipements ou du maintien d'activités sans rapport direct avec la mission opérationnelle, venant en concurrence avec l'hôpital public et fragilisant celui-ci par rapport au secteur privé.

Le service public de santé considère comme abusivement dérogatoire le fait d'échapper aux autorisations d'activité régulant l'offre de soins, particulièrement pour des activités en dehors du cœur de métier. Il regarde d'un œil critique le financement des hôpitaux militaires par le ministère de la défense, à des niveaux très supérieurs à ceux des subventions accordées aux établissements de santé publics. Il porte le même regard critique sur le faible taux de remplissage par rapport à celui imposé aux structures civiles. La possibilité que le Service se retire, sans concertation, de l'offre territoriale et de la permanence des soins, y compris pour des raisons et des spécialités sans rapport avec l'opérationnel, est source de déconsidération de la part des professionnels de santé et des patients.

Les exigences de seuils d'activité et de certification individuelle des praticiens, pour l'instant limitées au secteur hospitalier et à certaines disciplines, visent à garantir la qualité du service rendu au patient. Certains hôpitaux des armées et/ou certaines spécialités pourraient ne pas atteindre ces seuils, exposant à terme à une interdiction d'exercice, y compris dans des activités « cœur de métier ». Le risque résulte de la petite taille des établissements et des services, de leur mauvaise lisibilité, de leur faible inscription dans les réseaux de santé assurant les recrutements de patients, de l'instabilité des ressources humaines en relation avec le statut et la sujétion opérationnelle, ainsi que des difficultés de recrutement de praticiens et de paramédicaux dans certaines spécialités.

Une spécialisation poussée des personnels est aujourd'hui nécessaire pour optimiser des plateaux techniques onéreux et garantir des soins de qualité. Les HIA Sainte Anne, Percy et Bégin disposent d'une assise suffisante pour répondre au principe de

spécialisation dans les prises en charge de type médecine – chirurgie. Le Val-de-Grâce pourrait trouver sa place en soins de suite et réadaptation. Les cinq autres hôpitaux militaires ont une structure généraliste, avec un spectre très étendu d'activités qui ne permet pas, dans la situation actuelle, de répondre aux exigences de spécialisation.

Des facteurs sont intrinsèques au dispositif hospitalier militaire.

La taille réduite des HIA et leur organisation cloisonnée en petits services, qui ne répondent pas aux standards de bonne gestion des ressources en personnels soignants, posent de multiples problèmes.

Le faible effectif par métier et par spécialité est un point de fragilité dans la gestion des ressources humaines. Les opérations récentes en Afghanistan et au Mali ont mis le dispositif hospitalier militaire sous forte tension, engageant simultanément jusqu'à 11 équipes chirurgicales sur les théâtres d'opérations extérieures. Les conséquences immédiates sur l'activité hospitalière ont été sensibles sur les principaux établissements et majeures sur les plus petits, dotés de plus faibles effectifs, démontrant leur vulnérabilité. Des effets différés, plus complexes à quantifier, ont également été notés, avec des difficultés à reconstituer la patientèle et à renouer avec les réseaux de soins. Socialement, le point de rupture a été approché dans certaines spécialités chirurgicales, telle la chirurgie orthopédique, et en anesthésie-réanimation du fait des départs en opérations répétés et rapprochés de praticiens et de personnel paramédical.

Enfin, la petite taille des établissements militaires ne permet pas d'optimiser les investissements d'équipements lourds. Faute de ces investissements, l'attractivité risque d'être compromise, pour les patients comme pour le personnel.

2.2.3. Les axes d'intervention

Le maintien d'un format unique d'hôpital d'instruction des armées généraliste n'est plus réaliste. Les activités et la conception même de l'ensemble hospitalier militaire doivent être revues, dans l'optique d'une concentration des moyens sur les missions, et d'une ouverture au service public de santé. Ces évolutions seront conduites à périmètre hospitalier constant.

Prioriser les missions des hôpitaux d'instruction des armées

Des missions dimensionnantes

La mission première des HIA est la mise à disposition d'un vivier de compétences nécessaire à l'armement des structures de type rôles 2 et 3, pour assurer le soutien santé opérationnel des forces armées projetées.

Aucune alternative à l'emploi de personnel hospitalier militaire ne permet aujourd'hui de répondre aux exigences de ce soutien à la phase initiale des opérations. Si elles se prolongent, d'autres modalités de réponse doivent être envisagées.

Technologie complémentaire de cette mission prioritaire, la télémédecine représente une alternative à l'impossibilité de projeter la totalité des expertises hospitalières nécessaires en opérations. Le soutien en télémédecine nécessite de disposer d'experts militaires immédiatement disponibles, connaissant la médecine de guerre, maîtrisant les contraintes opérationnelles et astreints à un maximum de confidentialité. Cette ressource n'est également disponible que dans les hôpitaux d'instruction des armées.

La prise en charge des blessés et malades en provenance des théâtres d'opération ou rôle 4, est la deuxième mission des HIA. L'environnement hospitalier militaire offre

en effet les compétences techniques nécessaires, la fraternité des armes et la garantie d'un suivi médico-administratif et social. Il permet aux responsables politiques d'affirmer clairement leur engagement auprès des militaires blessés.

L'élaboration des normes d'aptitude à certains emplois des militaires représente une mission très spécifique des HIA. Elle impose à la fois un haut niveau de compétence médicale spécialisée, domaine de l'expert hospitalier, et une connaissance des contraintes des milieux d'exercice, apportée par les médecins des forces. L'expertise hospitalière en médecine aéronautique, hyperbare ou tropicale concourt également à cette fonction. Confier cette responsabilité à des experts extérieurs au Service nécessiterait une acculturation opérationnelle et une connaissance des milieux spécifiques qu'il semble difficile d'instaurer.

Des missions complémentaires utiles pour répondre aux besoins des armées

Lorsqu'un avis spécialisé est requis en matière d'aptitude ou d'imputabilité d'un accident ou d'une maladie, les praticiens hospitaliers sont aujourd'hui les correspondants privilégiés des médecins des forces.

Les HIA sont le terrain d'élection de la recherche clinique appliquée à des thématiques propres aux opérations (infectiologie, chirurgie de guerre, psychiatrie, menace NRBC).

Enfin, les HIA sont par excellence le lieu de formation des praticiens et des paramédicaux des armées. Ils y acquièrent la culture et le savoir être militaire, y apprennent les spécificités médico-militaires du soin et du soigné. Les hôpitaux militaires constituent, avec l'école de santé des armées et l'école du personnel paramédical des armées, le creuset initial dans lequel se forment les valeurs et la cohésion du service de santé.

Des missions au service de la continuité de l'Etat

La médecine « consulaire », au profit des plus hautes autorités de l'État, et de portée diplomatique, au profit des ressortissants étrangers de haut rang, s'exerce préférentiellement dans les hôpitaux parisiens. Elle constitue un outil au service de la continuité de l'action de l'État, en toute confidentialité et dans un environnement sécurisé.

Des activités au profit du territoire de santé

Enfin la prise en charge de patients du territoire de santé, en particulier ressortissants de l'assurance maladie, constitue la part majoritaire de l'activité des hôpitaux militaires, et contribue au maintien des compétences. Elle constitue pour le service une source extrabudgétaire de financement, et crée le lien indispensable dans un environnement de santé de plus en plus fondé sur les coopérations.

Adapter l'offre de soins

Définir les activités cibles de la fonction hospitalière

Le principe de concentration sur la mission régaliennne impose que soient définies les spécialités hospitalières devant être impérativement détenues en propre pour répondre au contrat opérationnel et celles pouvant être réalisées en partenariat avec le service public de santé, voire transférées à d'autres acteurs.

Cette définition incombe à la Direction centrale du service de santé pour ce qui concerne la réponse au contrat opérationnel. Elle est définie en concertation avec les

établissements civils et les Agences régionales de santé pour ce qui concerne la réponse aux besoins de santé du territoire.

Des activités (chirurgie, anesthésie, réanimation, urgences, psychiatrie, infectiologie, médecine interne, rééducation et réadaptation...) seront impérativement conservées en responsabilité propre, renforcées et pérennisées, afin de garantir la réponse au contrat opérationnel. Le SSA déterminera :

- leur pertinence et leur viabilité dans le contexte de l'offre de soins territoriale ;
- le niveau qualitatif et quantitatif attendu par spécialité et par praticien ;
- leur présence ou non dans toutes les structures.

Un certain nombre d'activités contribuant à recruter des patients pour le secteur chirurgical ou venant en appui d'un service d'urgences (comme la cardiologie non interventionnelle, la gastro-entérologie, la pneumologie, la neurologie, l'imagerie médicale ou la biologie), seront conservées en responsabilité propre dans les hôpitaux des armées. Elles seront assurées par des praticiens militaires, d'active ou de réserve, ou par des praticiens civils.

Les hôpitaux pourront être amenés à conserver en responsabilité propre d'autres activités, hors réponse au contrat opérationnel et hors soutien de cette réponse, soit parce que l'établissement dispose d'un pôle d'excellence reconnu et répondant à un domaine d'expertise indispensable (médecine hyperbare, brûlés), soit parce que ces activités font défaut dans le secteur civil. Ces activités ne devront pas obérer le développement d'activités plus opérationnelles, auquel cas elles devront être transférées à terme au service public de santé.

Enfin les autres activités devront être soit transférées au service public de santé, soit réalisées au sein de l'hôpital militaire sous forme de vacations assurées en particulier par des réservistes ou des praticiens des établissements publics de santé partenaires.

Décliner le concept de rôle 4 en rôle 4 initial et rôle 4 secondaire

Depuis toujours, le service de santé assure la prise en charge « de bout en bout » des blessés et malades du plus près des combats jusqu'au territoire national (rôle 4).

Le SSA distingue désormais deux phases dans cette prise en charge sur le territoire national : une phase initiale au retour immédiat et une phase secondaire, qui peut se prolonger des mois, voire des années. Ces deux phases seront approchées différemment car elles ont des enjeux différents (sauver et préserver pour l'une, réhabiliter et réinsérer pour l'autre).

Le rôle 4 initial est une mission essentielle des HIA. Ils l'assurent en collaboration étroite avec les établissements publics de santé lorsque cela est nécessaire, et tout particulièrement si les flux devenaient saturants.

Une fois passée la phase aiguë, les hôpitaux des armées assurent la mission de rôle 4 secondaire. Ils ont ainsi développé des compétences de haut niveau en appareillage, réadaptation et soutien psychologique. Ces compétences sont à maintenir et développer au sein du dispositif hospitalier militaire, afin d'assurer la prise en charge des blessés jusqu'à la phase de réadaptation – réhabilitation-réinsertion. Le projet médical de l'HIA du Val-de-Grâce pourrait intégrer cette dimension.

Cette prise en charge globale, ayant la réinsertion comme objectif, associe aspects médicaux et sociaux. Elle implique les gestionnaires de ressources humaines des

différentes armées et des structures d'aides aux blessés. La synergie entre intervenants est obtenue lors de réunions de concertation pluridisciplinaires, telles qu'elles ont été organisées ces dernières années à l'HIA Percy.

Si les hôpitaux militaires ne peuvent assurer cette prise en charge secondaire ou si, légitimement, les patients souhaitent se rapprocher de leur famille, il appartient au Service d'organiser le lien permettant la prise en charge par les structures civiles spécialisées de proximité, susceptibles d'offrir des prestations techniques de niveau similaire. Pour assurer une prise en charge optimale des relations fortes doivent être établies préalablement avec les établissements civils, impliquant les personnels soignants des CMA, acteurs de proximité.

La prise en charge des blessés de guerre jusqu'à leur éventuelle réinsertion professionnelle, apparaît comme une préoccupation de plusieurs services de santé militaires occidentaux. Les Etats-Unis disposent ainsi d'hôpitaux dédiés à cette fonction et un projet similaire est en cours de finalisation en Grande Bretagne.

Dimensionner le dispositif hospitalier pour répondre au contrat opérationnel

Le contrat opérationnel du SSA doit répondre aux termes énoncés dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale 2013. Les opérations récentes d'Afghanistan et du Mali ont démontré la sous-évaluation des besoins en effectifs dans les spécialités projetables.

Ce constat et l'analyse qui en est faite expliquent qu'avec un contrat opérationnel réduit, le Service se voit contraint d'augmenter la ressource en personnels projetables. Cette augmentation se fera par redistribution des ressources.

Le format hospitalier fournira à terme la ressource garantissant en permanence 7 équipes chirurgicales, une équipe MEDEVAC et deux équipes pour des modules de chirurgie vitale projetées immédiatement et simultanément. Les structures constituées d'avance, de type antennes, seront privilégiées. Elles garantissent disponibilité, réactivité, compétence opérationnelle et technique, capacité à travailler ensemble. Ces équipes mixeront des jeunes praticiens, spécialistes depuis moins de 3 ans, et des spécialistes plus anciens et plus expérimentés.

Intégrer les collaborations de territoire dans la stratégie des établissements

S'ouvrir au service public de santé

Quatre modalités sont à construire au cas par cas :

- création de groupements hospitaliers civilo-militaires ;
- création d'équipes civilo-militaires de territoire, les praticiens militaires restant attachés à l'hôpital militaire mais partageant avec les praticiens civils la couverture des besoins de santé, en se fondant sur des projets médicaux complémentaires ;
- insertion d'équipes militaires complètes dans les établissements civils ;
- insertion de personnel militaire isolé au sein d'équipes civiles.

Ce type d'organisation permettra de gérer le différentiel entre les effectifs et compétences détenus au sein des structures hospitalières du Service et les effectifs et compétences nécessaires pour répondre à la totalité des missions du Service.

Elle permettra d'offrir au personnel l'accès à des plateaux techniques performants ne pouvant être raisonnablement détenus en propre par les établissements militaires. L'insertion facilitera l'organisation d'un parcours de santé coordonné entre CMA et

HIA d'une part et établissements civils d'autre part. Elle sera à même de favoriser le recrutement et la fidélisation de réservistes. C'est enfin un moyen d'absorber le choc social des transformations.

Pour explorer les questions soulevées par cette ouverture, identifier les limites imposées par le cadre juridique actuel et en construire les solutions, il est proposé de procéder par expérimentations. En raison de leur caractère déterminant, la préparation de ces expérimentations devra être irréprochable, intégrant la durée de l'insertion, les rapports avec l'hôpital militaire de rattachement, les fonctions au profit des forces, les modalités de maintien de la culture militaire.

Si le cadre juridique actuel peut suffire à la phase initiale de la démarche, une adaptation des textes devra être conduite en partenariat avec le ministère des affaires sociales et de la santé.

Enfin des choix devront être faits en termes financiers. Si la rémunération reste probablement assurée par le ministère de la défense, il conviendra de déterminer comment seront réparties les cessions résultant de la production de soins.

Une importance particulière sera accordée à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation économique de la relation contractuelle. Parallèlement, des indicateurs devront être mis en place pour évaluer la disponibilité pour répondre au contrat opérationnel et le maintien des liens avec le Service.

Contribuer à la résilience de la nation

Du fait de leur statut et de l'organisation permanente d'une veille opérationnelle, les professionnels de santé militaires peuvent être mobilisés immédiatement, en réponse aux ordres de l'autorité. Aucun dispositif n'assure une telle mise en alerte avec un préavis aussi court au sein des structures civiles.

Par ailleurs, les compétences et équipements spécifiques détenus dans les domaines NR (capacités de décontamination, compétence de l'HIA Percy mondialement reconnue pour le traitement des irradiations), B (laboratoires P3) et C (chaînes de décontamination) font des HIA les acteurs naturels et privilégiés des crises.

Optimiser la performance hospitalière

Le SSA souscrit à l'approche de la santé publique en matière de performance, qu'il décline pour son propre compte en gardant comme priorité la capacité à répondre à ses missions spécifiques. Il pilotera et évaluera la performance hospitalière⁴⁸ selon cinq axes « OPQRS » :

- **O** pour la capacité à remplir la mission Opérationnelle (projection, accueil des blessés et malades rapatriés, recherche et enseignement à visée opérationnelle, résilience nationale, légitimité, image) ;
- **P** pour le respect des valeurs et des conditions de travail du Personnel (prise en compte de la double culture médicale et militaire, parcours professionnels adaptés, valorisation des expertises) ;
- **Q** pour la Qualité des soins (soins de qualité en toutes circonstances satisfaisant aux exigences en matière de sécurité des soins, pour les patients militaires et civils) ;
- **R** pour l'utilisation optimale des Ressources (utilisation efficiente des ressources humaines, matérielles et immatérielles mises à disposition pour contribuer *in fine* à la performance médico-économique, facteur clef de la capacité à investir) ;

⁴⁸ Cf. annexe 12 : « Le pilotage de la performance hospitalière ».

- **S** pour l'insertion dans le Service public de santé (collaborations avec les établissements partenaires du territoire de santé, permanence des soins, réseaux de santé, recherche et enseignement).

L'amélioration de la performance hospitalière dans son ensemble passe par une capacité à connaître l'existant et à dresser des états des lieux, à se comparer, à identifier les problèmes, à rechercher les causes des dysfonctionnements et à se fixer des objectifs.

Pour atteindre cet objectif, la direction centrale mettra en place et analysera les indicateurs de pilotage inspirés de ceux utilisés dans le service public de santé, adaptés aux spécificités du SSA. L'atteinte de l'objectif passera par une diffusion de la culture du contrôle de gestion et du contrôle interne, auprès de toutes les composantes de l'activité hospitalière.

Construire le nouveau modèle de système hospitalier militaire

Le nouveau modèle de système hospitalier militaire est fondé sur des hôpitaux situés sur des plates-formes hospitalières et des hôpitaux hors plate-forme. Des pôles d'excellence pourront y être identifiés.

Des plates-formes hospitalières militaires

Une plate-forme hospitalière du SSA se définit comme une « entité géographique concentrant des structures appartenant au service de santé des armées, associées à des partenaires civils privilégiés, dans un environnement de santé raisonnablement concurrentiel ».

La collaboration entre hôpitaux militaires appartenant à une même plate-forme sera naturellement recherchée. Cependant, pour des raisons de meilleur service rendu au patient inscrit dans un parcours de santé, la collaboration avec les acteurs de santé présents dans l'environnement immédiat, sera privilégiée.

Cette ambition nécessite une interopérabilité avec les établissements du territoire de santé, incluant les systèmes d'information et l'intégration dans des réseaux de soins.

L'objectif est d'établir préférentiellement dans les hôpitaux des plates-formes, le vivier de personnel possédant les aptitudes nécessaires aux missions régaliennes de priorité absolue. L'extraction de ce personnel doit pouvoir se faire sans mettre en péril l'activité globale de l'établissement ni l'offre de soins du territoire de santé, ce qui nécessite une ressource suffisante et donc la densification.

Les hôpitaux des plates-formes seront le lieu privilégié de la conceptualisation, de la formation et de l'entretien des compétences spécifiquement militaires.

Ils devront offrir un panel de spécialités couvrant les besoins en expertise, incluant l'expertise dans les spécialités non cœur de métier qui n'ont pas vocation à être présentes partout.

Les caractéristiques qualitatives et quantitatives de l'activité des hôpitaux des plates-formes devront répondre aux exigences de qualité, de seuils d'activité, de reconnaissance en tant qu'acteur du territoire de santé, ainsi qu'aux impératifs médico-économiques de rentabilisation des investissements à haute technicité. Toutefois, leurs impératifs opérationnels forts influenceront sur leur performance économique, imposant des modalités d'évaluation spécifiques, distinctes de celles des établissements civils.

L'activité des hôpitaux des plates-formes devra être suffisante et orientée vers l'opérationnel pour permettre une recherche clinique d'intérêt militaire. Leurs plateaux techniques performants et l'éventail des spécialités constitueront des facteurs d'attractivité pour le personnel affecté.

Deux catégories d'arguments militent pour localiser les plates-formes en région parisienne et en région PACA :

- ces deux régions sont des zones d'importance stratégique militaire. Une plate-forme hospitalière doit pouvoir s'appuyer sur une plate-forme aérienne militaire avec la possibilité d'assurer une liaison militaire pour le transport des blessés entre la plate-forme aérienne et les hôpitaux. Cette condition est réalisée dans la région parisienne (plate-forme aérienne de Villacoublay, transports par la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris) et en région PACA (plate-forme d'Istres et transports par le Bataillon des marins pompiers de Marseille). Pour assurer une résilience interne au service il est nécessaire que soient présents au moins deux hôpitaux sur la plate-forme, ce qui n'est le cas que dans les deux zones géographiques considérées. Par ailleurs, trois hôpitaux (Sainte Anne, Percy et bientôt Bégin) implantés dans ces aires, ont été rénovés, répondent aux exigences sanitaires et disposent d'une capacité d'accueil suffisante ;
- ces deux régions représentent un bassin de patientèle sous contrainte raisonnable de concurrence mais avec une offre de soins civile suffisamment dimensionnée pour que la projection de capacités militaires ne génère pas de carence de prise en charge dans le bassin de population.

Au sein des deux plates-formes, deux hôpitaux, le Val-de-Grâce et Laveran, occupent une place particulière du fait de leur position dans leur environnement et de leur patientèle. Leur place sera définie en concertation très étroite avec les partenaires du service public de santé.

Des hôpitaux hors plates-formes

Aujourd'hui les hôpitaux hors plate-forme restent indispensables pour garantir la réponse au contrat opérationnel. Ils continueront à offrir des soins de proximité notamment pour la communauté de défense et poursuivront leurs activités de détermination d'aptitude en lien avec les CMA.

Par ailleurs, certains hôpitaux militaires hors plate-forme ont une place relativement importante, pour certaines spécialités, dans leur territoire de santé. Un désengagement rapide et sans concertation serait susceptible de provoquer des carences importantes dans l'offre de soins locale qui ne saurait être envisagée actuellement.

Lorsque les plates-formes seront en fonctionnement nominal, une dissociation entre fonction hospitalière militaire, insérée dans le service public de santé, et structure hospitalière militaire, conservée en propre, devra être discutée. Les hôpitaux hors plate-forme trouveront leur place dans le dispositif hospitalier militaire futur en tant que structure hospitalière, s'ils sont en mesure d'assurer une partie de la mission prioritaire du service et sous réserve que soient réunis les critères suivants :

- contribution au maintien d'un vivier projetable hors phase aiguë d'entrée en premier sur un théâtre, capacité à offrir un parcours de soins et d'aptitude de proximité, environnement propice à l'enseignement et à la formation aux métiers spécifiques ;
- hors activité liée au contrat opérationnel : place significative dans l'offre de soins basée sur l'intégration dans des groupements de coopération sanitaire ou tout autre mode de coopération ;
- besoins limités en infrastructure et équipements.

Des pôles d'excellence

Qu'il s'agisse des activités répondant au besoin opérationnel ou éventuellement d'activités répondant aux besoins de santé du territoire, conservées en propre au sein d'établissements militaires, le concept de pôle d'excellence suppose de consentir les investissements nécessaires et de garantir la pérennité des ressources humaines. Ces contraintes expliquent que ces pôles seront forcément en nombre limité, essentiellement centrés sur des spécialités d'intérêt majeur pour les armées, et localisés dans les hôpitaux des plates-formes.

Hors des pôles d'excellence, le maintien d'un exercice technique de haut niveau ne peut être conçu que par une intégration réussie dans les équipes du service public de santé.

Mettre en place une nouvelle gouvernance

L'évolution structurelle des hôpitaux militaires, la redéfinition de leurs missions, les rapports très étroits qui doivent être entretenus avec le service public de santé, et les responsabilités croissantes des paramédicaux au sein de l'hôpital, imposent de concevoir un nouveau modèle de gouvernance, décliné à deux niveaux : la sous direction hôpitaux-recherche de la DCSSA et les structures hospitalières.

Garantir le respect du contrat opérationnel sans obérer la capacité à construire un projet médical

L'équipe de direction doit être redéfinie sur un principe multi-professionnel. Le chef d'établissement reste le garant du respect absolu de la contribution au contrat opérationnel. Il joue le rôle d'arbitre entre les impératifs médico-économiques, les impératifs de gestion et les objectifs de réponse aux besoins de santé du territoire.

Il s'appuie sur deux collaborateurs, l'un soignant, l'autre administratif. L'intégration de directeurs d'hôpitaux civils doit être étudiée, car susceptible de contribuer à positionner l'établissement comme un acteur à part entière du service public de santé.

Pour assurer les relations avec les établissements de santé civils et concevoir le projet médical de l'établissement, l'identification d'un représentant de la communauté médicale et soignante, distinct du chef d'établissement et appartenant au corps des praticiens, est nécessaire.

L'organisation en pôles permet de donner de la cohérence au parcours du patient, de décloisonner les activités et de mutualiser les moyens. Pour atteindre cet objectif il convient de déléguer au chef de pôle un certain nombre de prérogatives relevant actuellement strictement du chef d'établissement.

Garantir une plus grande souplesse en gestion

En termes de ressources humaines, une certaine souplesse doit être recherchée à travers la mise à disposition d'enveloppes de contrats à durée déterminée, de vacataires et le recours circonstancié à l'intérim.

Pour passer d'une gestion administrative centralisée à une gestion médico-économique déconcentrée, une part des responsabilités actuelles de la sous-direction hôpitaux-recherche sera déléguée aux établissements.

Chaque établissement se verra fixer des objectifs opérationnels intangibles.

Dès lors qu'une déconcentration importante sera réalisée, un contrôle sera exercé par un conseil de surveillance, émanation de la tutelle militaire, garant des orientations stratégiques nationales et du suivi opérationnel.

Associer les partenaires à la gouvernance des établissements

En respect de l'esprit de la loi HPST, les représentants des personnels, des usagers, des ARS et des établissements civils partenaires seront associés à la gouvernance des établissements.

Les contraintes propres à la défense et spécifiques à la santé imposent de concevoir un nouveau modèle de dispositif hospitalier militaire, concentré sur sa mission et inséré dans son territoire de santé.

La création de plates-formes en région parisienne et PACA garantira la réponse au contrat opérationnel.

Ce dispositif sera complété par les personnels servant dans les hôpitaux hors-plate-forme ou insérés dans le service public de santé.

Ce nouveau modèle hospitalier impose une nouvelle gouvernance, définissant les attributions respectives de l'administration centrale, des plates-formes et des établissements hors plate-forme.

2.3. Le ravitaillement sanitaire

2.3.1. La situation aujourd'hui

A l'appui des quatre autres composantes du service, le ravitaillement sanitaire a pour missions d'approvisionner, de distribuer et de maintenir en condition opérationnelle les produits de santé, depuis le petit consommable ancillaire, jusqu'au scanner projetable, en passant par les médicaments, les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, les produits sanguins labiles et les unités médicales opérationnelles (UMO) projetables sur ou hors du territoire national. Ces produits de santé sélectionnés constituent un référentiel commun et cohérent qui garantit l'unité et la continuité de la pratique de la médecine militaire quel que soit son champ d'action (paix, crise, guerre). Ce référentiel, qui participe à l'optimisation de la charge d'entretien du stock destiné au contrat opérationnel (gain estimé à 6 M€/an) et à la résilience du Service, représente plus de 20% des produits de santé achetés pour les besoins des hôpitaux d'instruction et l'intégralité de ceux destinés aux centres médicaux des armées.

Sans équivalent dans le secteur civil, la chaîne du ravitaillement sanitaire est indispensable au déploiement d'une chaîne de soins complète et autonome permettant d'entrer en premier sur un théâtre d'opérations. Pour cela, spécificité, réactivité et sécurisation du « *sourcing*⁴⁹ » sont indispensables et reposent sur des procédures d'achat public actives, des moyens propres en régie, et la détention d'un stock optimisé de références sélectionnées.

L'approvisionnement associe les fonctions d'achat et de production. Les achats de produits de santé reposent sur des procédures d'acquisition conformes au code des marchés publics. La production de capacités de soins adaptées à l'emploi particulier des forces armées, sans équivalent sur le marché, concerne des médicaments spécifiques (contre-mesures médicales NRBC) au profit de la communauté de défense et de la population civile, des produits sanguins labiles (PSL) de type plasma lyophilisé, des matériels biomédicaux spécifiques et la gamme complète des UMO depuis la trousse individuelle du combattant jusqu'aux structures médico-chirurgicales, incluant le domaine NRBC.

La distribution permet la mise à disposition des UMO selon un rythme déterminé pour le soutien d'une force projetée et la fourniture des consommables nécessaires à l'activité des UMO déjà déployées. En métropole ou en outre-mer, la distribution concerne également la fourniture des produits de santé aux centres médicaux des armées, aux services médicaux embarqués, aux centres médicaux interarmées et aux hôpitaux d'instruction des armées.

Le maintien en condition opérationnelle (MCO) est un impératif absolu pour les UMO de disponibilité immédiate, mais intéresse également les UMO reversées en provenance des théâtres d'opérations et l'ensemble du parc de matériels biomédicaux, y compris celui utilisé en médecine des forces.

Le ravitaillement sanitaire vit aujourd'hui la dernière étape de la transformation de son organisation logistique engagée depuis 2008, avec la fermeture de 3 établissements sur 9, une réduction de 15% de son personnel, une diminution de 40% de ses capacités de stockage, de nouveaux processus et un nouveau système d'information.

⁴⁹ Le « *sourcing* » est l'action de recherche, localisation et évaluation d'un fournisseur *ad hoc*, afin de répondre à un besoin identifié (en matière de biens ou de services).

Sauf à remettre en cause l'exécution du contrat opérationnel, le format aujourd'hui atteint ne peut être resserré, même en cas de diminution du volume des forces.

La direction des approvisionnements en produits de santé des armées (DAPSA) assure à Orléans le pilotage et la conduite opérationnelle de la composante dans l'intégralité de ses fonctions d'achat, de conception, de production, de distribution, de maintenance et de financement. La réorganisation de sa gouvernance doit être mise en place avant fin 2013, selon des impératifs de performance, de transversalité, de subsidiarité, de professionnalisation des fonctions, de mutualisation des moyens, de fluidité des processus et de conformité aux principes d'organisation, notamment financière (ORGAFI), du ministère.

La DAPSA exerce son autorité sur deux établissements de production (CTSA et PCA), deux établissements de distribution (ERSA) et un établissement de maintenance (ECMSSA).

Répondant aux normes édictées par le code de la santé publique, les activités de ravitaillement sanitaire sont régulièrement soumises aux inspections des agences nationales de santé pour 4 établissements (PCA, CTSA et 2 ERSA) et respectent, pour les autres, des critères de certification de normes ISO dans le cadre de la démarche qualité.

2.3.2. Les facteurs du changement

Le ravitaillement sanitaire, notamment dans ses fonctions de production de médicaments spécifiques et de conception d'UMO, est un opérateur de santé étatique sans équivalent dans aucun autre secteur d'activités. Comme tel, il pourrait avoir vocation à occuper dans son domaine de compétence le champ de l'intervention publique dans les mondes de la santé, de l'urgence et de la sécurité.

Il doit aussi, s'il veut garantir son efficacité, conserver une masse critique et un seuil d'activités qui ne peuvent être seulement proportionnels au format d'armée à soutenir, d'autant qu'il est servi par de petits effectifs de spécialités rares (compétences en pharmacie industrielle, en transfusion sanguine, ingénieurs biomédicaux, agents techniques formés à la réalisation de prototypes, à la constitution et à l'entretien des UMO), ce qui le fragilise.

Ces éléments, ainsi que la réalité économique qui incite à un partage de ses coûts de possession conduisent à rechercher un élargissement de ses activités au bénéfice d'acteurs extérieurs au ministère de la défense. L'ambition interministérielle, et internationale, du Service trouve donc ici toute sa place, les savoir-faire du ravitaillement sanitaire étant déjà utilisés par certains partenaires extérieurs mais de façon encore très limitée.

La mutualisation des activités nécessite néanmoins de conserver en propre l'outil au sein de la défense afin de rester maître des priorités de production ou de distribution pour répondre à la mission première de soutien des forces.

Il ne s'agit donc pas d'un véritable changement dans la mission ou dans l'exécution de la mission mais de la recherche d'un développement et d'une valorisation des savoir-faire existants. Le projet pour le ravitaillement sanitaire est un projet de performance à la fois technique et économique. Outre l'efficacité, cette démarche doit permettre de placer le Service, dans ses activités de ravitaillement sanitaire, comme un acteur majeur au niveau interministériel, et le cas échéant, international.

2.3.3. Les axes d'intervention

Conformément aux orientations stratégiques du projet de service, l'avenir du ravitaillement sanitaire, qui achève son recentrage, s'inscrit résolument dans une démarche d'ouverture, selon 3 axes d'intervention majeurs.

Devenir un acteur reconnu au niveau interministériel

La politique d'ouverture à l'interministériel a débuté sur le mode d'une coopération entre le SSA et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), représentant l'agence nationale de gestion des crises. Cette coopération repose actuellement sur le stockage et la mise à disposition des produits de santé par les ERSA (stocks nationaux) et sur la production par la PCA de contre-mesures médicales. Il est hautement souhaitable d'intensifier la relation partenariale avec l'EPRUS : accès plus large à la centrale d'achat de la DAPSA, production des médicaments stratégiques par la PCA, mise en œuvre d'un dispositif logistique et de stockage mutualisé à l'image de la plateforme nationale de stockage sur le site de l'ERSA Marolles.

L'activité de distribution opérationnelle, qui répond à des critères de réactivité éprouvés et reconnus, intéresse un nombre croissant d'acteurs de la santé et de la sécurité en situation de crise. Elle peut, en conséquence, positionner la chaîne RAVSAN du SSA comme un prestataire interministériel utile, ce qui implique cependant plusieurs évolutions :

- fidélisation des partenaires institutionnels comme la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, le bataillon de marins-pompiers de Marseille, les unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile, les grandes sociétés comme le CEA, EDF ou AREVA ;
- renforcement des liens, actuellement occasionnels, avec d'autres parties prenantes comme la direction générale de la sécurité civile et gestion de crise ou la direction de la coopération de sécurité et de défense du ministère des affaires étrangères ;
- ciblage d'autres opérateurs potentiels nationaux comme les services départementaux d'incendie et de secours.

Renforcer la place du Service au niveau international, particulièrement dans le domaine militaire

Des États amis ou alliés passent déjà commande, directement au ministère de la défense, ou à la direction de la coopération de sécurité et de défense (DCSD) du ministère des affaires étrangères, ou par l'intermédiaire de sociétés privées. Cependant, la réalisation de ces commandes, malgré une demande régulièrement exprimée, reste très limitée.

La participation du SSA au sein des groupes de travail de l'OTAN et au sein de la *Nato Support Agency* (NSPA) illustre une attente de plusieurs services de santé d'armées alliées pour acquérir des productions spécifiques de la PCA et des UMO françaises. Les UMO peuvent également faire l'objet d'une valorisation conceptuelle par leur reconnaissance en tant que standards par nos partenaires, tout en protégeant la propriété intellectuelle par une labellisation « SSA ». L'intégration des productions du SSA au sein des catalogues de la NSPA sera développée.

Valoriser financièrement les savoir-faire

Le projet de valorisation financière des savoir-faire, sur la base d'une comptabilité analytique solide, repose sur plusieurs pistes complémentaires :

- le développement des cessions des médicaments de la PCA, des productions du CTSA (plasma lyophilisé), des matériels biomédicaux adaptés par l'ECMSSA (appareils « militarisés » pour une mise en œuvre de terrain, lunetterie de combat), ainsi que des UMO au travers de l'externalisation possible de leur vente ou de leur production ;
- la valorisation de la propriété intellectuelle par labellisation ;
- l'intégration d'un volet formation, notamment sur les UMO, pour améliorer la cohérence de l'offre proposée à nos cessionnaires.

Cette valorisation peut aussi prendre la forme de partenariats publics-privés, notamment dans des domaines non maîtrisés par le Service et qu'il n'est pas judicieux de développer en interne (force de vente, compléments de la production d'UMO semi-finies).

Les objectifs visés seront rapidement atteints sous certaines conditions :

- mise en place effective et aussi précoce que possible, de l'établissement de constitution et de maintenance des UMO (ECM-UMO). La construction de l'ECM-UMO qui finalisera la réorganisation initiée en 2008 est impérative pour répondre à la mission définie dans le contrat opérationnel. Son absence remettrait en cause la constitution des UMO nécessaires au soutien de l'échelon national d'urgence (ENU 5 000 hommes) et leur remise en condition dans le délai exigé d'un mois. Cet établissement est également un préalable nécessaire à la mise en œuvre de la politique d'ouverture précédemment décrite ;
- adaptation des effectifs en personnel avec les nouvelles missions. Le format atteint par le ravitaillement sanitaire, en termes d'infrastructure comme d'effectif, ne peut plus être réduit. En revanche, si le Service augmente significativement ses activités, notamment dans le cadre de coopérations avec d'autres ministères, ces derniers devront contribuer au transfert ou au financement du personnel correspondant.

En matière de ravitaillement sanitaire, le Service de santé des armées deviendra un véritable acteur interministériel et renforcera sa place en milieu international, ce qui lui permettra de valoriser ses savoir-faire en la matière.

2.4. La recherche

2.4.1. La situation aujourd'hui

La dimension capacitaire de la recherche du service de santé des armées

Les spécificités de la Défense imposent au Service de santé des armées d'être réactif et adaptable ; depuis longtemps ces qualités sont en particulier obtenues par le maintien d'une composante recherche significative. Avec le temps, la composante recherche du Service a acquis une dimension capacitaire par l'individualisation de ses objectifs, de moyens humains et matériels dédiés et de procédures spécifiques. En même temps, il était montré que la recherche était un moteur d'excellence dans la formation initiale et continue des personnels de santé, praticiens et paramédicaux. Aujourd'hui, la recherche du SSA intéresse donc la totalité de ses personnels, soit pour des actions spécifiques du soutien sanitaire des forces en opération qu'il est le seul à pouvoir conduire, c'est la recherche biomédicale de défense (RBD), soit pour des actions de formation ou d'insertion du Service dans le monde de la Santé. La RBD couvre tout le spectre depuis la recherche clinique, réalisée principalement dans les HIA et les CMA, jusqu'à la molécule, dans le cadre d'une recherche plus amont réalisée principalement par les chercheurs de l'IRBA.

Les axes de la RBD couvrent les domaines spécifiques de la défense, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas couverts par la recherche académique : la médecine opérationnelle, l'adaptation aux équipements, les activités spécifiques sous forte contrainte, les environnements extrêmes et le risque NRBC qu'il soit naturel ou provoqué. Ces activités, souvent menées en collaboration nationale ou internationale, s'inscrivent pleinement dans le volet préparation du LBDSN 2013 et contribuent en particulier à la résilience des armées et de la nation (plans variole, Biotox et Piratox...). Enfin, le maintien d'une capacité recherche du SSA repose sur des experts qui ont une vraie connaissance du milieu des armes et sont projetables, y compris en OPEX lorsque cela est nécessaire.

Une réorganisation déjà bien avancée

Le concept actuel de la recherche dans le SSA est de détenir un outil polyvalent fondé sur un important plateau technique concentré et centralisé.

Pour améliorer l'efficacité de sa capacité recherche, le SSA a engagé depuis plusieurs années un processus de restructuration majeure des deux composantes « recherche clinique » (RC) et « amont » de la RBD. En effet, suite au rapport d'évaluation menée en 2007⁵⁰ et au séminaire de réflexion de mai 2011, le SSA a élaboré un plan d'action⁵¹ et une doctrine de la RC visant à mieux l'organiser et la valoriser en termes scientifiques et financiers, comme en termes de propriété intellectuelle.

La réorganisation de la recherche amont du Service parviendra à son terme en 2014-2015. En 2009 les quatre établissements de recherche du SSA ont été fusionnés dans l'IRBA. Ce regroupement permet de rationaliser l'usage de plateaux techniques lourds et de mutualiser les compétences transversales de ces établissements. Ce resserrement s'est accompagné d'une amélioration très significative du dialogue entre le SSA, l'état-major des armées (EMA) et la direction générale pour l'armement (DGA), qui se traduit notamment par une meilleure spécification des besoins des forces et une meilleure coordination de la S&T (recherche scientifique et technologique) du domaine

⁵⁰ Lettre de mission n°314/DEF/DCSSA/AST/REC du 29 janvier 2007.

⁵¹ Correspondance N°2176/DEF/DCSSA/AST/REC du 29 décembre 2011 relative au plan d'action de la recherche clinique du SSA pour les années 2012-2014.

NRBC. L'impact RH de ce resserrement a cependant beaucoup fragilisé la RBD du SSA.

2.4.2. Les facteurs du changement

Les facteurs de mutation sociétale rappelés au début de ce document ont un impact profond sur la place de la recherche et de l'innovation dans les grands organismes, comme le SSA, dont l'activité est fondée sur les sciences et la technologie. L'activité de recherche génère une dynamique de progrès qui stabilise son positionnement dans l'institution. La crise financière et ses conséquences ont cependant un effet déstabilisant qui impose la recherche d'un nouvel équilibre prenant en compte les principales causes de changement.

Des facteurs de changement externes

Pour répondre au contexte national contraint, la recherche en santé est en transformation. Située à l'interface entre de multiples acteurs, hôpitaux et réseaux de soins, universités, elle intègre les relations entre le monde industriel et le monde académique et le transfert, inscrit dans la loi, qui permet le passage de l'invention du laboratoire à l'innovation créatrice d'emplois.

L'évolution de la recherche en santé s'inscrit dans une dynamique nationale qui vise à potentialiser la stratégie nationale de santé (SNS) et la stratégie nationale de recherche. La recherche, l'innovation, la médecine et les soins doivent être pensés ensemble⁵², l'enjeu étant d'assurer le passage de la recherche amont jusqu'au soin, en décloisonnant la recherche académique et la recherche privée, mais aussi en décloisonnant la recherche fondamentale et la recherche finalisée, la recherche et le soin. Par ailleurs, la stratégie nationale de recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, proposée par l'alliance pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), repose sur dix priorités dont la promotion de la multidisciplinarité, l'organisation et l'accélération de la production de données massives issues du vivant, la stimulation de la recherche translationnelle et des collaborations chercheurs-cliniciens-partenaires industriels, le développement de la recherche technologique et de plates-formes nationales de pointe, le renforcement du positionnement de la France dans les projets européens d'envergure et dans la compétition internationale, dans un contexte de performance économique affirmé. La restructuration de la recherche nationale doit se traduire par un renforcement des synergies, une simplification et une réactivité des procédures administratives, une amélioration de son efficacité mesurée en particulier par l'évaluation des activités, des établissements et des équipes, points clés de l'accès aux financements internationaux.

Le concept d'un outil de recherche polyvalent perd de sa pertinence dans le monde moderne de la recherche.

Des facteurs de changement internes

L'effort de rationalisation prôné par le LBDSN 2013 est nécessaire au sein même de la recherche du SSA, qui souffre d'un déficit d'interactions entre ses acteurs et le reste du Service, d'une fragilité en ressources humaines et de l'insuffisance prolongée d'une gouvernance globale de la recherche du Service.

La RC du SSA se situe à l'interface des besoins des forces et des exigences des autorités de santé publique et de formation des praticiens ; de plus elle est fortement

⁵² Discours du 23 septembre 2013 de la ministre des affaires sociales et de la santé.

contrainte par le cadre réglementaire. La recherche clinique menée dans les domaines du soutien médical opérationnel doit être encouragée, dynamisée, coordonnée et valorisée. La recherche clinique non spécifiquement militaire, doit être également maintenue et encouragée, dans le cadre de partenariats civilo-militaires.

En interne du SSA, l'effort de rationalisation doit donc porter sur la construction d'une gouvernance de la recherche biomédicale de défense une et indissociable, et l'intégration/potentialisation des différentes composantes du SSA produisant de la recherche et de l'expertise autour d'un IRBA rénové.

2.4.3. Les axes d'intervention

La recherche du Service, tout en restant concentrée sur sa mission au profit des forces, doit s'inscrire dans le dynamisme de la stratégie nationale de recherche, en se décloisonnant en interne comme en externe pour une meilleure coordination des travaux et un rapprochement des acteurs. Elle doit concerner toutes les composantes du SSA en devenant une activité consubstantielle de l'activité de tous les personnels, partie intégrante des parcours professionnels, et tout particulièrement des médecins de CMA pour la médecine de premier recours et des personnels paramédicaux qui devront s'investir en matière de recherche infirmière et paramédicale.

Elle doit affirmer son ouverture aux partenariats civils, publics et privés, permettant une synergie des efforts et l'implication de la recherche civile dans la recherche de défense ; elle doit s'inscrire dans la dynamique nationale de performance tant scientifique qu'économique, en s'engageant dans des solutions de coopération et de mutualisation, nationales et internationales, en s'inscrivant dans un processus d'évaluation indépendant, transparent et impartial pour l'ensemble de la composante recherche, et en améliorant la valorisation des produits et des capacités issus de la recherche et de l'expertise.

Pour faire évoluer la RBD réalisée par le Service, il est proposé cinq axes stratégiques s'inscrivant dans les trois principes fondateurs du projet de service : concentration, ouverture et simplification.

Une vision nouvelle de la recherche biomédicale de défense

La recherche biomédicale de défense doit concerner toutes les composantes du SSA, en faisant partie intégrante des parcours professionnels, médical et paramédical, pour la médecine de premier recours et pour la médecine hospitalière. Elle doit s'ériger prioritairement dans la réponse au soutien médical opérationnel au profit des forces et contribuer à produire et entretenir une capacité d'expertise spécifique projetable, portée par la cohésion, la préparation, la disponibilité opérationnelle et la réactivité de ses personnels.

Une action prioritaire sera de renforcer les liens entre les structures les plus impliquées dans des processus de recherche : les HIA, les CMA, le CESPAs et l'IRBA. Ces liens pourront être développés par la formation, impliquant l'EVDG et des formations diplômantes organisés au sein de l'IRBA. La formation à la recherche des cliniciens par la création de « passerelles » entre les HIA, les CMA, le CESPAs et l'IRBA ou par une double appartenance des cliniciens-chercheurs doit être favorisée. La fonction recherche du SSA veillera à maintenir parmi les chercheurs et les techniciens une bonne connaissance des contraintes opérationnelles et une capacité projetable, et s'attachera à acculturer ses personnels civils aux problématiques militaires. Elle pourra pour cela recourir à la réserve opérationnelle, que ce soit pour des travaux dans les CMA, les HIA, à l'IRBA ou pour des OPEX.

Une coordination ou une intégration des activités d'expertise scientifique et technique du Service sera mise en place, incluant par exemple celles du Service de protection radiologique des armées (SPRA), à l'instar du département de recherche du CTSA.

L'IRBA dispose par ailleurs de capacités de stockage de ressources biologiques dont la collection des souches de la défense. Il pourrait assurer l'accueil, la conservation et la gestion d'un centre de ressources biologiques nécessaires à la conduite de la recherche clinique.

La RBD s'appuiera sur des systèmes d'information et communication adaptés, éventuellement spécifiques, pour mener à bien son projet.

Une gouvernance globale de la recherche du Service

Les structures en place permettent la prise en considération des besoins des forces (CEETO⁵³) et le suivi de la performance et des grandes orientations par les états-majors (COré⁵⁴). La RBD reposera sur une analyse et une hiérarchisation des risques et des vulnérabilités des combattants aboutissant à une définition des besoins spécifiques. Sa coordination sera assurée par de nouvelles structures que pourraient être le comité stratégique de la recherche biomédicale de défense, intégrant le COré, et le conseil scientifique du SSA, sans se départir des enseignements de la CEETO.

Le comité stratégique de la recherche biomédicale de défense proposera au Directeur central les orientations stratégiques de la recherche à mener par le Service ou ses partenaires, et la répartition des moyens alloués correspondants. Il sera attendu de ce comité des propositions de décisions, en particulier pour le choix ou le maintien de thématiques. Ce comité sera composé d'acteurs de la recherche du SSA issus de l'ensemble de ses composantes, de représentants de la défense et de représentants civils de l'AVIESAN. Il veillera à ce que les programmes de recherche soient en prise avec les besoins des forces, cohérents avec les objectifs du Service et la stratégie nationale de recherche en santé. Il s'attachera à décloisonner la recherche du Service en rapprochant ses acteurs, et il évaluera, d'un point de vue stratégique, les opportunités de collaborations externes au Service. Il assurera la synthèse et la transmission au directeur central non seulement des résultats mais des différentes évaluations de la recherche.

Le conseil scientifique du SSA, incluant le conseil scientifique de l'IRBA, sera adapté et étendu à des membres des autres composantes du Service et à des membres civils compétents dans des thématiques de la RBD. Il évaluera la qualité scientifique des projets présentés par les acteurs de la recherche, leur adéquation aux objectifs du Service et leur intérêt, leur transversalité, l'adéquation des moyens proposés. Il proposera des pistes d'amélioration en termes de qualité scientifique, de collaboration interne ou externe et de performance économique, dont la recherche de financements extérieurs. Il tiendra compte des conclusions de la CEETO.

L'évaluation de la RBD sera conduite selon les modalités et les standards de la recherche nationale, en respect de la nécessaire confidentialité des domaines de sécurité.

La conduite de la RBD reposera sur la conception et la mise en œuvre de larges programmes de recherche, éventuellement multidisciplinaires, civilo-militaires, voire internationaux, répondant aux besoins des armées.

⁵³ CEETO : commission d'échanges et d'expertises technico-opérationnelles.

⁵⁴ COré : comité opérationnel de la recherche.

Une délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) du SSA

La recherche biomédicale, terme consacré pour la recherche impliquant la personne humaine, inclut la recherche clinique réalisée sur des patients et la recherche menée sur des sujets sains. Elle est encadrée par un corpus réglementaire national et international auquel le SSA ne peut se soustraire et qui dicte les impératifs d'organisation de cette activité. Pour répondre à ces impératifs réglementaires et assurer la mise en œuvre de la politique de recherche menée sur l'Homme, une délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) sera créée. La DRCI du SSA sera chargée de 4 missions : la promotion (au sens du code de la santé publique de promoteur de la recherche), l'aide méthodologique et biostatistique, l'aide à l'acquisition des données, et leur gestion. L'identification d'une DRCI du SSA par la DGOS facilitera les candidatures des praticiens du SSA aux appels d'offre et aux appels à projets de la DGOS et améliorera l'image de la recherche du SSA.

Une recherche du Service ouverte en interministériel et à l'international

En interministériel, la fonction recherche du SSA prendra les mesures nécessaires au renforcement de sa participation au dialogue scientifique mis en place avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), en particulier AVIESAN, et avec le ministère chargé de la santé, par exemple grâce à la détention de centres nationaux de référence.

Elle formalisera ses collaborations avec les grands organismes de recherche nationaux et sa représentation au groupe thématique national (GTN) santé du MESR, ainsi que ses contributions aux programmes de l'agence nationale de la recherche (ANR). Le SSA entretiendra un dialogue avec le SGDSN en matière de recherche et d'expertise pour participer à la prise en charge des crises pour laquelle ses compétences seraient utiles, en particulier dans les domaines des maladies émergentes et des risques d'attentats NRBC.

Le SSA améliorera la coordination de l'action de ses personnels impliqués dans des travaux de veille, de prospective et de recherche réalisés au sein des organismes de l'OTAN, renforcera les collaborations avec les principaux partenaires militaires étrangers et s'inscrira dans des collaborations civiles nationales et internationales. Des mutualisations de plateformes ou de compétences seront recherchées.

La performance économique

La recherche du Service sera menée en mode collaboratif avec le milieu civil et militaire, national et/ou international dans toute la mesure du possible, tout en veillant à garantir les missions au profit de la défense. Pour renforcer les équipes, améliorer leur efficacité, accéder à des plateformes techniques dont le Service ne dispose pas, partager ses propres ressources et compétences et améliorer ses chances de succès lors d'appels d'offre pour des financements de programmes de recherche, la politique actuelle d'intégration à des unités mixtes de recherche (UMR) ou à d'autres équipes de recherche labellisées sera développée. Elle permettra l'intégration aux pôles d'excellence des grands organismes tels que l'INSERM, le CNRS, la Fondation Méditerranée Infection (FMI), le CEA dans le cadre du programme interministériel de lutte contre le terrorisme NRBC et l'Institut Pasteur et son réseau à l'étranger... L'IRBA rendra accessible ses équipements et plateformes lourdes à des collaborateurs civils ou à des industriels pour en améliorer la rentabilité, ainsi qu'à des services de santé militaires des pays alliés.

Le Service se dotera d'une politique en matière de protection de la propriété intellectuelle et favorisera l'exploitation des brevets et innovations résultant de son activité de recherche. A cette fin, le SSA identifiera une structure de valorisation sur laquelle il s'appuiera.

La recherche du Service doit contribuer à l'excellence du SSA.

La recherche du SSA est une obligation de la pratique médicale et soignante moderne de l'ensemble de ses personnels.

Elle permet aussi la mise à disposition des armées d'experts projetables sur les théâtres d'opérations et la réalisation d'examens biologiques spécialisés dans des domaines spécifiques de l'activité militaire, peu disponibles dans le milieu civil.

La recherche du SSA sera définie et évaluée de manière partenariale par la création d'un comité stratégique de la recherche biomédicale de défense et d'un comité scientifique du SSA.

L'ouverture aux partenariats interministériels dans une démarche d'insertion des équipes de chercheurs et de mutualisation-partage avec les partenaires institutionnels doit être systématiquement privilégiée.

Le financement de la recherche passera par la valorisation systématique des activités de recherche et d'expertise, l'exploitation des brevets et la recherche de financements extérieurs.

2.5. La formation

2.5.1. La situation aujourd'hui

L'engagement opérationnel français en Afghanistan a exposé les forces à de nouvelles menaces, qui ont conduit à repenser progressivement le dispositif pédagogique du SSA. La priorité a été donnée à la préparation opérationnelle et à l'acculturation des professionnels de santé à leurs milieux d'emploi, représentant pour le corps professoral un véritable changement de paradigme.

Afin de mieux répondre aux besoins des armées en matière de soutien santé opérationnel, l'école du Val-de-Grâce (EVDG), qui coordonne ce dispositif, a vu son organisation profondément modifiée depuis 2005, avec la création de 4 départements :

- formation initiale spécialisée ;
- préparation « milieux » et opérationnelle⁵⁵, avec le concours des centres de formation de médecine aéronautique (CFMA), de médecine navale (CFMN), de formation opérationnelle santé (CeFOS) et d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant (CITeRA) ;
- développement professionnel continu (DPC) ;
- formation supérieure des paramédicaux.

Ce dispositif inclut également l'école de santé des armées (ESA) de Lyon-Bron (issue du regroupement en 2011 des écoles du service de santé des armées de Lyon et Bordeaux), et l'école du personnel paramédical des armées (EPPA) de Toulon, en charge de la formation initiale des futurs praticiens et infirmiers respectivement. Il mobilise 340 personnels d'encadrement et de soutien, dont 25% de personnel civil.

La formation technique initiale est assurée par les universités et instituts de formation civils. L'enseignement complémentaire délivré par les écoles confère aux professionnels du SSA une culture militaire opérationnelle, facteur déterminant de leur adhésion aux valeurs de l'institution. Ces cursus sont adaptés qualitativement et quantitativement aux besoins des armées.

Les pôles d'excellence pédagogique⁵⁶ se concentrent désormais autour de la chaîne santé opérationnelle et des spécificités « milieux ». En 2005, l'EVDG a rationalisé le périmètre des chaires d'enseignement, passant de 21 à 10, en visant des objectifs pédagogiques de réponse au contrat opérationnel et parfois, de participation à la résilience de la nation. Les retours d'expérience des théâtres d'opérations extérieures récents ont validé la performance de la politique générale de formation du Service.

L'EVDG et l'ESA sont par ailleurs membres de la Conférence des grandes écoles.

2.5.2. Les facteurs du changement

Si le dispositif de formation du Service s'est rationalisé ces cinq dernières années, des insuffisances persistent dans l'offre proposée et la prise en compte des évolutions des environnements dans lesquels il évolue.

⁵⁵ Cf. annexe 9 : « La préparation milieux et opérationnelle ».

⁵⁶ Cf. annexe 13 : « Les pôles d'excellence pédagogique dans le Service de santé des armées ».

Des failles dans la préparation opérationnelle

La préparation opérationnelle santé présente quelques carences en termes d'exhaustivité et d'entretien, durant toute la carrière, des connaissances et pratiques nécessaires à l'accomplissement par les professionnels du SSA, des missions de la chaîne santé opérationnelle, du rôle 1 au rôle 4 secondaire.

Formation technique à l'extrême-avant

Il n'existe pas actuellement de doctrine pédagogique tenant compte de l'évolution du soutien santé opérationnel à l'extrême-avant au profit de micro-détachements, et de la généralisation progressive des délégations de compétences au personnel paramédical dans ces conditions particulières d'exercice.

Formation technique en médecine et chirurgie de l'avant

L'entretien d'une pratique suffisante de la médecine d'urgence par les professionnels soignants du SSA, quelle que soit leur catégorie (du praticien spécialiste à l'auxiliaire sanitaire), peut être mis en défaut soit par manque d'opportunité (absence de structure dédiée à proximité du lieu d'exercice), soit par absence de contrainte (présence d'une structure adaptée mais autonomie laissée au professionnel dans ses choix).

De plus, le niveau d'hyperspécialisation de certains soignants hospitaliers contraste avec le maintien nécessaire des compétences généralistes pour exercer dans les rôles 2 et 3. Si des formations en ce sens (cours avancés de chirurgie, anesthésie-réanimation et médecine des missions extérieures) sont désormais délivrées en fin de formation initiale spécialisée, elles ne prévoient pas de recyclage systématique en cours de carrière. Le défaut d'entretien des connaissances et pratiques généralistes risque de retentir sur la capacité soignante polyvalente projetable.

Formation à certaines activités du rôle 4

Le rôle 4 secondaire correspond à la réhabilitation du militaire blessé, incluant la rééducation fonctionnelle, la réadaptation, la médecine d'appareillage. Ces pratiques sont actuellement l'exercice des médecins de la filière « médecine physique et réadaptation ». L'évaluation prospective des besoins est nécessaire pour estimer le juste dimensionnement en nouveaux métiers et nouvelles fonctions dans cette filière professionnelle.

La prise en charge des problèmes psychologiques et psychiatriques liés à la projection (état de stress post-traumatique) est un plan d'action prioritaire du Service, qui trouve sa place dans le processus de réhabilitation.

Formation militaire opérationnelle

La maîtrise de la langue anglaise, l'entraînement au maniement des armes, la connaissance du milieu militaire, des contextes géopolitiques et des doctrines opérationnelles des alliés occidentaux sont insuffisants. Cela expose à des difficultés d'interopérabilité et d'insertion de nos personnels dans les coalitions multinationales.

Des évolutions européennes et nationales dans le domaine de la formation en santé, insuffisamment prises en compte par le SSA

Des modifications significatives et des défauts de valorisation des parcours pédagogiques

Les cursus de formation des professionnels médicaux et paramédicaux ont récemment évolué selon le processus de Bologne, caractérisé par la filière licence-master-doctorat (LMD).

Depuis 2004, la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale a officialisé la filière pédagogique de médecine générale au sein des UFR, avec des départements universitaires de médecine générale et un corps de professeurs associés, dont certains ont été titularisés depuis 2008. Presque 10 ans après cette reconnaissance, et malgré les spécificités démontrées du métier de médecin des forces, il n'existe à ce jour aucun professeur agrégé de médecine générale dans les armées.

Dans le cadre des spécialités hospitalières et non hospitalières, la prise en compte des cahiers des charges des sections et sous-sections du conseil national des universités (CNU) est hétérogène selon les chaires, et parfois au sein d'une même chaire, selon les spécialités.

Par ailleurs, la déclinaison du processus de Bologne aux sciences paramédicales fait envisager l'existence prochaine de docteurs dans le corps des MITHA, sans que les parcours professionnels du Service et le périmètre des chaires existantes à l'école du Val-de-Grâce n'aient pris en compte ces nouveaux parcours.

Une sensibilisation trop timide à la recherche

L'initiation à la recherche biomédicale de défense, en particulier appliquée aux milieux et aux combattants, paraît insuffisante. Ceci peut rendre compte du faible engagement des praticiens hospitaliers en termes de recherche appliquée pour le Service, et du caractère confidentiel qu'elle occupe dans les CMA et chez le personnel paramédical.

Des méthodes pédagogiques en pleine révolution

La simulation en santé⁵⁷ prend une place croissante dans l'enseignement médical. Elle a fait l'objet d'un guide de bonnes pratiques édité par la Haute autorité de santé en décembre 2012. Les centres d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant (CITeRA) utilisent ces méthodes dans le cadre de la préparation opérationnelle. Depuis 2013, l'EVDG organise avec la faculté lyonnaise un diplôme universitaire de simulation en santé. Cependant, il n'existe pas de politique générale du Service dans ce domaine et les réalisations sont souvent le fait d'initiatives locales ou régionales individuelles.

La plate-forme d'enseignement numérique du Service est sous-exploitée, par défaut de dimensionnement et d'armement pérenne d'une structure dédiée attractive et réactive, à une époque où les méthodes d'enseignement à distance prennent le pas sur la

⁵⁷ La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. »

pédagogie traditionnelle : télé-enseignement, conférences numériques interactives... Le Service accuse dans ce domaine un retard, potentiellement préjudiciable dans les procédures d'agrément des formations et les perspectives d'obtention d'équivalences universitaires des formations qu'il délivre.

Le développement professionnel continu (DPC) obligatoire pour les professionnels de santé

Depuis le 1^{er} juillet 2013, le DPC est le cadre de référence de la formation continue du personnel de santé civil et militaire du SSA. Le SSA est présent dans les instances nationales de DPC (commissions scientifiques et organisme gestionnaire). Des orientations nationales de DPC appliquées au SSA sont établies annuellement par arrêté conjoint du ministre de la défense et du ministre des affaires sociales et de la santé. L'EVDG a été récemment agréée comme organisme de DPC du SSA.

L'émergence de nouveaux métiers de la santé

L'évolution des pratiques professionnelles a entraîné l'apparition de nouvelles activités et de fonctions ou métiers associés.

Sept filières sont actuellement identifiées : celles liées à la coordination des soins, à la promotion de la santé, à l'organisation des établissements, aux nouvelles technologies de l'information, à la recherche, celles relatives aux nouvelles techniques de soins, celles résultant de transferts de compétences.

Des freins à la performance pédagogique

L'absence de décideur unique et une comitologie incomplète pour la mise en cohérence du dispositif pédagogique

Le directeur de l'école du Val-de-Grâce est le garant de la mise en cohérence du dispositif pédagogique. Le conseil de gestion de la formation, prévu par décret en 2008, n'a toujours pas été activé.

Point particulier, l'EVDG est en charge de l'organisation de nombreux concours. La légitimité du maintien de certains d'entre eux ou de leurs modalités pratiques est discutée.

Une sous-évaluation de l'activité pédagogique réalisée au sein du SSA

La qualité perfectible du retour d'information par les comités pédagogiques des HIA, en charge de la coordination des internes en formation initiale spécialisée (HIA et CMA rattachés), entraîne une visibilité insuffisante par l'EVDG de l'ensemble des actions de formation réalisées.

Les activités d'enseignement, de publication des professionnels du Service sont déclarées de façon hétérogène selon les établissements, avec une tendance marquée à la sous-estimation, et la sous-valorisation financière de celles-ci.

Une pratique partielle de l'évaluation

Si les évaluations à chaud des formations sont de plus en plus systématiquement proposées par les formateurs aux étudiants, le taux de réponse d'environ 30% ne permet qu'une adaptation forcément incomplète des programmes d'enseignement. Les évaluations à distance ne sont pratiquement jamais effectuées.

Des modalités de recrutement et d'encadrement des stagiaires étrangers imparfaites

L'accueil de stagiaires étrangers en formation dans les établissements du SSA s'effectue dans le respect des contraintes législatives et réglementaires françaises, notamment celles relatives à l'exercice médical. Après réussite au concours de l'assistantat des hôpitaux des armées, la formation délivrée est qualifiante, et leur permet de s'inscrire à un diplôme d'études spécialisées.

Cependant, les critères de sélection des candidats pour les stages de préparation à ces concours sont hétérogènes selon les pays d'origine, sans avis consultatif de l'EVDG sur la pertinence de ces désignations. De plus, l'encadrement des stagiaires étrangers pendant leur période de formation en France n'est pas formalisé à ce jour.

Une inscription hétérogène dans la démarche de certification ISO 9001-2008

Si l'EPPA a obtenu la certification ISO 9001-2008, et si l'EVDG est en cours de procédure visant cet objectif, ce n'est actuellement pas le cas de l'ESA Lyon.

2.5.3. Les axes d'intervention

Les axes d'intervention du domaine « formation » répondent aux grands principes du projet de service : concentration sur les missions et les moyens, ouverture au service public de santé, développement des coopérations internationales et collaborations interministérielles, dans une démarche de simplification.

Centrer le dispositif de formation sur la raison d'être du SSA et l'adapter aux évolutions du monde de la santé

La formation de professionnels de santé compétents pour assurer la prise en charge du combattant blessé ou malade en opérations, depuis son ramassage sous le feu jusqu'à sa réhabilitation, est la priorité de l'EVDG.

La préparation opérationnelle veillera à prendre en compte l'ensemble des dimensions du métier de militaire projeté : connaissance du théâtre et des risques encourus, pratique du tir, aspects déontologiques, éthiques...

Les actions pédagogiques déjà existantes dans ce domaine seront complétées par la mise au point d'une filière dédiée aux acteurs de santé de l'extrême-avant, équivalents des *paramedics* anglo-saxons.

Une expérience professionnelle en médecine d'urgence validée et entretenue durant toute la carrière, est la garantie d'une préservation optimale des chances de survie du blessé lors de sa prise en charge dans les rôles 1, 2 et 3. Une filière spécialisée est créée et concerne tous les professionnels de santé du SSA⁵⁸.

Le maintien de la polyvalence souhaitée dans le cadre des projections sur les théâtres d'opérations repose sur la mise au point et la validation d'actions fréquentes de recyclage pendant la période de projection potentielle du professionnel de santé. En corollaire, la question de la validation des compétences nécessaires à la qualification du personnel de santé projetable sera posée.

L'analyse des besoins en formation de personnels pour assurer la pérennité du rôle 4 secondaire, dans ses composantes médicales, psychologiques, sociales sera affinée.

L'EVDG se donnera les moyens d'un DPC efficient. Le dispositif de formation continue et d'adaptation à l'emploi est organisé sous la tutelle de l'EVDG, en recensant,

⁵⁸ Cf. annexe 10 : « La médecine d'urgence adaptée aux missions opérationnelles du Service de santé des armées ».

coordonnant et valorisant ce qui est effectué dans tous les établissements du SSA, incluant les formations « milieux » et opérationnelles. La traçabilité des formations délivrées dans le cadre du DPC sera organisée à l'échelon local, puis centralisée annuellement par l'EVDG. Le SSA attachera une attention particulière à une communication de qualité concernant l'offre de formation, à destination des professionnels de santé du SSA et extérieurs au Service.

Pour réussir ces défis, et gagner en efficacité, le principe de concentration s'appliquera également aux moyens de la formation :

- réduction du nombre d'écoles, concrétisée par la densification du site de Lyon grâce au transfert de l'EPPA sur le site de l'ESA en 3 ans, à partir de 2016⁵⁹ ;
- diminution du nombre de CITeRA de 6 à 3 et rationalisation des équipements de l'enseignement par simulation;
- rationalisation de la politique d'hébergement et d'alimentation des stagiaires en centralisant les formations et en réduisant les déplacements grâce à l'utilisation d'outils d'enseignement de type *e-learning* correctement armés en personnel.

Intensifier les collaborations pédagogiques avec le service public de santé

Les partenariats à visée pédagogique avec les universités et instituts de formation seront multipliés. Les parcours des professionnels du SSA seront mis en cohérence avec ceux de leurs homologues civils, dans un souci d'équité et de reconnaissance mutuelle. Dans ce cadre, le premier concours de recrutement d'un praticien professeur agrégé de médecine des forces armées est programmé en 2015. Les paramédicaux titulaires d'un doctorat dans une discipline conforme aux objectifs de formation du Service pourront se voir octroyer le niveau de qualification de professeur agrégé.

La mutualisation des moyens pédagogiques des écoles du SSA et des universités permettra un gain d'efficacité, en particulier en termes d'acquisition et de maintenance d'outils coûteux comme ceux nécessaires à la simulation en santé.

L'ingénierie pédagogique des nouveaux métiers en santé sera partagée, les parcours pouvant être assumés par le SSA ou délégués aux établissements de formation civils. L'analyse des spécificités militaires de ces nouveaux métiers permettra de mettre en œuvre une ingénierie spécifique en cas de besoin. Elle aboutira éventuellement à l'individualisation de nouveaux métiers de la santé spécifiques de la défense, dont l'ingénierie pédagogique reviendra alors au SSA.

Améliorer la performance des coopérations internationales

Dans le contexte multinational des OPEX et de la place de la langue anglaise dans les sciences médicales, l'acquisition et le maintien d'une bonne maîtrise de cette langue, incluant ses aspects techniques médicaux et opérationnels, sont indispensables en respectant les objectifs fixés par le *Medical Evaluation Manual - 27*. Les formations opérationnelles délivrées par le SSA intensifieront le recours à la langue anglaise écrite et parlée. La mutualisation des enseignements opérationnels avec les services de santé de l'OTAN et le centre d'excellence de Budapest, ainsi que les stages à l'étranger en immersion de longue durée seront encouragés.

Hors contexte opérationnel, la prise en charge des stagiaires étrangers sera améliorée : chaque stagiaire bénéficiera d'un accompagnement personnalisé par un tuteur et un responsable pédagogique.

L'accueil de stagiaires étrangers pour des formations de longue durée, de type diplôme d'études spécialisées, sera conforme aux objectifs de la politique internationale du

⁵⁹ Cf. annexe 14 : « Le transfert de l'Ecole du personnel paramédical des armées vers le site de Lyon Bron ».

Service. Ces futurs praticiens seront les futurs interlocuteurs privilégiés du Service au sein des coalitions déployées.

Le SSA français sera consulté pour les candidatures au concours de l'agrégation. Ainsi, tout candidat soumettra son dossier de « titres et travaux » à l'avis de la commission d'évaluation des candidatures à l'agrégation.

Faire participer les autres ministères à l'ingénierie de formation

La mutualisation des formations assurées par des partenaires d'autres ministères (intérieur, santé, enseignement supérieur et recherche) sera encouragée, à l'instar de la future reconnaissance par l'EVDG des filières de formation des professionnels de la BSPP.

Des passerelles entre le monde soignant et les partenaires de la recherche seront envisagées.

Améliorer en permanence l'efficacité du dispositif pédagogique du SSA

La mise en cohérence du dispositif pédagogique passera par l'affirmation du directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce comme responsable de cette mission. Le conseil de gestion de la formation sera activé sans délai.

La rationalisation du dispositif des concours internes du SSA sera finalisée en 2014, dans le sens d'une simplification des concours et des compositions des jurys.

L'inscription de l'ESA dans la procédure de certification ISO 9001-2008 est indispensable. Elle permettra la simplification de son organisation, à l'instar de l'EPPA et bientôt de l'EVDG.

La formation dans le SSA se concentre sur sa raison d'être : le soutien santé des forces en opérations. Elle vise l'excellence dans les domaines de la préparation opérationnelle santé et des formations « milieux ». La validation des compétences requises pour la projection est un principe fort de la politique future de la préparation opérationnelle des professionnels du SSA.

Les responsables de la composante doivent mutualiser avec d'autres ministères (MINSAN, MESR, MININT) l'ensemble des actions de formation susceptibles d'être partagées, en recourant aux méthodes modernes d'enseignement, à savoir l'enseignement à distance et la simulation en santé, tout en respectant les obligations de DPC qui incombent à chaque professionnel de santé.

La maîtrise de l'anglais médical et opérationnel est une priorité, tout comme l'acquisition et le maintien des connaissances nécessaires à l'interopérabilité.

L'efficacité globale du dispositif pédagogique du SSA nécessite la concentration de ses moyens, la mise en œuvre de mesures de simplification, l'inscription dans une démarche qualité, et ce dans une dynamique permanente d'évaluation.

3. Les fonctions supports

3.1. La fonction ressources humaines

3.1.1. La situation aujourd'hui

Les effectifs du SSA

En 2013, les effectifs du SSA sont de 16 555 femmes et hommes, relevant de différents corps et statuts, militaires et civils. Le Service exerce à leur égard 3 types de responsabilités : employeur, payeur par l'intermédiaire de son budget opérationnel de programme (BOP) et pourvoyeur pour les militaires relevant statutairement du SSA.

Le personnel servant au sein du SSA est constitué :

- pour 50% de personnel militaire géré par le Service : praticiens des armées, officiers du corps technique et administratif du SSA (OCTASSA), militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA), volontaires du SSA ;
- pour l'autre moitié de personnel ne relevant pas statutairement du SSA, mis à disposition dans le cadre de contrats d'objectifs annuels, et représenté par :
 - le personnel civil (fonctionnaires, contractuels et ouvriers d'État) du ministère de la défense, représentant 30% de ses effectifs ;
 - le personnel militaire relevant statutairement d'une autre armée, service ou direction représentant 20% de ses effectifs.

Le personnel se caractérise par ailleurs par :

- une féminisation importante et croissante : aujourd'hui, 59% de l'ensemble des effectifs du SSA, 30% des médecins, 57% des internes, 51% des élèves officiers et aspirants et 66% des MITHA sont des femmes⁶⁰ ;
- un faible taux de militaires contractuels : 1/3 du personnel militaire toutes catégories confondues, 8% des praticiens, 35% des MITHA non officiers ;
- une pyramide des grades influencée par la très haute technicité des métiers exercés au sein du SSA (42% de praticiens « en chef »).

L'organisation actuelle de la fonction RH

L'organisation de la fonction RH actuelle du Service découle des travaux conduits depuis 2008 : réorganisation de la chaîne RH aux niveaux central, déconcentré et local ; refonte des processus d'administration et de gestion ; intégration des chaînes RH et solde ; déploiement d'un SIRH modernisé ; raccordement au calculateur interarmées de la solde LOUVOIS⁶¹.

Une nouvelle phase de transformation de la chaîne a débuté à l'été 2013 avec la montée en puissance du centre d'expertise des RH - solde (CERH-S) du SSA au sein du bureau central d'administration du personnel militaire du service de santé des armées (BCAPMSSA) de Toulon.

⁶⁰ Au sein du ministère de la Défense, les femmes représentent 15% des effectifs militaires et 13% des recrutements externes.

⁶¹ Logiciel unique à vocation interarmées de la solde.

3.1.2. Les facteurs du changement

Le projet de service s'inscrit dans un contexte ministériel et interministériel dont les équilibres financier, organisationnel, social et humain évoluent. Deux grands domaines de changement sont ainsi déterminants pour l'élaboration du futur modèle RH du SSA.

Des changements internes au ministère de la défense

Le SSA doit aujourd'hui adapter son modèle RH aux évolutions du ministère inscrites dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013 et dans la future loi de programmation militaire qui imposent une déflation des effectifs.

L'autorité de la DRH-MD sur la politique RH a été renforcée sur décision ministérielle en juin 2013.

La maîtrise réaffirmée de la masse salariale doit conduire à l'élaboration d'un nouveau modèle d'emploi de la ressource humaine marqué par un recentrage du personnel militaire sur les fonctions opérationnelles et une civilianisation des fonctions support. Dans ce cadre, un dépyramidage soutenable des grades sera recherché.

L'impératif de jeunesse de la ressource opérationnelle nécessite le maintien d'une dynamique de flux.

Des changements externes relevant du monde de la santé

Les évolutions RH rencontrées dans le service public de santé s'appliquent également au SSA. Il s'agit principalement de l'émergence de certains métiers liés à la coordination des soins, la promotion de la santé, l'organisation des établissements, les nouvelles technologies de l'information, les nouvelles techniques de soins, la recherche. La création du concept de service public territorial de santé, dans lequel le SSA souhaite être impliqué, imposera de nouvelles modalités de gestion. Enfin, le transfert de compétences des médecins vers les paramédicaux modifiera les équilibres entre les métiers.

3.1.3. Les axes d'intervention

C'est un nouveau modèle RH prenant en compte ces changements qui doit accompagner la mise en œuvre du nouveau projet de service, dans le respect des administrés, avec une priorité forte donnée à la maîtrise de la masse salariale.

Accompagner les administrés

La mise en œuvre du nouveau modèle RH est fondée sur le respect des administrés militaires et civils, des engagements qui les lient au Service depuis leur recrutement jusqu'à leur départ de l'Institution ainsi que sur l'adoption d'une trajectoire acceptable dans le temps. Ainsi, un accompagnement personnalisé, prenant en compte la diversité des compétences, des parcours professionnels et les aspirations de chacun est conduit par les autorités en charge de la manœuvre.

Accompagner les déflations

Pour réussir la transformation du SSA, il est impératif de préparer et de conduire une manœuvre RH de grande ampleur qui s'appuiera sur la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement et d'outils adéquats de gestion. Elle permettra de privilégier une logique de métiers à une logique statutaire, et de modéliser un ratio civils/militaires à 10-15 ans. Il s'agira d'identifier les marges de manœuvre RH et d'élaborer les contrats

d'objectifs avec les autres pourvoyeurs de ressources humaines dans une perspective pluriannuelle.

Les objectifs de déflations, de dépyramidage et de maîtrise de la masse salariale fixés au Service par le projet de LPM conduisent à mettre en place un dispositif d'accompagnement adapté avec des mesures d'aide au départ.

A ce titre, s'agissant du personnel militaire, des mesures d'aide à la mobilité et à la reconversion seront négociées. L'intégration de professionnels de santé militaires dans le SPS en deuxième partie de carrière pour maintenir une pyramide des âges en rapport avec les exigences opérationnelles sera étudiée.

Concernant le personnel civil, les dispositifs s'inscriront dans le cadre des mesures ministérielles d'accompagnement des restructurations.

Rénover la concertation et poursuivre le dialogue social

La politique ministérielle de rénovation des instances de concertation sera appliquée au sein du Service. Le dialogue à tous les échelons de la hiérarchie sera renforcé : il s'appuiera, pour le personnel militaire, sur les présidents de catégorie et les représentants du CFMSSA qui bénéficient d'une formation adaptée.

Afin d'améliorer la fluidité de la communication entre les différents échelons de direction du Service et les administrés, un représentant par catégorie de personnel militaire sera nommé auprès du directeur central et des « relais concertation » seront institués dans les établissements du Service.

L'adaptation de l'architecture de la concertation se poursuivra en adéquation avec les évolutions ministérielles.

Pour le personnel civil, un dialogue social de qualité se poursuivra dans chaque établissement, en tenant compte des spécificités et de l'évolution de l'organisation du SSA et en conservant un comité technique de réseau propre.

Améliorer la condition du personnel

Le SSA s'inscrira dans la démarche ministérielle d'amélioration de la condition du personnel, prenant en compte les besoins spécifiques du Service et les problématiques des professionnels de santé, notamment induits par la féminisation du personnel.

Afin d'optimiser la prise en charge des thématiques relatives à la condition du personnel et d'améliorer la circulation de l'information, un « comité de la condition du personnel » est créé au sein de la direction centrale du SSA.

Concevoir autrement la mobilité fonctionnelle et géographique

La gestion de la mobilité répondra strictement à des principes de parcours professionnels et d'acquisition des compétences, en adéquation avec les besoins optimaux de fonctionnement des structures. La visibilité des administrés sur leur mobilité sera renforcée par un dialogue étroit avec les gestionnaires des ressources humaines militaires, en concertation avec l'employeur.

Inscrire la transformation RH dans une démarche qualité

La réorganisation de la chaîne RH se traduit par une administration RH plus adaptée qui permettra d'offrir un service efficace et réactif aux administrés.

La réorganisation de la chaîne RH du Service s'inscrit dans la nouvelle gouvernance RH ministérielle dont l'objectif est le renforcement du pilotage des effectifs et de la masse salariale, et surtout l'amélioration de la qualité du service rendu à l'administré.

Elle est effectuée en conformité avec l'évolution des responsabilités fonctionnelles et du dispositif adopté entre la DRH-MD, régulateur ministériel, et la fonction RH du Service, régulateur et opérateur placé sous l'autorité du directeur central.

La chaîne RH du Service doit répondre aux évolutions en cours au niveau ministériel, notamment pour la chaîne RH civile avec la prise en compte de la déconcentration portée par les centres ministériels de gestion (CMG) et de la nécessaire adaptation du réseau des autorités locales d'emploi (ALE) du SSA.

Ces travaux se poursuivront, d'ici 2016, par des démarches d'interarmisation des ressources humaines et d'intégration des processus RH et solde/paye aux niveaux ministériel et interministériel, tout en faisant valoir les spécificités inhérentes à la fonction santé. Le SSA est acteur de la conception du SIRH unique ministériel SOURCE.

Réaffirmer la transversalité des métiers et des compétences

Au regard de ses besoins capacitaires, le SSA entend réaffirmer une logique transversale de métiers et de compétences, au-delà de la logique statutaire (militaires / civils, carrière/contrat, active / réserve) dans le cadre de la gestion prévisionnelle de ses ressources humaines (GPRH). L'enjeu majeur réside dans la capacité à réaliser une déflation ciblée des effectifs préservant les compétences indispensables à la réalisation du contrat opérationnel.

Concentrer les compétences

Afin de réaliser sa mission princeps de soutien santé opérationnel, le Service engage un rééquilibrage important de la répartition des ressources humaines entre les composantes de médecine des forces et de médecine hospitalière.

La concentration doit plus porter sur les spécialités essentielles, hospitalières ou non. Elle garantira la disponibilité et la collégialité des équipes, facteurs d'émulation et de meilleure réponse au contrat opérationnel.

S'ouvrir au service public de santé

L'ouverture à la santé publique impose la description de nouveaux parcours professionnels.

La loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels (LMPP) dans la fonction publique permet le renforcement des passerelles entre les fonctions publiques. Dans ce cadre, les évolutions statutaires de la fonction publique hospitalière doivent pouvoir être transposées systématiquement et dans des délais courts, à la fonction publique d'État et aux différents corps de MITHA concernés, afin d'accompagner les mobilités entre le ministère de la défense et le service public de santé.

En fonction du statut juridique des établissements civils concernés, les aspects statutaires et financiers relatifs au détachement du personnel du SSA dans ces établissements seront étudiés au cas par cas.

Une attention sera portée au maintien d'une militarité et d'un lien fort au Service, pour le personnel du SSA inséré dans les équipes.

Valoriser le rôle du personnel paramédical militaire et civil au sein du Service

Les parcours professionnels des MITHA⁶² doivent privilégier l'accès aux spécialités indispensables au maintien de la capacité opérationnelle du Service, tant sur le territoire national qu'en OPEX.

Les parcours managériaux seront complétés, en conduisant à des fonctions d'encadrement au sein des cinq composantes, et aux plus hauts niveaux de qualification du Service.

De nouvelles responsabilités seront confiées au personnel paramédical, prenant en compte les évolutions des pratiques professionnelles du service public de santé relatives aux délégations d'activité de soins, au transfert de certaines compétences et à l'émergence de nouveaux métiers.

Concernant les personnels paramédicaux civils, la définition de parcours professionnels qualifiants, valorisés par la mise en place du DPC, est en cours, en relation avec la DRH-MD.

Adapter les parcours du personnel administratif, technique et logistique

S'agissant des officiers du corps technique et administratif qui intégreront le corps des commissaires des armées avant le 1^{er} janvier 2016, une convention de service est passée avec le service du commissariat des armées afin de réaffirmer la nécessaire démarche de professionnalisation et de spécialisation exigée pour tenir des postes de la fonction santé. Ce domaine d'exercice sera considéré comme une spécialité d'excellence au sein des parcours du SCA.

Les sous-officiers, officiers mariniers et militaires du rang en contrats d'objectifs avec le service de santé des armées (en particulier les sous-officiers de l'armée de terre du domaine santé (SAN/ASA), les engagés volontaires de l'armée de terre et les militaires techniciens de l'air) ainsi que les volontaires du SSA font l'objet d'une réflexion, menée en concertation avec les DRH d'armée, sur la définition de leurs conditions d'emploi au sein du Service, et les éventuelles possibilités d'intégration dans un des corps du statut des MITHA. Concernant les SAN/ASA, la reconnaissance des diplômes institutionnels par une inscription au répertoire national de la certification professionnelle (RNCP) sera étudiée en vue de faciliter la reconversion. Un effort particulier et personnalisé sera mené en termes de formation et de reconversion des militaires du rang et volontaires du SSA.

S'agissant du personnel civil relevant de ce domaine, le dialogue est poursuivi avec la DRH-MD afin de définir une politique de valorisation des emplois et de formalisation de parcours professionnels dynamiques.

Construire des parcours professionnels innovants

La description des parcours professionnels a pour objectifs de garantir l'acquisition et le maintien des compétences nécessaires dans le cadre du contrat opérationnel du Service et d'offrir des perspectives lisibles en termes de carrière au personnel militaire et civil œuvrant au sein du SSA.

⁶² Cf. annexe 17 : « Les parcours professionnels des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées ».

Le parcours pourra se faire au sein de l'institution militaire ou dans un cadre civilo-militaire.

Repenser les parcours professionnels

Les parcours professionnels seront progressifs et qualifiants à la fois dans les domaines techniques et managériaux. Ils garantiront des niveaux de responsabilité croissants permettant d'accéder à des fonctions d'encadrement et de management. Des passerelles seront développées entre les cursus professionnels. La perméabilité entre le domaine de la médecine des forces et de la médecine hospitalière, voire du service public de santé, nécessitera des formations d'adaptation à l'emploi. Le service veillera à la reconnaissance des qualifications acquises tout au long des parcours professionnels dans les domaines d'exercice considérés.

Des experts identifiés dans les établissements du Service en raison de leurs compétences dans des domaines techniques et/ou managériaux, verront leurs parcours valorisés par la délégation de la conduite de projets de portée nationale.

La mise en place d'une démarche de détection et de sélection de hauts et de très hauts potentiels permettra l'identification d'un vivier de personnel, auquel seront proposés des parcours managériaux et techniques spécifiques.

Conduire le recrutement dans une logique de métiers et non de statut

Les leviers RH adaptés sont mis en œuvre pour respecter l'impératif de jeunesse de la population militaire et la logique de flux fixée par le LBDSN, tout en préservant le recrutement *ab initio* des praticiens afin de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs du Service. Ce mode de recrutement est un fondement de la cohésion du SSA.

Le dialogue étroit avec la DRH-MD permettra une civilianisation adaptée aux spécificités du service, concentrant les professionnels de santé militaires sur le volet opérationnel, quel que soit le métier concerné y compris les praticiens.

La transposition des protocoles et mesures catégorielles applicables aux paramédicaux de la fonction publique hospitalière sera accélérée afin de ne pas engendrer de disparité dans les rémunérations, préjudiciables à l'attractivité des emplois au sein du Service et entravant ainsi la fluidité du recrutement.

Enfin, le recrutement de personnel sous contrat à durée déterminée, d'officiers commissionnés devra être maintenu afin de répondre à des besoins liés notamment aux départs du personnel militaire en opérations.

Actualiser la politique d'emploi et valoriser la réserve

La réserve opérationnelle joue actuellement un rôle indispensable en renforçant les personnels d'active. Elle apporte, si besoin, des compétences qui ne sont pas détenues par le Service et maintient le lien armées-nation.

Un des axes majeurs du projet de service est de renforcer les missions de la réserve en tant qu'acteur et animateur de réseaux, tant au sein du SSA qu'au profit des établissements de soins de proximité ou de semi proximité. Ces actions seront coordonnées par un réseau de réservistes coordonnateurs.

Les réservistes se verront attribuer des postes à responsabilités au sein desquels ils feront bénéficier le SSA de leurs compétences, de leurs réseaux et de leur capacité à diffuser l'information.

La responsabilité pleine et entière de certains secteurs d'activité utiles au service pourra être confiée à la réserve⁶³.

La réserve citoyenne vient renforcer les actions de la réserve opérationnelle dans l'activation et l'animation de réseaux nécessaires au Service. A ce titre, le recrutement de réservistes citoyens sera intensifié afin de créer des réseaux d'experts pouvant soutenir et accompagner le SSA dans la mise en œuvre de son projet.

Par ailleurs, cette réserve a pour mission de développer l'esprit de défense au sein du monde de la santé et de la société civile, et plus particulièrement des réseaux de soins, en participant activement à la valorisation de l'image du Service. Les associations de réservistes, dont certaines comptent plus d'un siècle d'existence, jouent un rôle essentiel dans ce domaine.

⁶³ Cf. annexe 5 : « La réserve dans le Service de santé des armées ».

3.2. Les systèmes d'information et de communication

La modernisation des systèmes d'information et de communication (SIC) du SSA est un levier majeur conditionnant la transformation du Service, dans l'ensemble de ses composantes fonctionnelles.

3.2.1. La situation aujourd'hui

Dans le cadre de la démarche ministérielle d'urbanisation⁶⁴ des systèmes d'information, les SIC utilisés par le SSA relèvent de différentes zones fonctionnelles⁶⁵. Les systèmes « métiers », qui correspondent aux fonctions « cœur de métier » (processus de gestion hospitalière, traçabilité des produits de santé ou processus de qualité et de sécurité des soins par exemple) relèvent de la zone fonctionnelle (ZF) « Santé », dont la définition est placée sous la responsabilité du directeur central du Service. Les composants logiciels, leurs périmètres fonctionnels et leurs évolutions attendues sont, depuis 2013, décrits dans un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI).

Les grands systèmes d'information mutualisés, ministériels ou interministériels (CHORUS pour la fonction finances ou SIRH pour la fonction RH) portent les fonctions transverses, non « cœur de métier ».

La transformation d'ensemble de la fonction SIC du ministère de la défense a été initiée en 2008 et se poursuit activement. Elle s'appuie sur une nouvelle gouvernance politique et fonctionnelle des SIC du ministère et sur quatre axes de réforme :

- le renforcement de la gouvernance stratégique et la consolidation d'une vision globale de tous les systèmes du ministère, relevant de la Direction Générale des Systèmes d'Information et de Communication (DGSIC) ;
- la recherche d'une cohérence d'ensemble entre les SIC des différentes armées, directions et services s'appuyant sur une démarche d'urbanisation ;
- un objectif de réduction de 20 à 30% des coûts de la fonction informatique à l'horizon 2015, reposant sur la rationalisation du parc applicatif et une réduction du nombre de serveurs du ministère ;
- le positionnement « de bout en bout » (sauf pour les HIA) de la Direction Interarmées des Réseaux, des Infrastructures et des Systèmes d'Information (DIRISI) comme opérateur de services.

Les aspects techniques relatifs à l'infrastructure matérielle et aux réseaux supports (sécurité, hébergement, exploitation) se conforment au Socle Technique Commun Interarmées (STCIA) qui constitue le cadre d'interopérabilité des SIC ministériels. La mise en œuvre de ces évolutions nécessite la prise en compte des obligations liées à la sécurité des systèmes d'information (SSI) et à la cyberdéfense.

3.2.2. Les facteurs du changement

Des systèmes métiers imparfaits, sources de blocages et de dysfonctionnements

Obéissant à des stratégies d'acquisition différentes (achat de composants logiciels « sur étagère » pour le domaine hospitalier, réalisation de développements spécifiques pour le domaine de la médecine des forces), les SI métiers des deux grands

⁶⁴ L'urbanisation vise à décomposer le système informatique en composants autonomes interopérables par le biais de standards, en vue de le rendre plus réactif aux évolutions des besoins métier.

⁶⁵ Cf. annexe 16 : « Les caractéristiques et les vulnérabilités des systèmes d'information et de communication ».

producteurs de soins connaissent, dans leur mise en œuvre pratique, de nombreuses difficultés.

Dans le domaine hospitalier, le défi posé est celui de l'intégration de plus d'une vingtaine de composants logiciels qui, pour rester cohérents, doivent échanger ou partager les informations relatives au patient. Or le système d'information hospitalier du SSA, dont lesdits composants sont paramétrés localement, ne permet en pratique, ni partages de données entre HIA, ni (ou de façon limitée) échanges de données avec les autres acteurs de santé du territoire.

Dans le domaine de la médecine des forces, le déploiement d'un système d'information des services médicaux d'unités depuis 2011 (LUMM) se heurte aujourd'hui à des dysfonctionnements très sérieux, ce qui génère un manque d'adhésion et fragilise le Service au moment même où celui-ci lance un projet de service qui l'engage pour la décennie à venir et dans lequel les SIC seront essentiels.

Les échanges et le partage d'information souhaités dans le cadre du parcours de soins entre HIA et CMA, sont quasi-inexistants et il en est de même vis-à-vis des interlocuteurs extérieurs, alors qu'ils deviennent incontournables au sein des régions et territoires de santé.

Des investissements informatiques obérés par les coûts de maintenance

A l'exception d'un unique programme, lancé par l'EMA et la DGA (ISSAN), tous les projets SIC métiers sont financés sur le BOP 178-64C. Le simple maintien en condition opérationnelle des systèmes et produits existants consomme environ 70 % du budget annuel de la fonction SIC (estimé à 17,5 M€ par an en moyenne sur les trois dernières années) et nécessite le renouvellement ou la passation de nombreux marchés qui conditionnent entièrement le plan de charges et la réalisation des autorisations d'engagement annuelles. Selon les systèmes, 15 à 20% des coûts initiaux de construction doivent être reconduits les années suivantes pour leur maintenance.

Comme pour les infrastructures, les projets à conduire dans le domaine des SIC sont pluriannuels et les décisions prises engagent le Service au-delà de l'année budgétaire. Au cours des trois dernières années, deux grands projets, l'un dans le domaine hospitalier, l'autre dans le domaine du ravitaillement sanitaire, ont mobilisé la quasi-totalité des ressources disponibles en investissement, générant un retard préjudiciable.

Une modernisation des Systèmes d'Information de Santé (SIS)

Au ministère chargé des affaires sociales et de la santé, la dimension « Systèmes d'Information » dans l'organisation et le fonctionnement des territoires et des établissements de santé a pris depuis quelques années une importance stratégique. Initialement centrés sur les processus administratifs, ces systèmes contribuent désormais à la qualité et à la sécurité des soins et couvrent la quasi-totalité des processus métiers mis en œuvre à différents niveaux :

- professionnel (processus de soins, planification, plateaux techniques) ;
- organisation (parcours et réseaux de soins, diffusion et partage d'informations entre établissements de santé) ;
- gouvernance (pilotage médico-économique et financier).

L'évolution de l'environnement est notamment caractérisée par des projets nationaux, gouvernés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et diffusés par des groupements de coopération sanitaire (GCS) e-santé ou télésanté.

Deux projets de portée nationale⁶⁶ se déclinent ainsi au niveau des régions :

- le dossier médical personnel partagé (DMP partagé), dossier informatisé et sécurisé, accessible sur Internet qui permet aux professionnels de santé de partager partout et à tout moment les informations de santé utiles à la coordination des soins d'un patient ;
- le programme Hôpital Numérique (HN), lancé en 2012, qui définit un plan de développement et de modernisation des systèmes visant à améliorer la qualité de l'offre de soins, maîtriser les dépenses de santé, simplifier les pratiques métiers.

Les HIA et les CMA ne peuvent rester en dehors de ces programmes dont les indicateurs, qualitatifs ou quantitatifs, obéissant à une méthodologie de mesure parfaitement définie, entrent désormais dans le champ de la certification des établissements de santé.

Des évolutions technologiques majeures

Des évolutions technologiques actuelles, émergentes ou à venir imposent un changement :

- la télémédecine⁶⁷ (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance) ;
- les technologies de virtualisation, qui offrent désormais des opportunités de mutualisation de plateformes techniques et permettent de s'engager progressivement vers le modèle du « *Cloud Computing* ». Celui-ci autorise l'accès à des ressources informatiques distantes, réparties et modulables en fonction du besoin, améliore la disponibilité des données, sécurise les activités, accroît les possibilités de coopération et permet de mutualiser les ressources ;
- le « *Big Data* » qui permet le stockage et le traitement de grandes masses de données dans le but de faciliter les grandes études épidémiologiques et les moyens d'éducation pour la santé.

3.2.3. Les axes d'intervention

Le projet de transformation SIC doit répondre au double enjeu d'ouverture et de recentrage avec un objectif d'amélioration du service rendu et de réduction des coûts de possession des SI métiers du SSA. Ces derniers doivent être un levier de performance pour les métiers en garantissant une capacité de pilotage au niveau national et en apportant une flexibilité au niveau régional selon les opportunités offertes.

S'inscrire dans un double environnement SIC Défense et SIC Santé

Répondre aux exigences de l'environnement défense

La démarche d'urbanisation des SIC du SSA doit être poursuivie avec l'ensemble des acteurs ministériels concernés (DGSIC, SGA, EMA et DIRISI), à partir du schéma directeur des SIC de la ZF Santé, outil fort d'arbitrages de priorités et d'affectations de ressources.

Répondre aux exigences de l'environnement santé et s'ouvrir aux SIS

Une veille permanente auprès des instances de gouvernance régionale des SIS sera assurée, afin d'accompagner les établissements du Service dans la mise en œuvre de

⁶⁶ Cf. annexe 17 : « Les projets hôpital numérique (HN) et dossier médical personnel partagé (DMP partagé) ».

⁶⁷ Cf. annexe 18 : « Les enjeux et l'impact de la télémédecine sur l'évolution du Service de santé des armées ».

projets nationaux ou locaux issus, d'une part, des schémas directeurs régionaux des SI de santé et, d'autre part, des partenariats développés dans les territoires.

Concilier les deux environnements

Pour garantir l'efficacité des SIC métiers, répondre aux volontés d'ouverture et de partage, respecter les obligations de confidentialité et de sécurité et créer les conditions de l'interopérabilité avec les SIS, il sera nécessaire d'adapter certaines règles générales relatives aux SIC Défense en conservant notamment, en début de projet tout au moins, une « zone de confiance » particulière pour le SSA. Les mutualisations seront encouragées et l'efficacité améliorée grâce à une rationalisation effective intégrant par exemple la logique de plateforme hospitalière.

Positionner les SI en contributeurs de la performance des métiers et répondre aux besoins des utilisateurs

Les besoins opérationnels

Il s'agit d'adapter davantage le soutien santé aux nouvelles conditions d'emploi des forces (médicalisation de l'avant, surveillance épidémiologique, analyse des risques) ; de favoriser la continuité de la prise en charge, tant avec les services de santé des autres pays⁶⁸ qu'avec l'offre nationale de soins et de faciliter le pilotage de l'activité dans sa globalité.

Le programme d'armement de l'info structure santé (ISSAN) a pour objectif d'optimiser le soutien médical des forces projetées en opérations extérieures (OPEX), et de faciliter la transposition des bonnes pratiques médicales sur les théâtres d'opération. Ainsi, ISSAN permettra d'améliorer la prise en charge médicale, notamment des urgences et en particulier celles des personnels isolés ou à la mer, en vue de garantir une qualité des soins comparable à celle dispensée en métropole.

Le projet ISSAN s'articule autour de trois thématiques :

- épidémiologie en temps réel (logiciel ASTER) ;
- système d'information et de régulation médicale (SIRMED), permettant d'améliorer la régulation des blessés (notamment en cas d'afflux massif) grâce à une transmission précoce de l'information médicale du blessé, et la qualité du service rendu au patient grâce à un système d'assistance médicale à distance ;
- centre de télémédecine (CTM) du SSA, mettant en relation les HIA et les UMO pour les demandes de télé expertise (diagnostic, imagerie, traitement, assistance chirurgicale...).

Dans cet esprit, ISSAN pourrait être déployé lors d'une crise civilo-militaire (attentat, catastrophe naturelle) pour la prise en charge de victimes sur le territoire national, facilitant les échanges des données avec le réseau de la protection civile.

Les besoins des CMA et CMIA

Les fortes incertitudes pesant sur l'adéquation actuelle du logiciel unique médico-militaire (LUMM) aux besoins, et sa capacité à évoluer pour répondre aux transformations nécessaires seront levées au plus vite. Un audit technique, fonctionnel et managérial, conduit avec l'expertise technique de la DIRISI fin 2013, permettra de corriger les défauts du LUMM ou de s'orienter vers un nouveau système d'information.

⁶⁸ ISSAN est prévu pour être interopérable avec le système d'information de l'OTAN : MEDICS (*medical information and coordination system*).

Les utilisateurs seront avisés du choix retenu et de l'agenda de mise en place de ce nouvel outil début 2014.

Les besoins des HIA

Dans le cadre de l'interopérabilité avec l'environnement des SIS, il s'agira également, dès 2013, de définir une stratégie d'évolution du système d'information hospitalier et d'établir, pour chacun des HIA, au regard du guide du programme Hôpital numérique, une mesure détaillée des indicateurs afin de réaliser un diagnostic d'écart visant à définir une trajectoire d'alignement et à fixer les niveaux potentiels de mutualisation des applications et des infrastructures.

Adapter la gouvernance et l'organisation de la fonction SIC métier du SSA

Une organisation unifiée déclinée au sein des établissements du Service sera mise en place pour améliorer la qualité de service rendu, en renforçant les capacités de pilotage et les interactions entre les différentes chaînes (fonctionnelle métier, SIC du SSA et SIC ministérielle).

A cette fin, le SSA doit conserver une fonction SIC métier (conception et mise en œuvre des systèmes) mais sa gouvernance et son organisation évolueront selon les orientations suivantes :

- organiser une véritable chaîne métier unifiée et responsable du fonctionnement des SIC métiers en conservant à un niveau suffisant les effectifs et les compétences internes et en se dotant d'un outil de mesure de la performance des SIC ;
- développer un partenariat plus poussé avec la DIRISI, notamment dans le domaine du soutien des CMA.

3.3. La fonction achats-finances

3.3.1. La situation aujourd'hui

La fonction achat est une fonction soutien majeure du SSA tant par son périmètre (2100 marchés en cours, 21 000 références, 200 millions d'euros) que par son impact sur le bon fonctionnement du Service, puisqu'elle conditionne:

- l'autonomie et la réactivité indispensables du SSA dans le cadre de ses politiques d'investissements et stratégies d'acquisitions ;
- la capacité opérationnelle du SSA par la cohérence et la qualité des achats réalisés dans le cadre du contrat opérationnel ;
- l'efficacité de sa politique de maîtrise des charges de fonctionnement ;
- l'accès aux innovations proposées par les fournisseurs (notion d'achats innovants, de veille technologique sur les marchés fournisseurs).

La fonction achat du Service a fait l'objet, depuis 2011, d'une réforme de fond présidée par la volonté de réduire le nombre d'acheteurs et de pouvoirs adjudicateurs, et de recentrer strictement sur le « cœur de métier ». Ainsi, concernant les « achats spécifiques santé », cette réforme s'est traduite par la création d'une centrale d'achat santé unique (la DAPSA), désormais seul pouvoir adjudicateur du SSA réunissant la majeure partie de ses effectifs d'acheteurs⁶⁹. Ceux-ci, en relation permanente avec leurs correspondants au sein des établissements, élaborent des stratégies d'achats de portée nationale dans le cadre d'un processus d'achat rénové. La réforme s'inscrit dans la politique d'achat ministérielle, dont elle reprend les grands axes (performance économique, soutien aux PME, développement durable), l'organisation (spécialisation des pouvoirs adjudicateurs du ministère par domaines de compétence) et les outils (SI, méthodologies, formations, indicateurs). Les achats dits « non cœur de métier » relèvent désormais de la responsabilité d'autres entités d'achats, ministérielles ou interministérielles (notamment le SCA, le SID, la DIRISI et le SAE).

Cette réforme a d'ores et déjà permis au SSA d'améliorer et de simplifier son processus achat par l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies d'achats plus efficaces reposant notamment sur la massification et la mutualisation des besoins (8% de gains achats réalisés en moyenne annuelle sur 2011/2012) ainsi qu'une meilleure maîtrise des aspects juridiques de l'achat et une meilleure capacité d'analyse des marchés fournisseurs. Outre la rationalisation des structures d'achat⁷⁰, la création d'une centrale d'achat disposant d'une taille critique a également permis au Service de s'inscrire plus efficacement dans des coopérations avec d'autres centrales (le RESAH IDF, la NSPA, l'EFS ou l'UGAP).

Une véritable plate-forme achats-finances, conforme au modèle cadre d'organisation et de management du service du commissariat des armées (SCA) a été créée, avec des pôles achats et finances organisés selon un modèle transversal s'appuyant sur une segmentation en miroir par grandes familles « achats métier » (produits de santé, équipements biomédicaux, services et maintenances) et des agents d'exécution de la dépense portant la responsabilité des engagements juridiques de bout en bout.

⁶⁹ La concentration des acheteurs du SSA à la DAPSA a permis de réduire de 17% les ETP achats du Service en 2011.

⁷⁰ La création de la centrale d'achat de la DAPSA s'est traduite par la suppression de 23 pouvoirs adjudicateurs.

3.3.2. Les facteurs du changement

Déterminant décisif de la politique de maîtrise des charges de fonctionnement, la fonction achat SSA souffre, à ce jour, de 2 faiblesses principales.

La professionnalisation incomplète se traduit par des difficultés pour le Service à activer les leviers d'achat les plus complexes, qui sont souvent aussi les plus efficaces. Elle s'explique en grande partie par une « culture achat » insuffisante des différents acteurs de la fonction (prescripteurs, acheteurs, bénéficiaires) ainsi que par les difficultés à construire un réseau achat dynamique entre les établissements et la centrale d'achat. Cette professionnalisation de l'achat SSA est indispensable car les contraintes en ressources humaines vont continuer à peser sur les effectifs de la fonction (moins de 90 personnels aujourd'hui au sein du Service) et la baisse du nombre d'agents devra être compensée par une amélioration de leur qualification.

La performance économique de la politique d'achat est perfectible du fait d'un nombre trop faible de stratégies d'achat formalisées et optimisées, à l'origine de surcoûts et d'une qualité du service rendu aux bénéficiaires insuffisante. Le Service n'est pas aujourd'hui en capacité de garantir la pertinence économique de chacun des investissements ou acquisitions réalisés : acheter ce qui est strictement nécessaire (« le juste besoin ») au meilleur prix du marché (« la juste dépense ») dans des délais acceptables. En outre, son ouverture encore relative vers des partenaires extérieurs l'empêche de saisir toutes les opportunités « achat » que ceux-ci peuvent offrir.

Ces deux facteurs de changement s'inscrivent, de plus, dans un environnement « achat » qui continue à évoluer et à se transformer (poursuite des réformes achat de l'État et de la santé publique, évolution du SSA, modernisation des SI).

3.3.3. Les axes d'intervention

L'objectif est de disposer d'une centrale d'achat et de réseaux dont le niveau de professionnalisation corresponde aux meilleurs standards du ministère, reconnus comme des acteurs légitimes et performants économiquement dans le monde des achats de la santé publique.

Conformément aux orientations stratégiques du projet de service, afin de corriger les points de faiblesses identifiés et d'améliorer la performance économique, les axes de modernisation se déclinent en deux volets principaux : la poursuite de la professionnalisation de la fonction achat et une ouverture accrue vers d'autres partenaires.

Professionnaliser la filière achat

Inscrire la dimension achat dans les parcours des professionnels de santé est un impératif : l'enjeu dans les années à venir est d'activer des leviers d'achat complexes que sont la standardisation des besoins, la qualité de leur expression et l'optimisation des consommations.

La professionnalisation passe par une politique de formation « achat spécifique santé » à destination des acheteurs et des prescripteurs afin de pouvoir bénéficier, au sein de la DAPSA, d'experts sur les segments d'achats du Service mais aussi de prescripteurs mieux formés à la problématique achat au sein des établissements. Pour les pharmaciens, des parcours professionnels seront mis en place, visant à les placer au cours de leur carrière dans des positions alternant l'achat et la prescription, afin d'améliorer les relations entre ces deux fonctions.

Cette professionnalisation, en améliorant le dialogue entre la DAPSA et les établissements permettra la montée en puissance d'un réseau achat dynamique au sein du Service.

Le développement de l'usage de la carte achat optimisera l'exécution de la dépense en diminuant considérablement le nombre d'actes et de factures à traiter.

Poursuivre l'ouverture vers d'autres partenaires

Que ce soit au sein de l'État (intra ou interministériel) ou au niveau international (NSPA), le SSA doit optimiser les partenariats qu'il développe avec d'autres centrales d'achats. Le recours à des marchés passés par d'autres entités, source de gains substantiels, se poursuivra. De la même façon, le Service aura à décider l'intégration des besoins exprimés par des acteurs extérieurs qui lui permettront d'optimiser ses propres marchés (massification et expertise accrue), et d'en diminuer le coût moyen de traitement.

En particulier, les partenariats développés avec des centrales de la santé publique seront poursuivis et optimisés. En effet, tout en conservant son autonomie d'approvisionnement, la démarche de performance conduit à inscrire la DAPSA dans des coopérations avec d'autres entités d'achat de la santé publique, qui seules permettent:

- l'accès à des marchés pour lesquels les besoins ont été mutualisés et massifiés à un niveau national considérable (hors d'atteinte pour le SSA) et à des centres d'expertises achat de la santé publique ;
- d'inscrire les acheteurs du Service dans les réseaux d'achat santé professionnalisés ;
- d'optimiser le plan de charge de la DAPSA en externalisant l'achat de certains segments métiers.

Dans un environnement évolutif, le Service sera en capacité d'identifier tout partenaire de la santé publique qui offrirait des opportunités en termes d'achat. Pour cela, deux types de coopération seront recherchés : des partenariats larges et approfondis concernant l'ensemble du périmètre achat métier ; et d'autres, limités à des segments plus restreints ou d'intérêt local (GCS, groupements de commandes avec d'autres établissements de santé) qui s'inscrivent en particulier dans des coopérations développées par les HIA.

Toutefois, compte tenu des impératifs opérationnels et des enjeux stratégiques de certains segments métiers, le déport de l'achat vers d'autres centrales sera finement étudié : si l'externalisation de ces segments peut contribuer à l'efficacité de la fonction, le Service devra néanmoins préserver son autonomie d'action et en garantir la réversibilité

3.4. La fonction infrastructure

Les infrastructures du service de santé des armées hébergeant des activités relevant du cœur de métier doivent répondre aux normes et spécifications de la santé publique. Le respect de ces dernières conditionne l'obtention des agréments et certifications délivrés par les autorités et agences nationales de santé et, par conséquent, l'aptitude du service à remplir ses missions.

3.4.1. La situation aujourd'hui

L'état des infrastructures

Le parc des CMA et des CMIA est formé de 69 organismes (55 CMA et 14 CMIA), composés d'une portion centrale et d'antennes associées, soit un ensemble de près de 300 unités réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain et 30 hors métropole. A quelques exceptions près, ces organismes, héritiers des anciennes infirmeries d'unité, sont implantés dans les emprises des formations administratives des armées et services. Plus des trois quarts datent d'avant 1980, certains sont installés dans des bâtiments à vocation tertiaire et d'autres, dimensionnés pour répondre aux besoins d'une armée de conscrits, présentent de grands volumes et possèdent des secteurs d'hospitalisation, ne répondant plus à aucun besoin réel.

Le parc des hôpitaux, constitué d'entités de type monobloc ou pavillonnaire, dont la conception date de plus de 40 ans (à l'exception des HIA Percy, Sainte Anne et Bégin), présente des plateaux techniques, des secteurs d'hospitalisation ainsi que des architectures d'ancienne génération. Comme pour les CMA et les CMIA, ces hôpitaux ont été conçus selon des modalités de prise en charge des patients devenues désuètes et qui ne répondent plus, en termes de qualité d'accueil et de soins, aux exigences de la médecine actuelle. Par ailleurs, la vétusté des infrastructures et leur trop grand nombre rendent difficile leur entretien et constituent un frein majeur à la performance économique du Service.

S'agissant du ravitaillement sanitaire, la construction sur le camp de Chateau (Orléans) de l'établissement de constitution et de maintenance des UMO constitue l'ultime étape d'une réorganisation qui a vu la fermeture des établissements de Brest, Mondeville et Chartres. Sa réception, programmée en 2015, permettra de redonner au Service à la fois sa capacité de stockage et surtout une capacité spécialisée dans la conception, la constitution et le maintien en condition opérationnelle de plateaux techniques projetables sophistiqués. Par ailleurs, l'état des infrastructures de la PCA et des ERSA, pour lesquels la question d'une mutualisation des espaces de stockage avec l'EPRUS est posée, ne nécessite pas d'investissements lourds mais une maintenance régulière. Le CTSA dispose d'infrastructures de haute technicité en bon état, qui vont cependant nécessiter à court terme des investissements raisonnables pour répondre aux bonnes pratiques de fabrication.

Pour la recherche, les travaux en cours de réalisation permettront de disposer à l'horizon 2014 d'une infrastructure unique, neuve, incluant des plateformes destinées à l'expérimentation humaine et des laboratoires confinés.

Enfin, pour la formation, les infrastructures des écoles présentent un état de vieillissement homogène et globalement satisfaisant. Elles nécessiteront toutefois la mise en œuvre à moyen terme d'un plan de maintenance préventive des installations techniques et de rénovation du bâti.

Les principes de gestion des opérations

La programmation et le financement des opérations d'investissement

La création des bases de défense et l'entrée en vigueur de nouveaux textes relatifs au maintien en condition du patrimoine immobilier de la défense ont introduit une catégorisation des infrastructures et une segmentation des travaux par typologie de prestations qui ont eu pour conséquences la mise en œuvre de plusieurs modes de gestion des opérations. Les infrastructures du Service relèvent ainsi de deux grandes familles :

- les *infrastructures milieu*, pour les installations à vocation opérationnelle (les neuf HIA, l'IRBA, la DAPSA, le CTSA, la PCA et les deux ERSA) ;
- les *infrastructures communes*, pour les installations de soutien (tous les autres établissements du Service y compris les CMA).

Les opérations d'investissement sont financées par le BOP 212-75C. Sur cet ensemble de programmation, le SGA, en sa qualité de responsable de programme (RPROG), répartit les ressources financières au profit de l'EMA, de la DGA et de ses propres services. L'EMA ventile ensuite les ressources destinées aux *infrastructures milieu* qui lui sont attribuées par armées, directions et services (ADS), les opérations des *infrastructures communes* restant à sa main⁷¹.

La programmation des opérations d'entretien

Pour les *infrastructures milieu*, les opérations d'entretien sont financées sur le titre III du BOP 178-64C (SSA), les besoins des établissements, établis avec les échelons locaux du SID, étant centralisés par la DCSSA.

En revanche, pour les *infrastructures communes*, ces opérations sont financées à partir des crédits alloués aux bases de défense (BdD). Elles sont priorisées et programmées par les commandants de BdD, en liaison avec les établissements concernés et les échelons locaux du SID. Les enveloppes consenties au profit des établissements du Service sont donc dépendantes du montant des ressources allouées aux différents commandants de BdD et des besoins des autres bénéficiaires qui relèvent de leur arbitrage.

La conduite de la réalisation des opérations par le SID

En matière d'infrastructure, pour le ministère de la défense, le SID est l'opérateur unique. L'ensemble des opérations d'infrastructure fait l'objet d'instructions qui définissent les rapports entre le SID et les bénéficiaires.

3.4.2. Les facteurs du changement

Des besoins en infrastructure évolutifs

Les attentes des patients, les nouvelles modalités de leur prise en charge, les impératifs techniques et de sécurité des soins, les évolutions des plateaux techniques et des conditions d'hospitalisation, confrontés aux contraintes budgétaires et aux obligations de performance économique, imposent au Service de faire évoluer profondément ses infrastructures. L'ensemble des adaptations nécessaires devra ainsi s'inscrire dans une démarche d'optimisation des coûts de fonctionnement des structures, notamment en termes de rationalisation du parc immobilier et de recherches de mutualisations.

⁷¹ Cf. annexe 19 : « La gestion des opérations d'investissement ».

Les infrastructures abritant les CMA, trop nombreuses, disparates, souvent vétustes et déjà inadaptées à leurs missions actuelles, ne seront pas, sans investissement substantiel, en capacité d'absorber la réforme visant à les placer au centre du parcours de soins des militaires.

Pour le parc hospitalier, les HIA constituant des futures plates-formes ont vocation à devenir des pôles d'excellence, tant en termes de spécialités projetables que d'expertises. Cet objectif primordial ne pourra être atteint en l'absence des moyens capacitaires et techniques qu'il suppose. S'agissant des autres HIA, des adaptations devront également être réalisées pour assurer leur maintien et leur intégration dans le territoire de santé.

Pour les écoles, le transfert de l'EPPA vers le site de l'ESA va se traduire par une baisse de la densification de l'îlot Sainte Anne Est, nécessitant une redéfinition du plan d'implantation des organismes.

Des modalités de gestion inadaptées

Les modalités de gestion actuelles n'offrent pas au Service la souplesse nécessaire pour procéder aux adaptations qui s'imposent.

La programmation des opérations d'investissement

Les contraintes budgétaires pesant sur le programme 212 dans le cadre de la LPM font courir le risque d'arbitrages défavorables au SSA, tant pour les opérations d'*infrastructures milieu*, qui sont classiquement opposées aux besoins opérationnels des forces, que pour celles des *infrastructures communes* dont l'enveloppe subit les plus fortes contraintes financières.

Contrairement aux opérations des *infrastructures milieu*, la gestion des opérations des *infrastructures communes* échappe au Service qui n'assure pas le pilotage des opérations relatives aux CMA, dont l'avenir constitue pourtant un enjeu majeur. Cette rupture dans le traitement des opérations ne lui permet pas de disposer des leviers et de la souplesse indispensables à la bonne conduite de son projet.

La programmation des opérations d'entretien

Pour les opérations d'entretien des *infrastructures milieu*, les contraintes qui pèsent sur les budgets de fonctionnement induisent un risque fort sur le niveau de ressources qui pourra leur être consenti dans l'avenir.

Pour les *infrastructures communes*, le niveau des enveloppes allouées aux BdD étant contraints, les stricts besoins des entités bénéficiaires sont difficilement couverts. Cette situation expose les établissements du Service à une dégradation prématurée.

La conduite de la réalisation des opérations par le SID

A la lumière des contraintes existantes, en termes de sécurité des établissements recevant du public comme de sécurité des soins, mais également en matière d'obligations de moyens ou de résultat, contrôlées en particulier par la Haute autorité de santé, le risque de fermetures administratives pour non-conformité ne peut être écarté.

Les modalités de gestion de certaines opérations du Service, non prises en compte dans ces instructions, s'appuient sur des règles devant être révisées. Cette situation est de nature à pénaliser la prise en compte des besoins du Service dans le plan de charge du SID.

L'ensemble des insuffisances constatées, conjugué aux risques liés aux opérations de gestion et au déficit de ressources financières, impose que la prise en compte des

besoins du Service dans le plan de charge du SID soit maîtrisée par les deux parties, grâce à la rédaction future d'un protocole de gestion des opérations.

3.4.3. Les axes d'intervention

Le service ambitionne avant tout de mettre à leur juste niveau ses emprises afin de les adapter aux nouveaux besoins techniques, fonctionnels et capacitaires. A cette fin, il lui faut connaître précisément l'état de son parc immobilier, élaborer des schémas directeurs d'infrastructure, en piloter l'exécution et retrouver une meilleure maîtrise de ses investissements.

Consolider l'état des lieux des infrastructures et suivre son évolution

Pour les CMA, l'état des lieux initial passe par la réalisation d'un diagnostic technique et fonctionnel. Il permettra, dans un premier temps, d'évaluer et de prioriser les travaux indispensables à mener indépendamment du projet d'établissement, puis, dans un second temps, d'identifier les potentiels d'évolution de chaque établissement. Le service se rapprochera du SID pour étudier la meilleure façon de le réaliser.

Pour les HIA, cet état initial sera réalisé au regard des diagnostics techniques en cours d'élaboration par le SID. Il permettra d'évaluer les points forts et les points faibles des installations techniques et ainsi de prioriser les travaux indispensables.

Le suivi de l'état des infrastructures demandera un niveau de technicité important assuré par du personnel qualifié inscrit dans le REO des établissements.

Elaborer les schémas directeurs des CMA et des hôpitaux en rationalisant leur implantation

Les évolutions des besoins en infrastructure dans les domaines de la médecine des forces et de la médecine hospitalière, imposent l'élaboration de deux schémas directeurs d'infrastructure (SDI) opposables, notamment auprès des autorités d'arbitrage et de décision.

A partir de l'état des lieux initial, la déclinaison du projet de service en matière d'infrastructure devra impérativement être étudiée au regard des potentiels d'évolution de chaque établissement et des investissements à lui consentir. En parallèle, sur la base d'un outil de standardisation des besoins rédigé conjointement avec le SID sous la forme d'un guide technique, chaque établissement devra identifier les besoins d'infrastructures qu'implique son projet. Compte-tenu de la complexité des structures hospitalières, l'adaptation fonctionnelle sera analysée au préalable, service par service, avant d'être traduite globalement à l'échelle de l'établissement.

Sur la base des diagnostics initiaux et des éléments d'adaptation nécessaire aux projets d'établissement, une analyse d'opportunité économique et technique sera conduite. L'ensemble des projets d'infrastructure retenus et priorisés constituera les SDI du Service, et sera un facteur dimensionnant du présent projet de service.

Afin de diminuer ses coûts de possession, le SSA s'inscrira dans la politique de rationalisation d'emprises du ministère. Dans le cadre de l'élaboration des différents SDI, l'analyse d'opportunité prendra en compte les facteurs de rationalisation d'emprises, notamment pour les antennes des CMA.

Renforcer, simplifier et clarifier les modalités de gestion

Compte tenu de la complexité du soutien qu'il assure, le SSA doit garantir une meilleure visibilité de ses projets d'infrastructures au regard des besoins opérationnels des forces armées, afin de pouvoir bénéficier de l'appui de l'EMA au cours du dialogue de gestion avec la direction de la mémoire, du patrimoine et des archives (DMPA).

La médecine des forces constituant une composante essentielle du projet de service, la défense des besoins en infrastructures doit être assurée directement par le Service auprès des autorités de décision. Cette nécessité suppose un transfert des opérations correspondantes du périmètre de l'EMA à celui du SSA.

La qualité de la prise en charge des opérations des différents schémas directeurs d'infrastructure impose la contractualisation des relations entre le Service et le SID. Un protocole commun devra préciser les procédures et les modalités de dialogue entre les parties, tant au niveau central que local.

Sécuriser la ressource financière

La création d'un programme d'infrastructure « rénovation des HIA » permettrait d'assurer un niveau de visibilité suffisant de leurs besoins en infrastructure. La faisabilité d'un tel programme est en cours de discussion au niveau du BOP 212-75C. Toutefois, ce programme ne couvre qu'une partie des besoins liés au projet de service. C'est pourquoi, dans le cadre de la demande de transferts des opérations relatives aux CMA dans le périmètre du SSA, un ajustement de ce programme, intégrant les crédits liés à la composante médecine des forces, est souhaité. Ce nouveau programme d'infrastructure « projet de service SSA » permettrait d'assurer une fongibilité des crédits entre les opérations des deux grandes composantes du projet de service.

Par ailleurs, dans le cadre de l'intégration des CMA dans *l'infrastructure milieu* et afin d'assurer la maintenance de leurs infrastructures, les crédits qui leur sont consentis à cet effet devront aussi être identifiés et pilotés par le Service.

3.5. Les investissements techniques

3.5.1. La situation aujourd'hui

A l'instar des constatations faites en matière d'infrastructures, les investissements techniques conditionnent la capacité du Service à assurer ses missions de soutien des forces armées et sa contribution à la politique de santé publique.

Les investissements techniques comprennent en premier lieu le plan d'équipement opérationnel (PEO), assimilé en tant que tel à un programme d'armement. Celui-ci doit, selon une programmation pluriannuelle, contribuer aux renouvellements et à la modernisation des unités médicales opérationnelles (UMO) prévues au contrat opérationnel.

Ils comprennent aussi le plan d'équipement des établissements (PEE) qui a pour objectif de diminuer l'hétérogénéité des matériels en service et d'éviter un vieillissement ou un renouvellement excessif du parc. Le PEE est consacré pour 72% aux plateaux techniques hospitaliers (matériels et équipements lourds, comme les installations d'imagerie médicale ou les blocs opératoires) et pour 28% aux autres composantes du service dans leur fonction soutien des forces (équipements techniques des CMA, laboratoires de recherche et chaîne pharmaceutique, notamment).

3.5.2. Les facteurs du changement

Des investissements utilisés comme variables d'ajustement budgétaire

Alors que dans le cadre de la construction budgétaire (variation actualisée du référentiel VAR), le SSA affiche une volonté d'investissement en matériels (PEE et PEO) à hauteur de 70 M€, moins de 30 M€ y sont en fait consacrés chaque année. Dans un contexte budgétaire difficile, face à une baisse prévisible des recettes hospitalières et dans le but de ne pas obérer la capacité de fonctionnement des hôpitaux, les plans d'équipement font par ailleurs systématiquement l'objet de gel de programmation (en 2012, -37% pour le PEE et -60% pour le PEO). La part consacrée par le Service à ses investissements techniques s'établit en définitive à un niveau inférieur à 20 M€ pour une cible à 70 M€.

Un vieillissement des plateaux techniques et du parc de matériel

Les ajustements importants et annuels des crédits consacrés aux investissements techniques font que le SSA affiche désormais un taux de vétusté de ses plateaux techniques, toutes unités opérationnelles confondues, de 79% (82% pour la composante hospitalière, en comparaison avec les 68% constatés à l'AP-HP), avec un taux de couverture des amortissements par les investissements (taux de renouvellement) de 49% (40% pour la composante hospitalière).

Une telle situation menace de remettre en cause la capacité du Service, non seulement à répondre à sa mission de soutien des forces armées, mais encore à assurer, de façon fiable et conforme aux standards nationaux, sa contribution à la politique de santé publique qui est le gage de la qualité des soins.

Une logique de programmation insuffisamment prospective

Le Service en est actuellement réduit à concevoir ses investissements dans une gestion annualisée, sans vision globale et prospective, sans lien physique ni financier et selon une logique de satisfaction des besoins urgents. La mise en place de politiques d'achats pour des matériels équivalents ou ayant une finalité identique est un

travail itératif dont le résultat dépend de la bonne connaissance de l'ensemble du parc, de son niveau technique et des besoins au regard des missions, insuffisante à ce jour.

Des investissements contraints par l'accélération technologique

Pour répondre aux obligations imposées par les missions du service, l'accélération exponentielle des progrès technologiques oblige à conduire une politique d'investissement audacieuse, qui dans un contexte budgétaire difficile, conduit à une réflexion sur les choix à faire et le juste emploi des moyens et des ressources disponibles.

Le Service ne peut désormais affronter seul les évolutions techniques croissantes, au risque de réduire sa capacité d'adaptation aux exigences de ses missions. Les investissements requis imposent des études médico-économiques de chacun de ces besoins et une juste mesure de la rentabilité de ces derniers au-delà de la stricte utilisation à des fins opérationnelles. A cet égard, les possibilités de partenariats offerts par la loi HPST, et le principe de concentration des moyens sur la mission princeps constituent une réelle opportunité.

3.5.3. Les axes d'intervention

Pour assurer au mieux sa mission de soutien médical des forces en opérations extérieures, si nécessaire en autonomie complète, le SSA doit déployer des moyens techniques aussi proches que possible des meilleurs standards existants sur le territoire national.

Sécuriser et prioriser les investissements

Seule une vision globale et prospective permettra de concilier l'efficacité à laquelle est tenue le SSA en tant que composante majeure de l'engagement opérationnel des forces armées et le respect des contraintes financières qui lui sont imposées.

Le montant des investissements étant positionné à bonne hauteur, la proportion des crédits affectés au PEO et au PEE intégrera la priorité accordée aux opérations et le Service respectera ses propres choix. De la même façon, au sein du PEE, un juste équilibre entre les besoins des HIA et ceux des CMA sera établi.

Optimiser le pilotage des investissements par un schéma directeur pluriannuel

La programmation des investissements techniques exige un délai d'un an entre l'expression des besoins et leur réalisation, hors ajustements liés aux contraintes budgétaires ou aux effectifs disponibles. Dans ces conditions, afin de tenir compte aussi des multiples incertitudes qui pèsent sur l'ensemble des paramètres de l'exercice, un schéma directeur « Équipement » doit être établi afin d'optimiser la réalisation des besoins du Service, en termes de missions comme de besoins locaux.

Développer la recherche de partenariats

La nécessité de s'adapter de façon permanente aux évolutions technologiques dans un contexte de contrainte financière conduira le Service à se saisir des opportunités que lui offre la loi HPST, au travers notamment de ses dispositions relatives aux coopérations sanitaires. Dans ce cadre, la participation aux groupements de coopération sanitaire de moyens lui permettra d'améliorer qualitativement son offre de soins en optimisant le coût.

Ainsi, un hôpital militaire pourra mutualiser ses moyens et développer des stratégies territoriales communes avec un ou plusieurs établissements de santé proches, sur la

base éventuellement d'un projet médical partagé, tout en conservant l'autonomie qui lui est indispensable pour satisfaire aux besoins des forces.

L'ensemble des fonctions « support » du Service de santé des armées s'alignera sur les exigences opérationnelles en accordant une importance majeure à la transversalité et à la démarche de performance.

L'inscription dans le double environnement défense et santé fera l'objet d'une attention particulière dans le domaine des systèmes d'information pour tenir compte à la fois des exigences de l'environnement défense (cyberdéfense) et des impératifs d'ouverture aux systèmes d'information en santé (hôpital numérique, dossier médical personnel partagé).

Les achats du SSA seront optimisés et l'infrastructure demeurera un point de vigilance qui demandera la consolidation de l'état des lieux et son suivi, notamment en raison de l'évolution des centres médicaux des armées.

Enfin, les investissements techniques devront être priorisés et le pilotage optimisé.

4. La gouvernance, le management et l'organisation

La gouvernance du Service est organisée de manière à donner les orientations stratégiques, délivrer les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs assignés, s'assurer que ces objectifs sont atteints, que les risques sont couverts et que les ressources sont utilisées de manière à atteindre les objectifs fixés. Elle repose sur une organisation et une comitologie qui ont été revues dans le cadre d'une analyse fonctionnelle récente.

4.1. La situation aujourd'hui

4.1.1. L'échelon central : une préfiguration de l'organisation Balard 2015

Le Service occupe une position originale au sein du ministère de la défense. Il relève du chef d'état-major des armées (CEMA) pour ce qui concerne la préparation, l'emploi et le soutien des forces, et directement du ministre de la défense pour ce qui concerne la définition des conditions des contributions du Service de santé des armées à la politique de santé publique⁷².

La direction centrale, actuellement déployée sur le site de Vincennes, est appelée à rejoindre le futur pôle ministériel de Balard à l'horizon 2015. Afin de se préparer à cette insertion, le Service a refondu entièrement, dès novembre 2012, la gouvernance et l'organisation de son échelon central en le scindant en deux échelons distincts :

- un échelon chargé des fonctions d'élaboration de la politique, de direction et de pilotage, placé auprès du directeur central, destiné à être inséré au sein du pôle ministériel de gouvernance de Balard. L'organisation de l'échelon central est conçue pour améliorer la lisibilité par les échelons de commandement des armées, au bénéfice d'un dialogue de proximité renforcé ;
- quatre sous-directions en charge des fonctionnalités indispensables aux cinq composantes du SSA, qui resteront localisées sur le site de Vincennes.

Le directeur central (DC), installé près du CEMA, dont il est le conseiller santé direct, s'appuie sur un directeur central adjoint (DCA) et quatre adjoints spécialisés.

Le DCA conduit les travaux de la direction centrale. Il dispose de la division « Performance, synthèse » (DPS) et garantit la cohérence du fonctionnement de la DCSSA, en liaison avec les quatre adjoints au DC. La DPS assure des fonctions transverses, elle est notamment en charge de la préparation des éléments de politique générale et de stratégie, du suivi des décisions du DC et du pilotage de la performance du Service.

L'individualisation d'un état-major opérationnel santé (EMO-S) renforce l'intégration du SSA dans la dynamique opérationnelle interarmées. Organisé en miroir du centre de planification et de conduite des opérations (CPCO), l'EMO-S est en charge de la planification et de la conduite du soutien médical des opérations extérieures et des missions intérieures.

Les quatre adjoints au DC (AAD) veillent à la cohérence de l'ensemble des actions conduites au sein du SSA, tout en exerçant des attributions relevant des composantes dont ils sont particulièrement chargés. Ils apportent au DC une vision et une expertise stratégiques sur leur domaine de responsabilité respectif. Chacun de ces adjoints a

⁷² Articles R.* 1142-1 et R.* 3121-1 du Code de la défense.

autorité directe sur une sous-direction et les établissements relevant de son domaine d'attribution :

- le domaine « Offre de soins et expertise » réunit les structures, instances ou dispositifs qui réalisent les ambitions du SSA en matière de soins hospitaliers. L'adjoint « Offre de soins et expertise » est responsable de la définition et de la mise en œuvre de cette politique de soins en ayant notamment pour objectif de réussir l'ouverture au service public de santé. Il réalise, au profit de l'ensemble des établissements de soins du Service (centres médicaux des armées et hôpitaux d'instruction des armées), les travaux relevant du parcours de soins et détient donc une responsabilité transverse ;
- le domaine « Emploi » a pour mission de fédérer et de mettre en cohérence l'ensemble des composantes du soutien direct des forces, visant à garantir en permanence sa qualité et son adaptabilité. Il établit les plans (plans d'action, projets, programmes, réglementation, directives), définit et permet l'acquisition des capacités nécessaires à leur réalisation (au sein des mondes de la défense et de la santé) et en suit la réalisation (activités, services rendus, qualité). Il participe à la planification et à la conduite des opérations pour la fonction santé ;
- le domaine « Ressources spécialisées » regroupe l'ensemble des ressources dont les spécificités techniques les font relever de la responsabilité du SSA. Ce domaine a pour mission d'apporter un soutien, un appui et une expertise transverses à l'ensemble des composantes du SSA (achats de produits de santé, droit médical et de la santé, ravitaillement sanitaire, systèmes d'information et de communication de la zone fonctionnelle santé, infrastructures médicales, exécution financière). Il s'inscrit dans la réorganisation ministérielle des soutiens et s'associera aux travaux relevant du mandat de la *supply chain* ;
- le domaine « Personnel et écoles », à l'instar des ressources spécialisées, s'inscrit pleinement dans une relation de services à destination des personnels et des établissements du Service. Tenant compte de la réforme de la fonction RH ministérielle, il renforce la cohérence globale et la performance des actions RH par groupement des leviers d'actions.

4.1.2. Une organisation disparate des grands domaines d'activité

L'organisation actuelle des quatre sous-directions est disparate et peut apparaître déséquilibrée. Elle est liée à des logiques de « portefeuilles d'activités » et de métiers qui ont primé sur la logique d'effectifs. Ainsi, les domaines portés par ces sous-directions sont de périmètres différents allant de plus de 9000 effectifs pour le domaine « offre de soins et expertise » à moins de 800 effectifs pour le domaine « personnels et écoles », également en charge de la fonction « ressources humaines » de tous les autres domaines du Service.

En matière de gouvernance, ces domaines se distinguent également par leurs modes d'exercice plus ou moins centralisés et plus ou moins concentrés, certaines chaînes disposant d'une gestion décentralisée comme la chaîne de médecine des forces et celle du ravitaillement sanitaire, d'autres disposant d'une gestion centralisée comme celle des hôpitaux.

Ainsi, le SSA est aujourd'hui en phase expérimentale de l'organisation cible de sa haute gouvernance et de son administration, avec des retours d'expériences et des adaptations progressives planifiés jusqu'en 2015, permettant ainsi d'optimiser son schéma organisationnel cible. Il se donne encore la possibilité de faire évoluer cette organisation en tenant compte des contraintes liées à l'agenda ministériel de rassemblement sur le site de Balard. L'évolution de ses échelons locaux (CMA, plateformes hospitalières) est aussi de nature à modifier l'organisation de

l'administration centrale en l'allégeant au profit d'organismes déconcentrés à vocation nationale.

4.2. Les facteurs du changement

4.2.1. Les impératifs de simplification

Ces impératifs relèvent des programmes ministériels de modernisation et de simplification. Déclinés dans le LBDSN et la LPM, traduits à l'occasion des comités exécutifs ministériels, ils donnent les grandes orientations concernant la réorganisation du ministère, en particulier la réforme de la gouvernance de l'administration centrale, avec le regroupement des états-majors, directions et services centraux.

Ainsi, dans cette démarche d'optimisation de l'organisation et du fonctionnement du ministère de la défense, la LPM prévoit une réduction des effectifs des états-majors et services centraux de l'ordre de 20%.

Par ailleurs, la reconfiguration de la carte militaire se poursuit, permettant de réduire la dispersion des implantations militaires, de favoriser les rapprochements entre unités devant opérer de manière conjointe, de générer des économies de fonctionnement et de participer à l'amélioration de la condition du personnel et des familles au travers d'une meilleure insertion sur le territoire.

4.2.2. L'insertion dans le pôle ministériel de Balard

Début 2015, sous réserve du respect des échéances actuelles, l'administration centrale du Service sera effectivement réorganisée autour des sites de Balard et de Vincennes. Cette répartition géographique imposera un nouveau mode de management et un *reporting* intensifié dans une logique de performance. La proximité avec les états-majors induira en effet de nouvelles relations fonctionnelles modifiant le système de gouvernance du Service et renforçant son inscription dans la gouvernance ministérielle.

Le changement dans la haute gouvernance ministérielle modifiera les échanges avec le Service, en particulier avec la mise en place d'un comité ministériel des soutiens, présidé par le ministre de la Défense. Les chaînes « financière » et « ressources humaines » du SSA s'intégreront dans le nouveau modèle ministériel visant à renforcer l'autorité fonctionnelle de la direction des affaires financières (DAF) et de la direction des ressources humaines (DRH-MD).

L'EMO Santé sera positionné dès 2015 à Balard à proximité du CPCO et des 3 EMO d'armées.

4.2.3. Les évolutions dans la gouvernance du système de santé

Le système national de santé, en particulier le service public de santé, comprend deux directions (DGOS / DGS). Aujourd'hui, la régionalisation de la gouvernance s'affirme de plus en plus et l'échelon régional devient maître d'une plus grande partie de ses leviers d'action.

La volonté politique d'ouverture affichée par le Service incite à formaliser les correspondances nécessaires pour ces relations et à optimiser son intégration dans les territoires de santé. Pour cela, une adaptation de l'organisation et des processus de définition et de mise en œuvre de son offre de soins, ainsi que du modèle de gouvernance de sa fonction hospitalière, est nécessaire.

4.2.4. L'inscription dans une dynamique continue de profondes mutations

Le projet de service SSA 2020 s'inscrit dans une dynamique continue de réformes et de transformations majeures pour le service, dont la complexité des mises en œuvre

s'accroît. Ainsi, la conduite du changement s'affirme comme un impératif permanent et une réalité quotidienne, en complément de la réalisation des missions du SSA et de la conduite de l'action opérationnelle. Une culture de la transformation et du changement, appuyée par des démarches projets efficaces et efficientes, doit ainsi se diffuser auprès de l'ensemble des acteurs du SSA, en administration centrale comme au sein des établissements. Pour ce faire, le SSA doit capitaliser sur les résultats obtenus durant la période 2008 - 2013 dans le cadre du pilotage du projet « Santé » de la réforme du ministère.

4.3. Les axes d'intervention

Le SSA poursuit les adaptations de sa gouvernance et de son organisation afin de réussir son insertion auprès des états-majors et des services centraux sur le site de Balard en 2015. A ce titre, la mise en cohérence forte avec la nouvelle gouvernance de la fonction hospitalière et avec les adaptations de la chaîne de soutien des forces, fera l'objet d'une attention particulière.

Plusieurs grands principes doivent guider l'évolution de la gouvernance :

- la simplification des circuits de décision, car elle garantit la réactivité ;
- la délégation car elle favorise l'adaptabilité au contexte local ;
- l'implication des acteurs de terrain, car elle facilite l'appropriation des réformes ;
- le décloisonnement et la transversalité des organisations, car ils conditionnent la cohérence globale des activités ;
- la responsabilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des mesures décidées, car elle est une forme majeure de valorisation.

4.3.1. Finaliser la réforme de l'administration centrale du SSA en renforçant la logique de transversalité, et aligner stratégiquement l'ensemble des acteurs

Afin de conduire l'action quotidienne du directeur central et de réussir la mise en œuvre du projet de service, le SSA doit se doter d'une gouvernance stable et d'une organisation robuste mais flexible et agile, afin de faire face aux évolutions fortes de l'environnement. Pour cela, il est impératif de valider la nouvelle organisation par la mise en œuvre effective de la nouvelle gouvernance, et en particulier de la comitologie définie, puis de la démarche d'alignement⁷³ et de contrôle⁷⁴ stratégiques.

Quatre axes majeurs doivent être privilégiés.

Intégrer la gouvernance ministérielle en prenant en compte les changements induits par le nouveau projet du SSA

Il s'agit de poursuivre les adaptations visant à réussir l'intégration cohérente du SSA dans la nouvelle gouvernance ministérielle et dans le cadre du projet Balard 2015, dans une logique d'amélioration continue. Cette démarche sera réalisée en procédant aux ajustements nécessaires afin de rendre le modèle de gouvernance et d'organisation visible, interopérable, et lisible vis-à-vis des partenaires de la santé publique et dans le champ interministériel. Un objectif de réduction des effectifs sera

⁷³ L'alignement stratégique est une démarche visant à décliner les objectifs stratégiques au sein des structures organisationnelles ou domaines fonctionnels d'une entité, permettant l'identification de la contribution des métiers aux objectifs stratégiques, la déclinaison du processus de planification stratégique en planification opérationnelle, la mise en œuvre de la démarche de performance.

⁷⁴ Le contrôle stratégique est un contrôle de la réalisation des objectifs généraux de l'entreprise et des politiques mises en œuvre. Les contrôles stratégiques peuvent se faire sur les résultats ou sur la méthodologie employée pour atteindre les objectifs.

poursuivi, s'appuyant sur une déconcentration de certaines activités de gestion encore réalisées à l'échelon central.

Gagner en cohérence par la simplification

Il s'agit de réussir la mise en cohérence de la réforme de l'administration centrale du SSA et de sa réorganisation territoriale. En particulier, la réforme de la gouvernance de la fonction hospitalière et la réorganisation de la chaîne de soutien santé des forces doivent s'intégrer en parfaite cohérence dans le schéma organisationnel d'ensemble.

La transformation hospitalière se traduira notamment par la déconcentration de certaines activités réalisées aujourd'hui en administration centrale vers les établissements.

Dans le domaine du soutien des forces, la chaîne organique santé sera adaptée au pilotage du nouveau modèle de CMA régional.

Le Service simplifiera ses processus opérationnels et de management, et établira dans quelle mesure certaines tâches médico-administratives assurées par les professionnels de santé, pourraient être confiées à du personnel dédié, de technicité différente.

Les fonctions support seront également réorganisées afin de décharger l'administration centrale des fonctions de gestion encore présentes à son niveau. Pour l'ensemble de la direction centrale, une déconcentration de ces fonctions vers des centres de mise en œuvre sera entreprise.

La mise en place d'une démarche de type *Lean Management*⁷⁵ présente le double avantage d'associer l'ensemble du personnel du SSA dans l'identification des pistes de simplification et de permettre une transformation perceptible par le personnel et les bénéficiaires. Cette démarche se déclinera à tous niveaux, dans toutes les composantes et tous les établissements.

Aligner stratégiquement l'ensemble des acteurs et les responsabiliser

Cet alignement sur le projet de service sera réalisé en déclinant les orientations stratégiques par grande composante (contrats d'unités opérationnelles) ou encore de manière fonctionnelle sur certaines fonctions transverses ou projets de grande envergure (Hôpital numérique, urgences, parcours de santé), puis au sein des établissements (projets d'établissements), et en mettant en œuvre la démarche de performance associée. Cette démarche d'alignement doit se traduire par une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs sur l'atteinte des objectifs stratégiques du SSA. Ils peuvent se voir confier des projets nationaux à vocation transverse, dont la finalité dépasse largement le périmètre d'une sous-direction ou d'un établissement.

Améliorer la transversalité

Cette amélioration repose sur les principes suivants :

- fédérer et responsabiliser le comité stratégique autour du projet de service et de sa déclinaison ;
- responsabiliser les adjoints au directeur central sur le pilotage et la réalisation de processus transverses, alignés sur les objectifs stratégiques du SSA ;

⁷⁵ Le « *lean management* » vise à alléger et optimiser les processus pour gagner en temps et en efficacité.

- consolider et professionnaliser la relation de service entre les fonctions cœur de métier du SSA et les fonctions support (RH, SIC, infrastructures, achats et finances), dans une logique de contractualisation et de contribution des activités supports à la performance des métiers du soin ;
- poursuivre une démarche processus alignée sur les objectifs stratégiques du SSA.

4.3.2. Mettre en œuvre une méthode moderne de management intégré

La réussite du projet de service impose la mise en œuvre, avec détermination, d'une méthode moderne de management⁷⁶, étendue à l'ensemble des composantes du service. Le management par la qualité⁷⁷ a fait ses preuves, au niveau national et international et il est préconisé par le ministre de la défense pour les services interarmées⁷⁸. Il vise à accroître le niveau de maîtrise des activités, au service des bénéficiaires, et peut constituer l'ossature du système de management. En l'associant à la maîtrise des risques, telle que développée dans le cadre du contrôle interne⁷⁹, imposé au niveau interministériel, il formera ainsi un système cohérent de maîtrise des activités et des risques afférents que le contrôle de gestion complètera pour un pilotage performant.

L'objectif est de mettre à disposition des structures de direction un outil de pilotage global et cohérent constituant un cadre d'actions pour le personnel du Service. La démarche de management intégré permettra en outre d'améliorer la cohérence des actions menées à la fois au sein des chaînes fonctionnelles (cohérence verticale) et dans les différents établissements du service (cohérence transversale).

La performance repose sur une démarche globale et ne peut se résumer à la conception et l'utilisation d'un outil. Elle prendra en compte les démarches déjà entamées au sein du Service. Elle sera recherchée en permanence en associant efficacité, efficience et qualité. Elle guidera les actions dans la mise en œuvre du système de management intégré, par la fixation d'objectifs ambitieux et l'attribution au juste niveau des ressources nécessaires.

4.3.3. Se doter des moyens et des leviers permettant de réussir le changement

Pour mener un tel projet, le Service doit pouvoir disposer des leviers sur ses ressources. En matière de ressources humaines, il ne dispose pas de la totalité de ces leviers et cela représente une contrainte spécifique pour sa transformation, en particulier dans le domaine hospitalier.

En matière de conduite du projet, l'ambition et le périmètre de la transformation imposent d'identifier et de mobiliser des effectifs et des compétences dédiés. Pour ce faire, une mission d'appui sera créée, chargée d'animer et de coordonner les travaux de modernisation, en étroite collaboration avec les équipes projets identifiées. Une structuration d'ensemble de la déclinaison du projet de service est en cours de définition avec une organisation projet associée.

Plus globalement, le nouveau projet de service constitue un levier majeur afin de densifier certaines filières professionnelles, sur des sujets à forte exposition

⁷⁶ Au sens de « activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme ».

⁷⁷ Cf. annexe 20 : « Le management par la qualité ».

⁷⁸ Relevé de décisions des comités exécutifs des 30 mai et 12 juin 2013.

⁷⁹ Défini comme l'« ensemble des dispositifs organisés, formalisés et permanents décidé par chaque grand responsable et mis en œuvre à tous les niveaux de l'organisme. Ces dispositifs visent à maîtriser les risques liés à la réalisation des objectifs. »

(transformation hospitalière, infrastructures, SIC,...) et d'offrir des postes à fort enjeu potentiellement attractifs dans le cadre de la valorisation des parcours professionnels. Toutefois, le service s'engage dans une réflexion sur les compétences qu'il doit détenir en interne au regard de la complexification du monde de la santé en prenant en compte les logiques de métiers et de statuts.

Afin de piloter efficacement le Service, les travaux sur la gouvernance devront être finalisés. En particulier, la réforme de l'administration centrale du SSA devra renforcer la logique de transversalité, et aligner stratégiquement l'ensemble des acteurs.

Plusieurs grands principes doivent guider l'évolution de cette gouvernance : la simplification des circuits de décision, car elle garantit la réactivité ; la délégation car elle favorise l'adaptation au contexte local ; l'implication accrue des acteurs de terrain, car elle facilite l'appropriation des réformes ; le décloisonnement et la transversalité des organisations, car ils conditionnent la cohérence globale des activités ; la responsabilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des mesures décidées, car elle est une forme majeure de valorisation.

L'ensemble devra gagner en cohérence par la simplification. Une méthode moderne de management intégré sera mise en œuvre.

5. Communication et mobilisation

5.1. Une stratégie de communication adaptée

Le SSA s'engage dans une nouvelle dynamique de transformation de grande ampleur qui doit mobiliser son personnel et qui impose la définition d'un dispositif de communication adapté.

Ce dispositif s'inscrit dans une stratégie de communication plus large du SSA et vise à mieux valoriser l'action du Service, en opérations comme sur le territoire national, et mettre en avant sa réputation d'excellence, aussi bien sur le terrain avec une prise en charge du blessé au plus près des combats, que sur le territoire national en tant qu'acteur à part entière du système national de santé et de la gestion des crises sanitaires.

Il doit mettre en perspective la transformation du SSA avec les enjeux de modernisation et de simplification du ministère de la défense. Le SSA s'inscrit dans cette volonté de maintien d'une performance opérationnelle reconnue tout en rationalisant et en optimisant ses modes de fonctionnement, en renforçant notamment son intégration dans le service public de santé et en poursuivant les efforts de rationalisation de ses composantes initiés dans le cadre de la réforme 2008-2013.

La poursuite de la réforme nécessite une stratégie d'accompagnement du changement, dont la communication est un levier majeur. Cet impératif est renforcé par les fragilités du moral et les inquiétudes légitimes du personnel du Service. Il faut donc rassurer sans fausse promesse, expliquer (y compris les incertitudes), et mobiliser en identifiant les principales étapes jusqu'en 2020. Le discours doit être relayé par l'ensemble de la chaîne de commandement, et décliner les éléments de langage du ministre.

Une telle démarche impose d'anticiper les risques et les difficultés potentielles, et d'être le plus concret possible dans la présentation de la cible à atteindre, alors que le modèle futur se mettra en place par étapes progressives, sur une période de transformation évaluée entre 7 et 12 ans.

Pour ce faire, l'ensemble des leviers de communication devront être identifiés, en partenariat avec les acteurs ministériels, en particulier la Délégation à l'information et à la communication de la défense (DICO), et en s'appuyant davantage sur les leviers technologiques (Web 2.0, espaces communautaires, supports numériques...) afin de favoriser une réactivité, une diffusion large et une réciprocité dans la communication.

5.2. Une mobilisation de l'ensemble des acteurs du SSA et des partenaires

Le SSA affirme une volonté de mise en place d'un management participatif.

Une attention particulière sera donc portée aux modalités de déclinaison du projet de service, en veillant à associer l'ensemble des acteurs du Service, militaires d'active et de réserve, et civils.

Le caractère participatif du management permettra à chacun de s'exprimer sur les atouts, les défis, l'avenir du SSA, renforçant ainsi le sentiment d'appartenance au Service. Une marge de manœuvre et une capacité d'initiative seront offertes aux

acteurs du Service de manière à générer de l'idée et de l'innovation dans les modalités de déclinaison du projet de service.

Les partenaires du projet, notamment issus du service public de santé, seront associés étroitement à l'ensemble des étapes de conception de la cible, de structuration et de conduite des projets, de communication et de conduite du changement.

La conduite du changement imposée par le projet de service rend nécessaire la constitution d'une mission ad hoc permettant le pilotage du programme et des projets subséquents. Celle-ci sera activée rapidement afin de gouverner le projet de service sur le long terme. Une communication adaptée sera mise en place et permettra de mobiliser l'ensemble des acteurs.

CONCLUSION

Les évolutions, particulièrement fortes ces 20 dernières années, du contexte géostratégique et des contrats opérationnels des Armées, comme celles tout aussi majeures qui touchent le monde de la Santé en France, ont fait peser sur le SSA une double contrainte qui lui a imposé de s'adapter en permanence. Cependant, et malgré l'importance des mesures déjà prises, les très fortes pressions liées aux évolutions qui s'exercent sur lui pourraient compromettre à terme la qualité du service rendu aux Armées et donc impacter directement la capacité d'engagement opérationnel des forces dans leurs missions de défense et de sécurité nationale.

Menacé aujourd'hui dans son efficacité technique comme dans sa performance économique mais bénéficiant toujours d'une notoriété certaine renforcée par les conflits actuels, il doit d'urgence se réformer et ne pas le faire seul.

Considérant les risques que ces évolutions font peser à terme sur l'efficacité de son action opérationnelle comme sur son efficience économique, dans un contexte financier particulièrement complexe, le SSA a engagé une réflexion visant à modifier son positionnement dans l'offre de soins nationale et sa relation avec les acteurs du service public de santé. Une concertation et une collaboration plus étroites, concrétisées par des partenariats forts représentent pour le SSA de réels avantages en termes de qualité du service rendu, d'attractivité et d'efficience. Un tel rapprochement facilite également la participation du SSA, au travers de ses compétences spécifiques et de ses moyens propres, à certaines missions du service public dans les domaines du soin, de l'enseignement, de la recherche, comme de la réponse aux crises sanitaires que pourrait connaître le pays.

Ces retombées dépassent largement le cadre hospitalier par la potentialisation qu'elles peuvent avoir sur le soutien des forces particulièrement au travers du parcours de soins des militaires et de tous les membres de la communauté de défense.

La conduite de ce projet reposera sur le strict respect de l'identité du Service en s'appuyant sur ses valeurs, sans perdre de vue sa raison d'être qui est le soutien des forces en général, et la mise en œuvre d'une chaîne santé opérationnelle complète en particulier. Elle demande d'impliquer dès maintenant l'ensemble du personnel afin que ce projet devienne le sien. L'état-major des armées et les armées seront étroitement associés à la mise en œuvre de ce projet dans les années à venir. Il en sera de même des acteurs de la santé publique.

Un projet d'une telle ampleur doit se concrétiser progressivement, sans précipitation, dans une approche globale visant le meilleur équilibre des différentes composantes du Service, en respectant le personnel qui s'y investit au quotidien.

Enfin, la conduite de ce changement se fera en toute transparence grâce à une communication précise et porteuse de sens, tant pour le personnel du SSA que pour les armées, la communauté de défense et la santé publique qui doivent avoir une vision claire de ce que sera le SSA à l'horizon 2020.

ABREVIATIONS

| | |
|----------|---|
| ACA | Antenne chirurgicale aérotransportable |
| AAD | Adjoint au directeur |
| ADS | Armées, directions et services |
| ALE | Autorités locales d'emploi |
| AMP | Aide médicale aux populations |
| ANR | Agence nationale de la recherche |
| AP-HP | Assistance publique – hôpitaux de Paris |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AVIESAN | Alliance pour les sciences de la vie et de la santé |
| BCAPMSSA | Bureau central d'administration du personnel militaire du service de santé des armées |
| BdD | Base de défense |
| BGRC | Bureau de gestion de la recherche clinique |
| BOP | Budget opérationnel de programme |
| BSPP | Brigade des sapeurs-pompiers de Paris |
| C2 | <i>Command & Control</i> |
| CDA | Chirurgiens-dentistes des armées |
| CEA | Commissariat à l'énergie atomique |
| CEETO | Commission d'échanges et d'expertises technico-opérationnelles |
| CeFOS | Centre de formation opérationnelle santé |
| CEMA | Chef d'état-major des armées |
| CERH-S | Centre d'expertise ressources humaines – solde |
| CESPA | Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées |
| CESU | Centre d'enseignement des soins d'urgence |
| CFMSSA | Conseil de la fonction militaire du SSA |
| CITeRA | Centre d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant |
| CFMA | Centre de formation en médecine aéronautique |
| CFMN | Centre de formation en médecine navale |
| CLD | Congé de longue durée |
| CLM | Congé de longue maladie |
| CMA | Centres médicaux des armées |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| CMG | Centre ministériel de gestion |
| CMIA | Centres médicaux interarmées |
| CNMSS | Caisse nationale militaire de sécurité sociale |
| CNRS | Centre national de la recherche scientifique |
| CNU | Conseil national des universités |
| COGIC | Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises |
| CORe | Comité opérationnel de la recherche |
| CORUSS | Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales |
| CPCO | Centre de planification et de conduite des opérations |
| CTBRC | Centre de traitement des blessés radio contaminés |
| CTM | Centre de télé-médecine |
| CTSA | Centre de transfusion sanguine des armées |
| DAF | Direction des affaires financières |
| DAO | Détachement d'assistance opérationnelle |
| DAPSA | Direction des approvisionnements en produits de santé |
| DC | Directeur central |
| DCA | Directeur central adjoint |

| | |
|---------|--|
| DCSD | Direction de la coopération de sécurité et de défense |
| DCSSA | Direction centrale du service de santé des armées |
| DES | Diplôme d'études spécialisées |
| DGA | Direction générale de l'armement |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DGSIC | Direction générale des systèmes d'information et de communication |
| DICoD | Délégation à l'information et à la communication de la défense |
| DIRISI | Direction interarmées des réseaux, des infrastructures et des systèmes d'information |
| DIRMED | Directeur médical |
| DMP | Dossier médical personnel |
| DMPA | Direction de la mémoire, du patrimoine et des archives |
| DPC | Développement professionnel continu |
| DRCI | Délégation à la recherche clinique et à l'innovation |
| DRH | Direction des ressources humaines |
| DRH-MD | Direction des ressources humaines du ministère de la défense |
| DRSSA | Direction régionale du service de santé des armées |
| DSVO | Dispositif santé de veille opérationnelle |
| EC | Equipe chirurgicale |
| ECMSSA | Etablissement central des matériels du SSA |
| ECM-UMO | Etablissement de constitution et de maintenance des unités médicales opérationnelles |
| EFS | Etablissement français du sang |
| EMA | État-major des armées |
| EMIBE | Élément militaire d'intervention biologique et épidémiologique |
| EMO | État-major opérationnel |
| EMO-S | État-major opérationnel santé |
| ENU | Echelon national d'urgence |
| EPPA | Ecole du personnel paramédical des armées |
| EPRUS | Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires |
| ERSA | Etablissement de ravitaillement sanitaire des armées |
| ESA | Ecole de santé des armées |
| ESID | Echelon de service d'infrastructure de la défense |
| EVDG | Ecole du Val-de-Grâce |
| FIRI | Force interarmées de réaction immédiate |
| FMI | Fondation Méditerranée infection |
| FORMISC | Formations militaires de la sécurité civile |
| FPH | Fonction publique hospitalière |
| GCS | Groupement de coopération sanitaire |
| GPRH | Gestion prévisionnelle des ressources humaines |
| GTIA | Groupement tactique interarmes |
| GTN | Groupe thématique national |
| HIA | Hôpital d'instruction des armées |
| HMC | Hôpital médico-chirurgical |
| HN | Hôpital Numérique |
| HPST | Hôpital, patients, santé et territoires |
| IADE | Infirmier anesthésiste diplômé d'état |
| IBODE | Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état |
| INSERM | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| InVS | Institut de veille sanitaire |
| IRBA | Institut de recherche biomédicale des armées |
| ISSAN | Infostructure Santé |
| KaIA | <i>Kabul international airport</i> |
| LBDSN | Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale |

| | |
|------------|---|
| LMD | Licence, Master, Doctorat |
| LMPP | Loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels |
| LPM | Loi de programmation militaire |
| LSB | Laboratoire de sécurité biologique |
| LUMM | Logiciel unique médico-militaire |
| MCO | Maintien en condition opérationnelle |
| MCP | Mise en condition avant projection |
| MDR | Militaire du rang |
| MEDEVAC | <i>Medical evacuation</i> |
| MESR | Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche |
| MININT | Ministère de l'intérieur |
| MISSINT | Missions intérieures |
| MITHA | Militaire infirmier et technicien des hôpitaux des armées |
| NG | Nouvelle génération |
| NRBC | Nucléaire, radiologique, biologique, chimique |
| NSPA | <i>NATO Support Agency</i> |
| OCTASSA | Officier du corps technique et administratif du service de santé des armées |
| OGZDS | Officier général de zone de défense et de sécurité |
| OMLT | <i>Operational mentoring liaison team</i> |
| OPEX | Opérations extérieures |
| ORGAFI | Organisation financière |
| OTAN | Organisation du traité de l'Atlantique Nord |
| OTIAD | Organisation territoriale interarmées de défense |
| PACA | Provence Alpes Côte d'Azur |
| PCA | Pharmacie centrale des armées |
| PECC | <i>Patient evacuation coordination cell</i> |
| PEE | Plan d'équipement des établissements |
| PSL | Produits sanguins labiles |
| QSR | Qualité du service rendu |
| RAVSAN | Ravitaillement sanitaire |
| RBD | Recherche biomédicale de défense |
| RC | Recherche clinique |
| REO | Référentiel des emplois en organisation |
| RGPP | Révision générale des politiques publiques |
| RH | Ressources humaines |
| RMED | Régiment médical |
| RNCP | Répertoire national de certification professionnelle |
| RPROG | Responsable de programme |
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| S&T | Sciences et technologies |
| SASS | Secrétaire d'administration du service de santé |
| SC1 et SC2 | Sauvetage au combat de niveaux 1 et 2 |
| SCA | Service du commissariat des armées |
| SDI | Schéma directeur d'infrastructure |
| SDIS | Service départemental d'incendie et de secours |
| SDSI | Schéma directeur des systèmes d'information |
| SGA | Secrétariat général pour l'administration |
| SGDSN | Secrétariat général de la défense et la sécurité nationale |
| SIC | Système d'information et de communication |
| SID | Service d'infrastructure de la défense |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SIRH | Système d'information de gestion des ressources humaines |
| SIRMED | Système d'information et de régulation médicale |
| SIS | Systèmes d'information de santé |

| | |
|--------|---|
| SMU | Service médical d'unité |
| SNS | Stratégie nationale de santé |
| SPRA | Service de protection radiologique des armées |
| SPS | Système public de santé |
| SRAS | Syndrome respiratoire aigu sévère |
| SSA | Service de santé des armées |
| SSI | Sécurité des systèmes d'information |
| SST | Santé et sécurité au travail |
| STANAG | <i>Standardisation agreement</i> |
| STCIA | Socle technique commun interarmées |
| T2 | Titre 2 |
| TOC | <i>Tactical operational center</i> |
| UE | Union Européenne |
| UFR | Unité de formation et de recherche |
| UGAP | Union des groupements d'achat public |
| UMDA | Unité mobile de décontamination des armées |
| UMO | Unité médicale opérationnelle |
| UMR | Unité mixte de recherche |
| VAR | Variation annualisée du référentiel |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| VSSA | Volontaire du service de santé des armées |
| ZDS | Zone de défense et de sécurité |
| ZF | Zone fonctionnelle |

GLOSSAIRE

Capacité d'entrer en premier

La capacité d'entrer en premier correspond à la capacité « d'ouvrir » un théâtre, d'être un précurseur, d'être en « pole position ». Il s'agit d'une capacité opérationnelle que la France détient grâce :

- à la structure de ses forces ;
- à un système politico-militaire qui permet d'aller vite, bien ;
- à la disponibilité de planification qui couvre une large palette d'action.

Cette capacité est confortée par une acceptation globale de l'opinion publique, du moment que l'intervention est justifiable pour des objectifs extérieurs et pas seulement par l'intérêt français.

Cette capacité d'entrer en premier est une spécificité française parmi les pays européens. Elle est, en ce sens, unique. Elle a été mise en œuvre en particulier en Libye et au Mali.

Au niveau européen, seul le Royaume-Uni peut avoir la même approche.

Du côté de l'OTAN, seuls les États-Unis remplissent une fonction identique.

Défense intelligente (*Smart defence*)

En temps d'austérité, chaque euro, dollar ou livre sterling compte. Le concept otanien de défense intelligente introduit une nouvelle manière de concevoir la création des capacités de défense modernes dont l'Alliance aura besoin pour la décennie à venir et au-delà. La défense intelligente, c'est une nouvelle culture de la coopération qui encourage les alliés à collaborer pour le développement, l'acquisition et le maintien en condition des capacités militaires nécessaires pour assumer les tâches essentielles de l'Alliance définies dans le nouveau concept stratégique de l'OTAN. Cela implique de mutualiser et de partager les capacités, de définir des priorités et de mieux coordonner les efforts de chacun.

Directive nationale de sécurité

Douze secteurs d'activités d'importance vitale ont été définis dans un arrêté du 2 juin 2006, modifié par un arrêté du 3 juillet 2008.

Chaque secteur est rattaché à un ministre coordonnateur chargé du pilotage des travaux et des consultations interministérielles.

Il revient à chaque opérateur d'identifier, dans son système de production, les composants névralgiques et de les proposer comme points d'importance vitale devant faire l'objet d'une protection particulière. Il dispose pour cela de la directive nationale de sécurité du secteur dans lequel il exerce. Ce document décrit les menaces, identifie les vulnérabilités génériques, fixe les exigences de protection et détermine les mesures graduées à mettre en œuvre en fonction de l'intensité de la menace, en cohérence avec le plan gouvernemental Vigipirate. 21 directives ont été approuvées par le Premier ministre. Elles spécifient les menaces à prendre en compte, les enjeux, les vulnérabilités et les objectifs de sécurité correspondants.

L'élaboration des directives nationales de sécurité et des documents méthodologiques a constitué une phase essentiellement conceptuelle. Lui succède actuellement la première mise en œuvre des directives. 150 opérateurs d'importance vitale ont été désignés dans sept secteurs dont l'alimentation, la gestion de l'eau,

l'énergie, la santé et les transports. Ils ont commencé à élaborer leurs plans de sécurité.

L'opérateur conçoit un système de sécurité à deux étages : un plan de sécurité pour l'ensemble de ses activités relevant du ou des secteurs traités, et des plans particuliers de protection pour chacun de ses points d'importance vitale. Un guide méthodologique a été élaboré à cet effet.

Dispositif santé de veille opérationnelle (DSVO)

La mission du Service de santé des armées est d'assurer le soutien santé des forces. La prise en compte de cette mission nécessite la mise sur pied d'un dispositif santé de veille opérationnelle, véritable système santé de réponse opérationnelle d'urgence aux différentes missions qui peuvent lui être confiées dans un cadre national ou multinational. Ce dispositif, mis en œuvre depuis juillet 2006 sur décision de l'État-major des armées (EMA), se substitue aux différents plans qui existaient (plan RENFORCE, RENHOSP et RENSPE) et à la Force d'assistance humanitaire militaire d'intervention rapide (FAHMIR).

Module de réanimation pour patients à haute élévation d'évacuation (MORPHEE)

Un avion équipé des modules de type MORPHEE permet d'évacuer jusqu'à douze blessés graves sur des vols de longue distance. Ce système est opérationnel depuis 2006.

Véritable service de réanimation volant, MORPHEE est conçu pour assurer :

- au patient, un niveau de soins comparables à celui d'un service hospitalier de soins intensifs ;
- à l'équipe médicale, un espace de travail ergonomique permettant des soins de réanimation lourde ;
- aux armées françaises, une capacité d'évacuation médicale collective susceptible d'être mise sur pied sous court préavis et adaptable au besoin.

Les avions ravitailleurs C135-FR de l'armée de l'air sont équipés pour recevoir le kit MORPHEE (modules de transport des patients, alimentation en énergie, climatisation, plateau technique).

Il existe deux types de modules : le module lourd pour soins intensifs, permettant la prise en charge d'un patient grave placé sous assistance respiratoire et perfusé, le module léger pour le transport de deux patients moins graves, perfusés.

Le service de santé des armées stocke deux dotations médicales (médicaments et matériels médicaux) garantissant la permanence opérationnelle.

L'équipe médicale MORPHEE est composée de deux médecins, cinq infirmiers, deux convoyeurs de l'air et, selon les besoins de la mission, un psychiatre, un spécialiste des brûlés, un chirurgien ou un officier de liaison étranger. Une équipe est d'astreinte en permanence.

Les deux premières évacuations par avion MORPHEE ont été réalisées en 2008. Chacune a permis d'évacuer onze soldats blessés, le 18 mars à partir du Kosovo et le 19 août, à partir de l'Afghanistan, à la suite de l'embuscade d'Uzbeen. En 2011, le dispositif a permis l'évacuation à plusieurs reprises de soldats blessés en Afghanistan. Les patients ont été admis dans les hôpitaux militaires parisiens.

Nation cadre (source AJP 4.10 (A))

Une Nation cadre (NC) est une nation qui assume la responsabilité de coordonner et/ou de fournir un soutien spécifique, et d'autres fonctions, sur une zone géographique donnée au profit d'autres nations contributrices. Normalement les questions administratives, légales et fonctionnelles entre les nations contributrices (CN) et la NC, font partie d'un arrangement qui peut prendre la forme d'un *Memorandum of understanding* (MOU). Lors d'une opération de l'OTAN, plus d'une NC peut être désignée pour fournir des panels spécifiques de soutien.

La mission d'une NC est identique à celle d'une nation spécialiste, à l'exception du fait que la NC a un spectre plus large d'activités de soutien et de zone d'intérêt. Le soutien médical d'un état-major et les évacuations sanitaires couvrant un secteur spécifique dans une zone d'opération peut être inclus dans le rôle de NC.

NSPA (NATO Support Agency – Agence OTAN de soutien)

L'Agence OTAN de soutien (NSPA) est l'agence prestataire de services et de logistique intégrée de l'OTAN, née du regroupement des anciennes agence OTAN d'entretien et d'approvisionnement (NAMSA), agence de gestion des oléoducs en Centre-Europe (CEPMA) et agence OTAN de gestion du transport aérien (NAMA). La NSPA est un organisme intégralement financé par ses clients, qui fonctionne selon le principe de l'absence de profits et de pertes. Elle emploie quelque 1.200 personnes et a son siège au Grand Duché de Luxembourg (à Capellen), ainsi que des centres d'exploitation au Luxembourg, en France, en Hongrie et en Italie.

La NSPA est l'organe exécutif de l'Organisation OTAN de soutien (NSPO), dont sont membres les 28 pays de l'OTAN. Ces pays sont représentés au Comité de surveillance d'agence (ASB) de la NSPO, qui dirige et contrôle les activités de la NSPA. La NSPA réunit en une seule structure les activités de soutien de l'OTAN en matière de logistique et d'achats et fournit des solutions de soutien multinational intégré à ses parties prenantes. La création de la NSPA s'inscrit dans le cadre de la nouvelle approche des dépenses de défense en période d'austérité adoptée par l'OTAN sous l'intitulé « défense intelligente », dont le « soutien intelligent » est un élément-clé.

Organisation territoriale interarmées de défense (OTIAD)

De manière générale et par vocation naturelle, les armées participent à la sécurité publique. En effet, elles sont les forces armées de la Nation, et donc, en tant que telles, un outil privilégié mis à la disposition du gouvernement qui en détermine l'emploi selon les circonstances et les besoins. En cas de crise sur le territoire national, la chaîne de commandement de l'OTIAD se met en place parallèlement à la chaîne civile à chacun de ses niveaux dans un même cadre géographique, le territoire national, réparti en « zones de défense et de sécurité » (ZDS). Dans ces zones de défense et de sécurité, cette coordination est assurée sur le plan militaire :

- en métropole, par un officier général de zone de défense et de sécurité (OGZDS), assisté d'un état-major interarmées et représenté, à l'échelon du département, par un délégué militaire départemental (DMD) ;
- dans les départements et collectivités d'outre-mer, par l'officier général commandant supérieur (COMSUP), officier général commandant de zone de défense.

Cette chaîne opérationnelle est placée sous l'autorité du Chef d'état-major des armées qui exerce le commandement opérationnel de l'ensemble des forces engagées.

Pooling and sharing

Les États-membres de l'Union Européenne font face à des menaces sécuritaires similaires et aux mêmes contraintes financières. La mise en place d'une stratégie efficace et intelligente de mutualisation et de partage des moyens, le *pooling and sharing*, vise à réduire les coûts et optimiser l'efficacité des capacités européennes.

Cette stratégie s'est concrétisée avec l'initiative capacitaire de Gand, sous présidence belge (en 2010). Afin de mutualiser (*pooling*) et partager (*sharing*) les capacités et les structures, plusieurs axes ont été proposés : l'harmonisation des besoins militaires entre les différents États-Membres, la coopération en matière de recherche, la formation et les exercices, la mise en commun des structures de commandement et des procédures.

L'initiative dite de Weimar – car portée par l'Allemagne, la France et la Pologne – a confirmé cette démarche en plaidant pour une politique de sécurité et de défense commune progressant sur la base d'idées concrètes, telles que la mutualisation capacitaire ou l'amélioration des structures de commandements et de gestion des crises par l'Union européenne avec notamment un QG militaire ou des *battlegroup* (groupes de combat) à fonction militaire. Le Conseil des Affaires Européennes a entériné la voie ouverte par l'initiative de Weimar.

Concrètement le *pooling and sharing* consiste en une série de projets chacun initiés et encadrés par un État-membre particulier (dit « nation-cadre »). Une dizaine de projets ont ainsi été proposés fin 2011, parmi eux, la France encadre la mutualisation du soutien technique aux avions ravitailleurs de type MRTT et la formation des pilotes de transport.

Secteur d'activité d'importance vitale

Le dispositif de sécurité des activités d'importance vitale constitue le cadre permettant d'associer les opérateurs, publics ou privés, au système national de protection contre le terrorisme, d'analyser les risques et d'appliquer les mesures de leur niveau en cohérence avec les décisions des pouvoirs publics.

Il est inséré dans le code de la défense, notamment ses articles R.1332-1 à 1332-42, pris sur le fondement de ses articles L.1332-1 à 1332-7.

Il réforme en profondeur, en les unifiant, les dispositifs antérieurs applicables aux installations d'importance vitale et aux points et réseaux sensibles, et donne ainsi une assise juridique solide au nouveau dispositif, qui fait disparaître les anciennes réglementations.


Ce dispositif s'inscrit plus largement dans une démarche d'ensemble visant à adapter les conditions dans lesquelles la Nation se prémunit contre toute menace, notamment la menace terroriste, explicitement prise en compte dans les articles précités du code de la défense, en améliorant l'articulation des dispositions qui mettent en œuvre respectivement les pouvoirs publics et les opérateurs, en particulier dans le cadre du plan Vigipirate et de ses mesures opérationnelles graduées.

L'instruction générale interministérielle n° 6600/S GDN/PSE/PPS du 26 septembre 2008 est un mode d'emploi de la mise en œuvre du dispositif de sécurité des activités d'importance vitale. Elle comporte un rappel des textes législatifs et réglementaires fondateurs auxquels il convient de se référer en tant que de besoin.

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe n°1 Les évolutions récentes et en cours des composantes du Service de santé des armées.
- Annexe n°2 Le projet du Service de santé des armées au crible des grandes orientations structurant la santé publique.
- Annexe n°3 Les bénéficiaires du Service de santé des armées.
- Annexe n°4 Le soutien santé au profit de la gendarmerie nationale.
- Annexe n°5 La réserve dans le Service de santé des armées.
- Annexe n°6 L'organisation du soutien odontologique dans le Service de santé des armées.
- Annexe n°7 Les pratiques vétérinaires au sein du Service de santé des armées.
- Annexe n°8 Les missions des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées.
- Annexe n°9 La préparation « milieux » et opérationnelle.
- Annexe n°10 La médecine d'urgence adaptée aux missions opérationnelles du Service de santé des armées.
- Annexe n°11 Les troubles psychiques post-traumatiques.
- Annexe n°12 Le pilotage de la performance hospitalière.
- Annexe n°13 Les pôles d'excellence pédagogique dans le Service de santé des armées.
- Annexe n°14 Le transfert de l'Ecole du personnel paramédical des armées vers le site de Lyon-Bron.
- Annexe n°15 Les parcours professionnels des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées.
- Annexe n°16 Les caractéristiques et les vulnérabilités des systèmes d'information et de communication.
- Annexe n°17 Les projets « Hôpital numérique » et « Dossier médical personnel partagé ».
- Annexe n°18 Les enjeux et l'impact de la télémédecine sur l'évolution du Service de santé des armées.
- Annexe n°19 La gestion des opérations d'investissement.
- Annexe n°20 Le management par la qualité.

| | | |
|---|--|-------------------|
|  | <p>Les évolutions récentes et en cours des composantes du Service de santé des armées</p> | <p>Annexe n°1</p> |
|---|--|-------------------|

Le programme actuel de modernisation du SSA s'inscrit dans le prolongement d'une profonde mutation initiée en 1997. Lancé en 2008 sous l'impulsion de la révision générale des politiques publiques, il a été renforcé en 2011 par un projet de service intégrant les observations du rapport de la Cour des comptes de 2010.

Cette démarche, qui vise à adapter le SSA aux nouveaux enjeux de défense et de santé publique, s'attache à rationaliser l'organisation de ses composantes, optimiser les moyens qu'il mobilise, et améliorer sa performance économique globale.

A partir de 2015, ces transformations auront permis d'économiser 659 postes et représenteront un gain financier annuel de 39.8 M€ par rapport à la situation initiale de 2008.

Pour autant, une nouvelle feuille de route s'avère nécessaire pour surmonter les limites d'un plan de transformation partiel et peu anticipatif des changements à venir. Un nouveau projet de service servira de fondement à une réforme ambitieuse favorisant de nouvelles synergies avec le service public de santé.

Interarmisation du soutien santé direct des forces armées

La dynamique d'interarmisation de la médecine d'unité initiée en 2003 s'est achevée le 1er janvier 2011, avec la création des Centres médicaux des armées dans les Bases de défense, dont l'objectif est de concentrer l'ensemble des moyens relevant de la fonction santé au sein d'un centre médical unique et interarmées.

Création d'un parcours de soins du ressortissant de la défense

La redéfinition de l'offre de soins au profit de la communauté de défense a été initiée en juin 2011 et s'est traduite par la mise en place d'un parcours de soins entre les CMA et les HIA. S'adressant aux militaires, aux civils de la défense, et au-delà à toute la communauté de défense, ce parcours entend coordonner les actions des CMA et des HIA en matière de prévention ou de prise en charge médicale globale, au profit notamment des blessés en opérations. Deux ans après son lancement, les échanges interrégionaux se sont renforcés et le dispositif comprend désormais, par exemple, des consultations délocalisées de spécialistes hospitaliers dans les CMA.

Ouverture au monde de la santé publique civile

Sur le fondement de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011⁸⁰, deux GCS entre un HIA et un établissement de santé civil ont été créés, à Bordeaux (HIA Robert Picqué-MSP Bagatelle) et Paris (HIA du Val-de-Grâce – GH Cochin Broca Hôtel-Dieu). Une directive de la DCSSA du 17 janvier 2011 a par ailleurs demandé⁸¹ aux médecins-chefs des HIA et aux directeurs régionaux du SSA de renforcer leurs relations avec les agences régionales de santé dans le cadre, notamment, des travaux des conférences de territoire de santé.

⁸⁰ Cette loi a autorisé les établissements du SSA à participer à des réseaux de santé ou groupements de coopération sanitaire et de moyens.

⁸¹ Directive du 17 janvier 2011.

Regroupement de la recherche biomédicale de défense

Initié en 2008, ce regroupement s'est concrétisé par la création de l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) en mars 2009 à Brétigny-sur-Orge. Après la fermeture des antennes de Brétigny-sur-Orge (ex-institut de médecine aérospatiale du SSA) en 2010 et de Toulon (ex-institut de médecine navale du SSA) en 2011, les sites de La Tronche et Marseille ont à leur tour fermé en juin 2013.

Ces évolutions ont été mises à profit pour revoir la gouvernance de la recherche du SSA dans une approche interarmées, et créer une commission d'échanges et d'expertises technico-opérationnelles (CEETO) afin d'appréhender globalement les demandes des états-majors et adapter au mieux les activités de recherche du SSA, ainsi qu'un comité opérationnel de la recherche (CORe). Les projets fédérateurs (NRBC et santé du militaire en opérations), élaborés en partenariat avec la DGA et l'EMA répondent aussi à ce besoin dans le cadre d'un pilotage tripartite (EMA, DGA et SSA) de la recherche biomédicale de défense.

Réorganisation de la chaîne de formation du SSA


En 2008, le SSA a entamé la réorganisation de la formation initiale des praticiens des armées poursuivant ainsi un double objectif : prendre en compte les nouvelles perspectives d'engagement en opérations extérieures et rationaliser le dispositif de formation initiale des praticiens des armées. Le regroupement de la formation initiale des praticiens sur un seul site est effectif depuis le 1er juillet 2011, avec la fermeture des deux écoles du service de santé des armées (ESSA) de Bordeaux et de Lyon-Bron et la création simultanée d'une nouvelle et unique école de formation des praticiens des armées sur le site de Lyon-Bron, l'école de santé des armées (ESA). Le centre de formation opérationnelle santé (CeFOS) a été créé le 1er juillet 2012 sur le site de La Valbonne et constitue un pôle de formation initiale, milieu et opérationnelle réalisant notamment la préparation et la mise en condition avant projection de l'ensemble du personnel santé.

Rationalisation du ravitaillement et de la logistique sanitaire

L'adaptation du ravitaillement sanitaire, entamée en 2005, s'est poursuivie jusqu'en 2013. Après la fermeture des établissements de Brest et Mondeville en 2009, celui de Chartres a fermé le 1er juillet 2013. Cette réorganisation conduit à un dispositif resserré sur trois sites (Orléans, Marseille et Vitry-le-François), concentrant les fonctions logistique santé et « achats-finances » au profit de l'ensemble des formations du SSA. Elle implique également la reconstruction d'un Etablissement central des matériels du SSA (ECM SSA) en un établissement de constitution et de maintenance des unités médicales opérationnelles (ECM UMO) du service de santé des armées sur le site d'Orléans-Chanteau, dont la livraison est prévue en août 2015.

Définition d'une nouvelle gouvernance au sein du Service

La création en 2005 des directions régionales interarmées du SSA avaient permis de réduire d'un tiers le nombre de directions régionales du SSA ; en avril 2013, l'organisation des DRSSA a été simplifiée selon une approche processus (création de 3 bureaux : technique, ressources, organisation). Par ailleurs, un arrêté du 9 novembre 2012 réorganise la direction centrale du Service afin de préparer son insertion dans le projet Balard et son inscription dans la réforme du haut commandement des armées.

| | | |
|---|--|------------|
|  | Le projet du Service de santé des armées au crible des grandes orientations structurant la santé publique | Annexe n°2 |
|---|--|------------|

L'ouverture au service public de santé est un des 5 principes fondateurs du projet du Service de santé des armées (SSA). Elle concerne l'ensemble de ses composantes et de ses fonctions « support ». Ce positionnement, inédit pour le Service, impose la connaissance des directives qui structurent le monde vers lequel il s'ouvre. Deux étapes majeures ont marqué la dernière décennie :

- la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST ;
- la stratégie nationale de santé (SNS), présentée le 23 septembre 2013 par Madame la Ministre chargée des affaires sociales et de la santé, et support de la loi de santé publique qui sera promulguée en 2014.

Le projet du Service de santé des armées veut s'inscrire dans ce dispositif stratégique et réglementaire, en respectant ses missions prioritaires que sont la mise en condition et le soutien des combattants projetables sur les théâtres d'opérations.

Certains éléments de la loi HPST et de la SNS concernent directement le Service et sont rappelés dans le tableau ci-dessous.

| Loi HPST - 2009 | Stratégie Nationale de Santé - 2013 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Modernisation des établissements de santé <ul style="list-style-type: none"> o missions de service public o contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens o statut et gouvernance des établissements publics (pôles) o coopérations entre établissements o création de l'ANAP⁸² - Accessibilité des soins et qualité <ul style="list-style-type: none"> o premier recours o développement professionnel continu o coopération des professionnels de santé o contrats santé solidarité - Prévention et santé publique - Organisation territoriale <ul style="list-style-type: none"> o création des ARS⁸³ | <ul style="list-style-type: none"> - Constat de départ : la progression des inégalités de santé - 1^{er} axe : prioriser les approches préventives par rapport aux approches curatives - 2^e axe : organisation des soins devant garantir l'égalité d'accès dans une logique territoriale <ul style="list-style-type: none"> o soins de proximité par des équipes pluriprofessionnelles o promotion de la recherche o adaptation de la formation initiale et continue o systèmes d'information partagés - 3^e axe : déconcentration et démocratie sanitaire <ul style="list-style-type: none"> o action territoriale menée par les ARS o pilotage national o implication des patients et présence de représentants dans le fonctionnement et l'évolution du service public de santé |

Des dispositions complémentaires et parfois divergentes

La territorialisation et la régionalisation de la régulation de l'offre de soins sont communes aux deux directives. Le positionnement du patient au cœur du dispositif, prôné par la SNS s'appuie sur les ARS, créées par la loi HPST et dont les leviers d'action seront renforcés.

⁸² ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

⁸³ ARS : Agences régionales de santé

La démarche préventive, inscrite dans les deux textes, devient, dans la SNS, prioritaire par rapport à la démarche curative, en s'enrichissant des concepts de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et gestion des risques sanitaires et liés aux situations de crises.

La SNS précise les principes et les moyens du « parcours de soins », en particulier le rôle des équipes pluri-professionnelles, les transferts de compétences et l'intégration des nouveaux métiers. La promotion de systèmes d'information interopérables permettra la circulation de l'information entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient et l'étude de nouveaux modes de rémunération destinés à faciliter l'adhésion des professionnels. Par ailleurs, la SNS accorde une place importante aux évolutions dans le domaine de la formation initiale et continue, aux performances de la recherche, avec l'objectif de faciliter l'accès à l'innovation diagnostique et thérapeutique.

A l'inverse, les dispositions de la loi HPST dans le domaine de la collaboration entre établissements de santé (groupements de coopération sanitaire [GCS] et communautés hospitalières de territoire [CHT]), ne sont pas retrouvés de façon explicite dans la SNS, davantage centrée sur le premier recours et l'articulation entre les domaines sanitaire, médico-social et social, dans un souci de maîtrise des inégalités de santé et d'accès aux soins.

Enfin, on relève une divergence significative de conception du service public, la loi HPST ayant défini un ensemble de missions de service public devant être assumées par les établissements sous statut public mais pouvant également être dévolues, sous conditions, à des établissements de droit privé. La SNS rétablit la notion de service public hospitalier, composante du service public territorial de santé.

La prise en compte par le Service de santé des armées des orientations de la santé publique

Intégration de la notion de régionalisation et de territorialisation

Le projet du SSA met l'accent sur la collaboration des structures du service avec les instances régionales de régulation et avec les acteurs territoriaux. Ainsi, les activités hospitalières militaires doivent être coordonnées avec celles des établissements proches grâce à un double pilotage, par la direction du service et l'ARS concernée, selon une logique de double flux.

Dans le domaine du premier recours, un dialogue collaboratif sera instauré entre les centres médicaux des armées régionaux et les ARS. Il permettra d'encadrer l'intervention des professionnels de santé militaires au sein de dispositifs sous la responsabilité de l'ARS, tels que la permanence des soins ambulatoires et la prise en charge des urgences. La chaîne hiérarchique propre au SSA sera néanmoins conservée pour garantir la cohérence et la réactivité indispensables au soutien de forces armées projetables. Ceci justifie l'intégration seulement partielle par les établissements de soins du SSA du concept de démocratie sanitaire.

Prévention et promotion de la santé

Le projet a individualisé des actions ciblées de prévention qu'il sera nécessaire de compléter par des actions d'éducation sanitaire. Ces actions concerneront des domaines variés : affections métaboliques, activité physique et sportive, stress post-traumatique, lutte contre les addictions....

Dans ce cadre, des collaborations variées avec la CNMSS ont été développées et seront poursuivies : organisation conjointe DCSSA/CNMSS d'actions de sensibilisation à la vaccination dans les HIA et certains centres médicaux des armées (CMA), mise en place de stands d'information de la CNMSS dans les HIA organisateurs pour les journées à

thème (tabac, cancer...), participation active des antennes médico-administratives dans le cadre de la relation de proximité...

Gestion des risques et des crises sanitaires

Le rapprochement initié entre le SSA et la Direction Générale de la Santé permettra d'identifier les complémentarités capacitaires dans le cadre de ces situations de crises. Ces collaborations impliqueront les moyens d'intervention du Service, notamment dans le cas du risque NRBC, et les fonctions logistiques spécialisées dans le cadre de leur partenariat avec l'EPRUS.

Parcours de soins

Cette notion concerne le parcours de soins des militaires et des membres de la communauté de défense, piloté par les professionnels de santé du service, ainsi que les patients civils effectuant un segment de leur parcours au sein des structures militaires, en particulier des hôpitaux.

Cette perspective concrète suppose un travail de structuration précisant les responsabilités dans la coordination des parcours, le développement de systèmes d'information interopérables avec les autres acteurs de santé du territoire, l'ouverture de filières vers les nouveaux métiers de la santé et l'encadrement des transferts de compétences, tant sur le territoire national qu'en opérations extérieures.

Formation et recherche

La formation professionnelle spécialisée initiale est entièrement universitaire. Elle est cependant articulée avec une formation spécifique au Service, préparant les futurs professionnels de santé militaires à leur emploi, notamment dans le contexte des opérations, imposant une pratique experte de la médecine d'urgence.

Le transfert de l'Ecole du personnel paramédical des armées sur le site de Lyon-Bron permettra le rapprochement des futurs praticiens et paramédicaux, répondant au pluri-professionnalisme très présent dans la SNS.

Le projet prévoit la création d'une filière d'enseignants de médecine générale appliquée aux forces armées et entérine l'accueil d'internes militaires et civils dans les CMA à l'occasion de stages du troisième cycle.

Le Service de santé des armées s'est résolument inscrit dans le processus de développement professionnel continu (DPC). La spécificité opérationnelle est très marquée afin de maintenir l'adaptation des professionnels de santé au milieu très particulier des opérations extérieures en intégrant les évolutions techniques et les nouvelles procédures issues des expériences acquises. Le service n'a toutefois pas l'ambition de satisfaire la totalité du besoin de formation continue et une partie sera assurée par des organismes civils. Le service étudie aussi la possibilité de proposer l'accès aux formations opérationnelles militaires à des professionnels civils.

Les efforts de recherche portent sur les travaux d'amont et sur la recherche clinique, à propos de thématiques en rapport avec les activités opérationnelles du service, peu abordées par les équipes civiles (prise en charge des irradiés, réponse au stress post-traumatique, adaptation aux conditions extrêmes...).

Dimension collaborative

En 2009, la loi HPST a renouvelé les modalités de collaboration entre établissements, de type GCS et CHT. Cette dimension est intégrée dans le projet de service, et illustrée par la

signature récente de conventions de GCS entre des établissements hospitaliers militaires et civils, démarche qui se poursuivra.

Toutefois, les spécificités militaires, dominées par la disponibilité du personnel pour les opérations extérieures, induisent des contraintes nécessitant d'élaborer de nouveaux modèles, telles que les équipes civilo-militaires de territoire évoquées dans le projet.

Concept de service public

Ce concept a été rénové dans la SNS. En effet, le service public hospitalier doit réapparaître dans la future loi de santé publique, qui verra aussi naître le concept de service public territorial de santé, dont la mission est la satisfaction des besoins de santé au plus près de la population. Ces dispositions sont d'une importance primordiale car elles constituent le cadre de l'insertion du SSA dans son environnement public de santé.


Ces notions ont été intégrées dans le projet du SSA. Ce dernier affirme clairement sa volonté de devenir un acteur reconnu du service public de santé. Cette volonté concerne l'ensemble du service et tout particulièrement sa composante hospitalière et celle de premier recours.

Alors qu'une telle position n'a jamais été envisagée pour le premier recours, elle constitue aussi une innovation radicale pour les hôpitaux qui, jusqu'à présent, n'assuraient qu'un simple concours au service public, c'est à dire sans engagement vis-à-vis des autres acteurs des territoires, des autorités de régulation et même des patients susceptibles de recourir aux prestations hospitalières militaires.

Cette démarche apparaît donc très structurante pour le SSA car elle impose une articulation entre les engagements liés au statut d'acteur du service public de santé et la mission princeps de soutien des forces armées en opérations. Il s'agit donc d'un enjeu majeur pour le succès de l'ensemble du projet actuel.

Conclusion

Cette revue démontre l'intégration par le SSA, dans son projet, des évolutions législatives et réglementaires récentes de la santé publique française, dans l'optique d'une articulation optimale entre les deux mondes, tout en respectant leurs missions respectives, dans un esprit de complémentarité, de synergie, pour un résultat « gagnant-gagnant ».

| | | |
|---|--|-------------------|
|  | <p>Les bénéficiaires du Service de santé des armées</p> | <p>Annexe n°3</p> |
|---|--|-------------------|

Si le service de santé des armées, dans ses hôpitaux, prend en charge ses patients indépendamment de leur catégorie socioprofessionnelle et de leur statut social, son dimensionnement actuel et à venir lui impose, dans ses centres médicaux et dans le cadre de la projection, de distinguer plusieurs catégories de bénéficiaires.

Les personnels militaires et leurs familles

Quel que soit leur motif de recours (problème de santé en lien direct avec l'activité opérationnelle ou retentissant sur la capacité opérationnelle du militaire, prise en charge d'une blessure ou maladie présumée ou reconnue imputable au service, d'une affection non liée au service et survenant hors contexte opérationnel), le SSA assure le soutien du personnel militaire, d'active et de réserve, incluant le personnel de la gendarmerie nationale. Cette priorité s'étend aux militaires étrangers des coalitions dans lesquelles la France est partie prenante.

Les membres de la famille relevant de la responsabilité propre du militaire (conjoint(e) et enfants notamment) peuvent être pris en charge, plus particulièrement lorsque le militaire est soumis à une forte mobilité géographique en métropole et à une importante sujétion opérationnelle.

Les autres usagers de la communauté de défense

Dans la mesure où il en a les moyens et la disponibilité, le service dispense ses prestations de soins et hors du soin, à d'autres bénéficiaires.

Lorsqu'il ne peut les dispenser lui-même il intervient comme organisateur et garant de la qualité du service, en coopération avec les acteurs du service public de santé.

Ces autres bénéficiaires sont les anciens combattants et victimes de guerre, les civils de la défense, les militaires étrangers hors contexte opérationnel et les retraités de la défense.

Les civils hors communauté de défense


Les patients des territoires de santé

Dans le cadre de sa participation au service public de santé, et de sa volonté affirmée d'en devenir un acteur missionné par le ministère chargé de la santé, le SSA prendra en charge dans ses hôpitaux tout patient des territoires de santé. A terme, le personnel du SSA inséré dans des structures du service public de santé proposera ses soins aux mêmes patients, y compris dans les établissements de premier recours.

L'aide médicale aux populations en opérations extérieures

En opérations extérieures, l'aide médicale aux populations demeure une spécificité de l'engagement du SSA français⁸⁴. Elle contribue à l'acceptabilité des forces projetées. Elle permet aux professionnels de santé de maintenir une expertise étendue à des domaines liés à l'environnement (zone intertropicale par exemple) ou aux types de populations prises en charge (pédiatrie, obstétrique, pathologie de la malnutrition). Elle peut occasionnellement s'inscrire dans les actions militaro-humanitaires.

⁸⁴ Doctrine interarmées DIA-3.10.3.1 de l'aide médicale aux populations - 2009.

| | | |
|---|--|-------------------|
|  | <p>Le soutien santé au profit de la gendarmerie nationale</p> | <p>Annexe n°4</p> |
|---|--|-------------------|

Le service de santé des armées assure le soutien médical de la gendarmerie nationale dans le cadre de l'accord signé en 2008 entre le ministère de la défense et le ministère chargé de l'intérieur.

Depuis 2011, toutes les unités de la gendarmerie sont soutenues par des antennes médicales des centres médicaux des armées, dont certaines sont implantées en infrastructure gendarmerie. Cette mesure a permis de garder un soutien santé de proximité ainsi que des conseillers auprès des états-majors de région, se traduisant par un gain de temps au profit des usagers et une économie de moyens. L'organisation de ce soutien santé a été conduite par les directions régionales du SSA en liaison avec les commandements de la gendarmerie situés dans leur aire de responsabilité.

Le projet de service « SSA 2020 » fixe des axes d'intervention pour la médecine des forces. Ces axes s'appliquent également au profit de la gendarmerie, dont le service de santé des armées reste l'opérateur unique et le responsable en matière de soutien santé. Pour ce qui concerne plus particulièrement le parcours de santé du militaire, l'ensemble des prestations est offerte à la gendarmerie⁸⁵.

Quelles que soient les évolutions, le lien direct entre la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) et la direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) doit être maintenu.

Cinq axes d'intervention méritent d'être individualisés.

Adapter en permanence l'organisation du soutien santé

Les besoins de la gendarmerie doivent être pris en compte lors de toute étude par le SSA de l'évolution possible de l'offre de soins fournie par les CMA. Pour cela des contacts réguliers continueront à être établis par l'intermédiaire de l'inspecteur du service de santé pour la gendarmerie et le conseiller santé de la DGGN. Par ailleurs, la désignation de médecins référents « gendarmerie » au profit du commandement régional pérennise le conseil au commandement personnalisé.

Prendre en compte les nouvelles missions opérationnelles

Le service de santé des armées conçoit et organise le soutien santé des opérations et, à ce titre, prend en charge, au sein de sa chaîne santé, le personnel militaire de la gendarmerie engagé dans les opérations extérieures et les missions intérieures menées par la gendarmerie. Afin de garantir une prise en charge optimale des malades et des blessés en opérations et en missions, le SSA doit être associé en amont à toute réflexion opérationnelle dans un cadre national ou multinational. Cette démarche doit être élargie au retour d'expérience.

⁸⁵ En 2012, la part de l'activité assurée par le SSA au profit de la gendarmerie est de 4,9% des demandes de soutien, 12% des actes techniques, et 31% des visites médicales périodiques.

Encourager les partenariats entre la composante recherche du SSA et la gendarmerie

La gendarmerie doit bénéficier des compétences du SSA en matière de recherche appliquée aux activités opérationnelles. Des partenariats peuvent notamment être développés avec la Commission d'échanges et d'expertises technico-opérationnelle (CEETO).

Intégrer la gendarmerie dans tous les plans de santé publique

Le service de santé des armées, porteur de nombreux plans de prévention en santé publique en cours d'élaboration au sein du ministère de la défense, confiés ou non au SSA, doit associer impérativement la gendarmerie dans cette démarche. Cela a été le cas, par exemple, pour le plan concernant les troubles psychiques post traumatiques, couvrant la période 2011-2013, et pour le nouveau plan 2013-2015 en cours de mise en œuvre. Les actions déjà entreprises doivent perdurer. Il doit être envisagé de mener des actions spécifiques après des études conjointes menées par la DCSSA et la DGGN.

Bénéficier d'une prestation de service de la part de la gendarmerie au profit de certains CMA

Une politique doit être développée entre le SSA et la gendarmerie. En effet, l'exercice médical, dans les antennes médicales en enceinte gendarmerie⁸⁶ mais aussi dans les autres antennes soutenant un effectif militaire significatif de la gendarmerie⁸⁷, est possible grâce à l'affectation de personnel, de moyens, de véhicules et d'infrastructure au budget de la gendarmerie nationale. Une instance de dialogue périodique doit permettre à la DCSSA et à la DGGN, en vue de maintenir une cohérence dans les prestations exercées au profit de ses bénéficiaires, de planifier les besoins nécessaires dans la durée.

⁸⁶ 47 antennes sont concernées.

⁸⁷ 26 antennes sont concernées.

| | | |
|---|---|------------|
|  | La réserve dans le Service de santé des armées | Annexe n°5 |
|---|---|------------|

Les réserves, partie intégrante des armées, sont composées de la réserve opérationnelle et de la réserve citoyenne. Dans le cadre du projet « SSA 2020 », les réserves ont un rôle essentiel à jouer dans l'ouverture et l'ancrage du Service dans le service public de santé. A cette fin, une politique d'emploi et organisationnelle a été définie ainsi que des mesures de fidélisation permettant d'optimiser, valoriser et pérenniser ces personnels au sein des réserves.

La réserve opérationnelle, de par ses missions historiques (subsidiarité, complémentarité, expertise), a un rôle indispensable pour renforcer les personnels d'active, apporter si besoin des compétences non détenues par le Service et maintenir l'esprit de défense.

Un des axes majeurs du Service est de renforcer les missions des réservistes en tant qu'acteurs des réseaux de soins. Implantés localement de manière pérenne, ils auront pour missions d'identifier l'ensemble des composantes du réseau de soins développé à proximité des établissements du service (HIA, CMA), d'y faire connaître le SSA, d'y introduire les personnels du SSA nouvellement arrivés sur un site et d'animer ce réseau indépendamment des mutations des personnels d'active dans leurs établissements. Ces actions seront animées par un réseau de réservistes coordonnateurs, point central de la politique d'ouverture et de communication de la réserve (animation, intermédiation, facilitation, suivi) mais également aidant à la gestion et à la prise en charge administrative du réserviste.

Au sein d'un établissement donné, le réserviste pourra être le point d'entrée dans le réseau de soins local et faciliter les actions suivantes :

- mener des actions auprès de ses correspondants du service public de santé, quels que soient leurs niveaux de responsabilité, en ayant en particulier un rôle d'impulsion au sein des projets médicaux de GCS ;
- faciliter la continuité des soins ;
- faciliter l'établissement de conventions « partenaire de la défense » ;
- permettre une coopération et des échanges entre les différentes structures hospitalières civiles et les CMA.

Les réservistes occuperont des postes à responsabilités (responsabilités de domaine, de chaîne, de projet ou d'audit) au sein desquels ils pourront faire bénéficier le SSA de leurs compétences, de leurs réseaux et de leur capacité à diffuser l'information.

Les réservistes devront également conduire des actions au profit du recrutement et de l'emploi des jeunes réservistes.

Afin d'optimiser et de faciliter ces missions, une politique d'emploi a été définie dans laquelle la réserve opérationnelle de niveau 1 (RO1) du SSA s'articulera autour de 2 composantes : une composante « forces » composée des personnels de la RO1 travaillant au sein des forces, de la formation et du ravitaillement, et une composante « hôpitaux » composée de la RO1 travaillant au sein des HIA et de l'IRBA.

A partir de ces deux populations, deux viviers seront établis : une réserve opérationnelle de crise (ROC) destinée en priorité au Service dont le rôle est d'assurer son fonctionnement en

cas de besoin urgent et une population volontaire « OPEX », vivier pré déterminé de personnels « projetables » disposant de différentes compétences.


Enfin, la réserve opérationnelle de niveau 2 (RO2) viendra renforcer temporairement les deux composantes, en cas de crise majeure induisant l'application de la Loi de sécurité nationale, sur réquisition du Premier ministre pour 30 jours maximum, reconductibles.

Pour pouvoir réaliser cette politique d'emploi des réservistes il est nécessaire d'avoir une population stable, malgré les départs inévitables. A cette fin, le service met en place une politique de recrutement et de fidélisation visant à renforcer l'attractivité de la réserve :

- le recrutement des réservistes, assuré par les DRSSA, ciblera les populations nécessaires au Service et les jeunes. L'efficacité du recrutement reposera sur une procédure administrative simplifiée et harmonisée ;
- la fidélisation reposera sur un emploi motivant par sa qualité et par l'activité réalisée, sur une formation intensifiée et actualisée et une reconnaissance du service rendu. En particulier, cette dernière s'appuiera sur la qualité et la rapidité de l'attribution de la rémunération, sur la cohérence de l'avancement en grade, sur des récompenses (lettres de félicitations, décorations) mettant en valeur le dévouement du personnel réserviste au profit de la nation.

La réserve citoyenne aura une action complémentaire, apportant surtout des réseaux d'expertise et permettant une diffusion auprès de la population civile de l'image et des actions du Service. Pour améliorer son rayonnement, un effort de formation et de recrutement sera mené. Les personnels de différents horizons seront une source d'enrichissement de la qualité des relations avec la société civile.

Ces actions seront sous tendues par une communication interne et externe de qualité, reposant sur des vecteurs médiatiques (triptyque, site interarmées de la réserve militaire (SIREM), articles) et l'engagement des réservistes coordinateurs dans ce domaine.

| | | |
|---|--|------------|
|  | L'organisation du soutien odontologique dans le Service de santé des armées | Annexe n°6 |
|---|--|------------|

Dans la mission de soutien des forces, le soutien dentaire est partie intégrante de la responsabilité du service de santé des armées (SSA). Quatre types d'activités sont concernés par ce soutien spécifique : activités de soins et réalisation de prothèses ; aptitude et expertise ; prévention, information et formation ; identification.

L'organisation du soutien dentaire s'appuie sur le corps des chirurgiens-dentistes des armées⁸⁸ (CDA) composé à ce jour de 46 personnels d'active (60% affectés en hôpital d'instruction des armées [HIA], 40% affectés dans les forces, dont 2 outre-mer en Guyane et à Djibouti) et d'environ 200 personnels de réserve. Leur exercice se fait au sein de 27 cabinets dentaires, répartis dans certains centres médicaux des armées⁸⁹ (CMA) et centres médicaux interarmées⁹⁰ (CMIA), et en HIA⁹¹. Le corps des CDA participe aux OPEX (Afghanistan, Tchad, Mali).

L'évolution des composantes « médecine des forces » et « médecine hospitalière » dans le projet SSA 2020 et la prise en compte des nouveaux contrats opérationnels imposent de définir une nouvelle politique en matière de soutien dentaire.

Le maintien d'une compétence propre au SSA dans le domaine du soutien dentaire est réaffirmé dans le cadre de la mission de soutien santé opérationnel. Les principes suivants ont donc été retenus pour proposer une nouvelle organisation adaptée aux enjeux à venir.

Une organisation en réseau

La prise en compte d'un parcours de santé par le Service au profit du personnel militaire permettra de définir une nouvelle organisation du soutien dentaire, s'appuyant toujours sur un corps de CDA d'active et de réserve. Les effectifs seront dimensionnés par rapport aux nouveaux contrats opérationnels et à certaines missions, en particulier la mise en condition avant projection du personnel militaire. Le fonctionnement en réseau sera privilégié.

Une concentration des moyens sur des sites limités

Une différenciation des capacités techniques selon deux types d'activités (soins et aptitude) permettra de définir les sites d'implantation. Les moyens seront mis en place en fonction de plusieurs critères en cours de définition et des projets d'établissements en cours d'élaboration dans les CMA. Cette concentration des moyens permettra de garantir une prestation dans un souci de rationalisation.

Une primauté donnée aux soins

L'exercice dentaire développé par les CDA d'active prendra en compte l'ensemble des activités définies ci-dessus. Cette mission sera effectuée exclusivement au sein des CMA et CMIA. Les moyens humains (assistants dentaires), en matériels et en équipements mis en

⁸⁸ Créé en 2000 à la suite de la disparition du contingent.

⁸⁹ Au nombre de 16.


⁹⁰ Au nombre de 2.

⁹¹ Au nombre de 9.

place permettront d'assurer cette prestation dans le respect de la démarche qualité. Les compétences en art dentaire, nécessaires pour des activités spécifiques, mériteront d'être étudiées.

Ces axes de réflexion reposent sur la qualité de l'offre dentaire des secteurs public et privé en France, ainsi que sur l'adhésion et le dévouement du corps des chirurgiens-dentistes de réserve.

Un groupe de travail dédié rendra ses conclusions courant du premier semestre 2014.

| | | |
|---|--|------------|
|  | Les pratiques vétérinaires au sein du Service de santé des armées | Annexe n°7 |
|---|--|------------|

La situation actuelle de la fonction vétérinaire

Les vétérinaires et techniciens vétérinaires des armées ont une polyvalence technique (santé animale, santé publique, police sanitaire), sans équivalent civil. Ils participent au soutien des forces en opérations :

- ils assurent le soutien médical des animaux opérationnels (chiens militaires) ;
- ils mettent en œuvre les mesures de santé publique vétérinaire visant à protéger le combattant (dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments de l'eau destinée à la consommation humaine, des risques liés à l'environnement animal y compris vectoriel mais aussi à protéger le territoire national de l'introduction d'agents pathogènes ou de plantes invasives lors des retours d'opérations ;
- dans leur domaine de compétences, ils conseillent le commandement et participent à toutes les expertises demandées par les armées.

En dehors du soutien opérationnel, le personnel vétérinaire du SSA remplit des missions régaliennes de contrôle au sein de la défense : contrôle des aliments et de la restauration collective (cf. code rural et arrêté du 19 septembre 2007), contrôle de l'eau destinée à la consommation humaine et des eaux chaudes sanitaires (arrêté du 16 mars 2012), contrôle de la bien-être des animaux du ministère de la défense et de la gendarmerie ainsi que des animaux utilisés à des fins d'expérimentation ou d'enseignement.

En France métropolitaine la fonction s'articule autour de 6 services vétérinaires des armées (SVA) à compétence régionale. Chacun comprend une ou plusieurs antennes vétérinaires (AV) rattachées organiquement aux CMA. Au total, il existe 15 AV généralistes, compétentes chacune sur plusieurs bases de défense ainsi que 5 AV spécialisées dans les soins aux animaux militaires ou de la gendarmerie.

Les facteurs de changement

L'évolution du champ d'activités vétérinaires doit permettre d'améliorer encore la sécurisation des approvisionnements en vivres des combattants, de renforcer la coopération avec le Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt (MAAF) et d'augmenter l'activité soignante des AV en élargissant l'offre de soins aux animaux d'autres ministères.

Les axes d'évolution des activités vétérinaires

Renforcer le rôle des vétérinaires dans le contrôle des fournisseurs de l'alimentation

Les réformes modifiant les modalités d'approvisionnement alimentaire (en particulier la recherche systématique d'externalisation) ont entraîné des dysfonctionnements dans l'évaluation et le contrôle des risques liés à l'alimentation en France et en opérations. Il faut donc repenser l'organisation des évaluations et contrôles de la chaîne de l'alimentation, de même que les interfaces entre les opérateurs de la défense dans ce domaine (Service du commissariat des armées, Economat des armées, Service de santé des armées).

Augmenter les relations avec les structures vétérinaires du MAAF

Les relations avec les structures vétérinaires du MAAF existent dans le cadre d'un protocole d'accord actif avec la direction générale de l'alimentation (DGAL). Elles concernent plus particulièrement la mise en œuvre de convergences méthodologiques et le partage d'expertise et d'informations. C'est ainsi que des vétérinaires des armées ont participé à la gestion de crises sanitaires en France et en Grande Bretagne.

Etant donné l'intérêt convergeant du ministère de la défense et du MAAF dans le domaine vétérinaire, des échanges ciblés de postes entre vétérinaires militaires et inspecteurs de santé publique vétérinaire sont souhaitables. Ils permettront une acculturation réciproque favorisant une meilleure adaptation des compétences attendues par chacune des deux parties, qu'il s'agisse d'opération militaire ou de gestion de crise civile. A terme, les possibilités de mutualisation pourront générer des économies d'échelles au plan des ressources à programmer, notamment sur les besoins de crête (crise sanitaire, OPEX).

Augmenter l'activité dans le domaine des soins aux chiens de travail

Les vétérinaires militaires assurent les soins des animaux (chiens et chevaux) des armées et de la gendarmerie. Ils ont acquis une expertise reconnue au plan national, notamment dans le domaine de la chirurgie dentaire des chiens de travail. Les chenils de la gendarmerie sont de plus en plus communs avec ceux de la police nationale. L'efficience voudrait que le SSA propose donc ses services vétérinaires à d'autres unités des ministères de l'intérieur ou de la justice (police, centres pénitentiaires) dans le cadre de protocoles interministériels.

Affermir un pôle d'expertise et d'enseignement

Les vétérinaires des armées organisent, dans le cadre de l'Ecole du Val-de-Grâce, des modules de formation consacrés à leur qualification dans les domaines de l'hygiène de l'alimentation, de l'hygiène et des analyses de l'eau en opérations, du soutien des chiens militaires en opérations. Cette compétence unique des vétérinaires militaires est connue des écoles nationales vétérinaires, qui dépendent du MAAF. Certains de ces modules doivent être valorisés et érigés dans le cadre d'enseignements diplômants de 3e cycle, sous double tutelle des écoles nationales vétérinaires et de l'Ecole du Val-de-Grâce.

| | | |
|---|---|------------|
|  | Les missions des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées | Annexe n°8 |
|---|---|------------|

Missions

- soutien médical (soutien opérationnel et soutien médical territorial) de l'ensemble des formations des forces armées, directions et services relevant de leur périmètre de responsabilité (mission prioritaire) ;
- préparation opérationnelle de l'équipe médicale (mission prioritaire) ;
- participation à la résilience de la Nation dans le cadre des plans gouvernementaux et des plans nationaux de santé publique ;
- enseignement et recherche clinique.

Ces missions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un médecin et détenant des compétences, des qualifications et des savoir-faire, non seulement en soins courants et d'urgence (médecine générale et soins infirmiers), mais aussi dans des domaines spécialisés comme la médecine de la plongée, la médecine aéronautique, la médecine parachutiste ou tout autre domaine nécessitant une formation spécifique, adaptée aux activités opérationnelles des formations soutenues. Les missions d'un centre médical se déclinent en activités « cœur de métier » relevant de la médecine d'armée et en activités « hors cœur de métier » relevant du commandement (non décrites dans cette fiche).

Activités

- Cliniques
 - soins, dans un parcours de soins coordonné : curatifs : soins courants, soins d'urgence « généraux » mais aussi spécifiques des accidents de plongée, d'aéronef, de saut d'aéronef, de montagne, de l'entraînement opérationnel des militaires ... ; préventifs : vaccinations, éducation pour la santé, éducation thérapeutique ;
 - expertise en aptitude médico-militaire (sélection initiale, visites médicales périodiques) et en réparation du dommage corporel ;
 - médecine de prévention au profit du personnel militaire.
- Opérationnelles : soutien des activités à risques, participation aux OPEX, aux MISSINT, aux services aériens ou aux services embarqués, *Search and rescue*, secours maritime.
- Appui et conseil au commandement en matière de santé individuelle et collective, de conditions de travail et de contrôles médicaux.
- Formation, information et entretien des compétences du personnel du centre médical (préparation opérationnelle, entretien et acquisition de compétences techniques), du personnel militaire des formations soutenues (sauvetage au combat, conseils avant départ en mission) et de stagiaires dans le domaine de la santé.
- Médico-administratives : constitution des dossiers de présentation devant la commission de réforme des pensions militaires d'invalidité, la commission de

réforme des militaires, le conseil de santé régional ; des dossiers de suivi des affections présumées imputables au service et de recueil des données épidémiologiques et des indicateurs d'activité.

| | | |
|---|---|------------|
|  | La préparation « milieux » et opérationnelle | Annexe n°9 |
|---|---|------------|

Le département de préparation milieux et opérationnelle, créé le 1er septembre 2010 au sein de l'École du Val-de-Grâce (DPMO/EVDG), a pour mission principale la supervision, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation de toutes les actions de formation « milieux » et de l'ensemble des actions en rapport avec la préparation opérationnelle du personnel appartenant ou affecté au Service de santé des armées. Depuis 2012, avec l'absorption des missions du centre d'instruction santé de l'armée de terre, il est également chargé de mettre en œuvre les formations santé des auxiliaires sanitaires et des sous-officiers d'administration du SSA ainsi que des activités de coordination et de validation en matière de secourisme au profit des armées.

Les formations « milieux » adaptées aux emplois santé spécifiques terre, air, mer ou gendarmerie sont délivrées par des centres de formation rattachés à l'EVDG sur le plan organique et chargés de définir, mettre en œuvre, réaliser et évaluer des enseignements spécifiques.


Les formations opérationnelles sont délivrées au sein de l'EVDG ou par d'autres effecteurs de formations qui relèvent d'autorités hiérarchiques différentes, appartenant soit au service de santé des armées, soit aux autres armées. Elles comprennent des actions de formation visant à acquérir du savoir-faire et du savoir-être en conditions opérationnelles ainsi que la mise en condition avant projection préalable à une mission sur un théâtre d'opérations bien identifié, au profit du personnel d'active comme du personnel de réserve. Les besoins en matière de préparation santé et préparation militaire ne sont pas univoques et varient en fonction du type de mission, du poste tenu et du bagage technique et opérationnel déjà détenus. Les exigences de la préparation opérationnelle doivent être aussi en cohérence avec les standards demandés par l'OTAN et l'usage courant de la langue anglaise devient de plus en plus une nécessité incontournable. La définition et la mise en œuvre de toutes ces formations sont coordonnées par le bureau de préparation opérationnelle du DPMO/EVDG, qui assure une unicité de doctrine, un pilotage centralisé et permet de rationaliser au mieux leur réalisation et améliorer leur efficacité au profit du service de santé des armées et des forces armées. Les formations déjà mises en place au sein de l'EVDG et en particulier au sein du centre de formation opérationnelle santé (CeFOS La Valbonne) ou des centres d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant (CITeRA) permettent de répondre aux demandes de soutien santé des forces dans leur périmètre actuel.

Pour remplir ces missions, le DPMO/EVDG dispose :

- d'un échelon central avec la direction du DPMO, organisée en bureau de coordination des formations « milieux » et bureau de la préparation opérationnelle auquel sont rattachés les CITeRA.
- de trois centres de formation :
 - le centre de formation de médecine aéronautique (CFMA) situé dans les locaux du centre principal d'expertise médicale du personnel navigant de l'hôpital d'instruction des armées Percy de Clamart, créé le 1er septembre 2010;
 - le centre de formation de médecine navale (CFMN) situé sur le site Sainte-Anne à Toulon et rattaché au DPMO le 1er juillet 2011;

- le centre de formation opérationnelle santé (CeFOS) créé le 25 février 2011 sur le site de l'école de santé des armées de Lyon-Bron, puis regroupé le 1er juillet 2012 sur le site de La Valbonne en fusionnant le centre de préparation aux opérations extérieures et le centre d'instruction santé de l'armée de terre.

L'EVDG/DPMO doit continuer à fédérer l'ensemble de cette offre, la faire évoluer en fonction des besoins et piloter sa mise en œuvre en matière de formation initiale, continue et mise en condition avant projection (MCP) « à la carte ». L'objectif majeur est de maintenir la qualité du savoir-faire acquis dans ce domaine essentiel pour le soutien des forces, tout en gardant souplesse et réactivité dans sa mise en œuvre. Pour les professionnels de santé, les actions de formation « milieux » ou de préparation opérationnelle seront valorisées par une intégration dans les actions de développement professionnel continu.

| | | |
|---|---|--------------------|
|  | <p>La médecine d'urgence adaptée aux missions opérationnelles du Service de santé des armées</p> | <p>Annexe n°10</p> |
|---|---|--------------------|

Enjeux

Outil indispensable à une entrée en premier sur un théâtre d'opérations, le SSA doit assurer avec réactivité, un soutien médical adapté, spécifique, d'une qualité irréprochable, au plus près du combattant, tout au long de la chaîne santé opérationnelle, jusqu'aux phases d'évacuation.

Sauver le maximum de vies constitue le défi majeur du SSA en opérations. Cette exigence, responsabilité du SSA, nécessite :

- une formation certifiée des praticiens, de niveau élevé, à la « médecine d'urgence au combat » ou « médecine en situation de crise », originale par sa spécificité, de type « médecine d'urgence opérationnelle (MUO) » ;
- une certification du maintien de ces compétences, complétées par des formations spécifiques « milieu » ;
- le maintien d'un haut niveau de préparation opérationnelle.

Défis

Tous les médecins projetés doivent être formés à la médecine d'urgence opérationnelle.

Cette formation, spécifique, comprend deux phases chronologiques :

- à l'issue du cursus de formation de médecine générale, en plus de l'enseignement théorique universitaire de médecine d'urgence lissé par domaine de spécialité et un semestre en structure d'urgence au cours du 3ème cycle, tout médecin du SSA sera formé à la MUO. Cette formation, dispensée par l'Ecole du Val-de-Grâce, intègrera le diplôme universitaire « Urgences des temps de crise », le secours en milieu périlleux..., ainsi qu'un volant pratique. Elle conduira à la délivrance d'un certificat de compétence en MUO, de niveau universitaire.
- tout médecin susceptible d'être projeté en OPEX doit ensuite entretenir ses compétences. Cette formation continue, validée de façon cyclique par un contrôle d'aptitude à la pratique de l'urgence, suppose une pratique régulière en structure d'urgence, militaire ou civile, intégrée dans le temps d'exercice hebdomadaire. En cas de projection, des formations spécifiques opérationnelles adaptées à la mission seront dispensées par l'EVDG. Dans l'esprit d'un passeport opérationnel, les prises en charge et gestes effectués sur un théâtre d'opérations seront tracés.

Certaines missions exigeant un niveau supérieur de compétence en médecine d'urgence imposeront de valider un cursus universitaire spécifique.

Ces missions spécifiques seront identifiées (urgences hospitalières et pré-hospitalières, EVS, SAR, Forces spéciales, FAN, FOST, cartographie OPEX...), inscrites dans de nouvelles filières de spécialité et étendues au personnel paramédical, tant à l'échelon individuel qu'en équipe constituée.

Nouvelles perspectives

La formation et la valorisation des compétences nécessitera un partenariat SSA-service public de santé. Il se concrétisera par l'organisation de vacations en structure d'urgence hors HIA : services d'urgence autorisés (SAU, « *trauma centers* », SAMU, SMUR), BSPP et BMPM, avec participation au secours en montagne, au secours maritime..., en formation initiale et continue, selon le principe par exemple d'équipes mixtes civilo-militaires.

De même, la valorisation des acquis par l'expérience (statut de médecin correspondant SAMU pour le praticien formé à la MUO, voire accès à une équivalence DES/DESC) offre, sous réserve de satisfaire à la mission opérationnelle, l'opportunité d'une participation des praticiens du SSA à la permanence des soins d'urgence dans leur territoire de santé.

Impacts

Impact sur les ressources humaines

La mise en place d'une politique de médecine d'urgence nécessite de revoir les schémas actuels : pour la médecine des forces, le maintien impératif des compétences par une pratique régulière en structure d'urgence, impliquant une indisponibilité liée à la fois à la période de garde et au repos de sécurité, représente une contrainte supplémentaire de fonctionnement, incitant à de nécessaires rééquilibrages en effectifs au profit des CMA. Le caractère obligatoire du maintien des compétences d'un médecin des forces ne peut donc s'envisager que sur une durée limitée à quelques années, sauf volontariat exprimé. Cette notion implique des temps différents dans la carrière d'un praticien et doit être intégrée aux réflexions concernant le parcours professionnel.

L'activité croissante des services d'urgence des HIA justifie une optimisation systématique de leur organisation : la révision des maquettes du SNOS des SAU est nécessaire, pour disposer d'un nombre de médecins suffisant et stable⁹².

La corrélation « compétences-affectation-projection » impose une identification précise et rigoureuse des compétences requises par mission et par poste et un recensement exhaustif des compétences individuelles. La mise en place d'une telle exigence ne peut s'entendre que si le vivier de praticiens formés correspond aux besoins en projection.

Enfin, la création d'une filière de spécialité de médecine d'urgence induit une nouvelle répartition, à enveloppe constante, du nombre de postes de spécialistes.

Impact sur la médecine des forces

Le maintien des compétences des praticiens susceptibles d'être projetés étant impératif, l'organisation du CMA tiendra compte des contraintes liées à la participation à des gardes ou stages en structure d'urgence et de leur retentissement sur l'activité quotidienne. Le suivi de cette formation continue est sous la responsabilité de la chaîne de commandement SSA, à savoir du commandant de CMA et du directeur régional du SSA.

Enfin, la participation à des gardes en structure d'urgence hors défense doit faire l'objet de conventions au niveau régional, entre DRSSA et ARS, voire local, entre CMA et établissement public de santé.

Impact juridique, statutaire et financier

L'ouverture au service public de santé imposera l'encadrement juridique, statutaire et sur le plan des rémunérations éventuelles, du personnel du SSA engagé dans la permanence des soins d'urgence dans les structures hors défense du territoire de santé.

⁹² Chaque praticien affecté ayant l'obligation d'effectuer une nuit de garde par semaine, il faut tendre vers 7 ETP par liste de garde H24.

Les forces armées françaises et les militaires qui la composent font régulièrement face à des situations les confrontant au stress opérationnel et à fort potentiel traumatique sur le plan psychique. Elles peuvent occasionner des blessures spécifiques, dont le risque évolutif majeur est la survenue de syndromes de stress post-traumatiques (SSPT). D'apparition immédiate, post-immédiate ou différée, ces troubles peuvent donner lieu à des complications à fort impact familial, social et professionnel.

Avec l'intensification de l'engagement sur le territoire afghan, leur occurrence a augmenté et devrait s'accroître, de par les délais qui président à l'émergence symptomatique. Ceci justifie que le service de santé des armées (SSA), au-delà de l'offre de soins déjà existante et de l'expérience des psychiatres militaires en la matière, inscrive la prise en charge des troubles psychiques de guerre au nombre de ses priorités et développe une stratégie spécifique en la matière.

Données épidémiologiques

Le recueil épidémiologique actuel est réalisé à l'aide d'une fiche spécifique (fiche F5) dédiée à l'ensemble des troubles psychiques en relation avec un événement traumatique (TPRE). Il est plus large que le seul décompte des SSPT, ce qui permet de prendre en compte toutes les souffrances psychiques en lien avec un fait de service, et de tenir compte de leur potentiel évolutif⁹³.

De 2002 à 2009, le nombre de cas recensés de SSPT dans les armées, directions et services, ainsi que dans la gendarmerie, est de 340. Depuis 2010, le nombre de cas de TPRE⁹⁴ se répartit comme suit :

| Année | TPRE | Dont ESPT |
|--------------|------------|------------|
| 2010 | 134 | 61 |
| 2011 | 299 | 163 |
| 2012 | 283 | 189 |
| 2013 | 260 | 156 |
| TOTAL | 976 | 568 |

Sur les 976 TPRE, 665 concernent l'opération Pamir et 51 l'opération Serval. Ce recueil, qui démontre que les opérations extérieures génèrent plus de blessés psychiques que de blessés physiques, permet par l'effort de dépistage qui le sous-tend de favoriser les demandes de soins individuelles et également d'identifier les unités les plus atteintes afin de mettre en place des actions ciblées les concernant. Les chiffres viennent à l'appui des mesures qui ont été et qui doivent continuer à être développées.

⁹³ Avant 2009, elles ne concernaient que les SSPT et n'étaient remplies que par les médecins des forces. Depuis 2010, elles sont moins spécifiques et sont complétées tant par les médecins des forces que par les médecins hospitaliers.

⁹⁴ Chiffres du centre d'épidémiologie et de santé publique des armées consolidés au 20/09/2013.

Le plan d'actions 2011 – 2013

Sous l'égide du ministre de la défense et piloté par le SSA grâce à un bureau coordonnateur⁹⁵, le plan d'actions « Troubles psychiques post traumatiques dans les armées » a permis de développer un parcours de soins pour le blessé psychique. Le plan lui-même est décliné selon quatre axes : l'information, le dépistage, la prise en charge en réseau et la préservation des droits à réparation par l'amélioration de la traçabilité.


L'information s'appuie sur des actions de communication, mais également sur l'ouverture de dispositifs permettant aux militaires concernés et à leur entourage d'accéder plus facilement aux réseaux de soins qui sont développés par le SSA. Il en va ainsi du numéro d'appel « Ecoute défense » mis en place en janvier 2013. L'information passe aussi par sa systématisation lors de toute rencontre entre le médecin et le militaire : visites d'aptitude avant projection, visites médicales périodiques et visite de fin de service. Le dépistage et la prise en charge impliquent non seulement les psychiatres militaires mais également les médecins des forces, pierre angulaire du parcours de soins du blessé psychique. Leur proximité et leur capacité d'action immédiate lorsque se produit un événement potentiellement traumatique nécessitent qu'ils soient formés, lors de leur formation initiale et par un module complémentaire qui concerne également le personnel infirmier des centres médicaux des armées. L'utilisation d'une échelle d'évaluation préalablement validée a été systématisée, notamment lors de la visite médicale systématique réalisée trois mois après tout retour d'OPEX. L'articulation du dispositif médico-psychologique, impliquant la médecine de premier recours et la médecine hospitalière, avec les dispositifs psycho-sociaux développés au sein des armées et de la gendarmerie a été optimisée. Les collaborations ont été formalisées par le biais d'une charte établie entre le SSA et ses partenaires, pour une plus grande efficacité, selon des principes de proximité, de simplicité et de continuité de l'action. Un rapprochement avec la cellule d'aide au blessé de l'armée de terre a également eu lieu. Le recours à des psychiatres et à des psychologues civils, hospitaliers ou libéraux, pour densifier le réseau de soins en renforçant le maillage territorial est possible.

Enfin, la traçabilité des expositions et des soins, par le SSA pour la partie médicale et par le commandement pour la partie administrative, a fait l'objet d'une attention particulière. Son amélioration peut être appréciée par le nombre de pensions attribuées pour SSPT, qui a doublé entre 2011 et 2012.

Le plan d'actions 2013 - 2015

Inclus dans le nouveau projet de service, ce plan d'actions dit « de lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique dans les forces armées » s'attache à développer de nouveaux axes de travail. Il s'intéresse tout particulièrement aux actions de prévention. En la matière, la précocité de l'action médico-psychologique, donc des soins, et la qualité du support psycho-social de la famille et des proches, de la communauté de défense voire de la nation, sont de nature à améliorer le pronostic des TPPE et SSPT. Plusieurs groupes de travail sont déjà à l'œuvre. L'un d'eux est dédié aux militaires des forces spéciales, milieu à risque et traditionnellement moins ouvert aux démarches de prévention et d'intervention médico-psychologique. Un deuxième s'attache à la coordination des actions menées pour les familles. Enfin, un troisième approfondit la mise à disposition de l'information à destination des militaires et de leur entourage. La mise en place d'un dispositif pérenne et coordonné, inscrit dans le projet de service et dynamisé par ce second plan d'actions, témoigne ainsi de l'engagement fort du SSA dans la prise en charge des blessures psychiques.

⁹⁵ Il s'agit du service médico-psychologique des armées.

| | | |
|---|---|-------------|
|  | Le pilotage de la performance hospitalière | Annexe n°12 |
|---|---|-------------|

La création en 2009 du système de pilotage de la composante hospitalière - en centrale et dans les HIA - était motivée par deux éléments : le passage à la tarification à l'activité (T2A) et ses conséquences sur les recettes des HIA, et une volonté de retour programmé à l'équilibre budgétaire axé essentiellement sur l'augmentation de l'activité.

Le pilotage des recettes (valorisation et évolution de l'activité, taux de recouvrement...) a été priorisé sur celui des dépenses. S'il est reconnu efficace, le paradigme a changé : le passage à la T2A a été absorbé et, sous contrainte budgétaire renforcée, la composante hospitalière du SSA doit désormais viser la meilleure adéquation possible entre ressources utilisées et activités produites, qu'elles soient génératrices de recettes ou non, tout en assurant l'ensemble de ses missions et en maintenant la qualité de ses prestations.

Autrement dit, il lui faut réfléchir en termes de performance hospitalière⁹⁶. Pour cela, la culture de la performance doit être développée. Des outils de pilotage et d'évaluation adaptés sont nécessaires pour identifier les difficultés potentielles et mettre en œuvre les meilleures pratiques.

Le concept de performance hospitalière dans la santé publique

Le concept de performance hospitalière est déjà ancré dans le service public de santé. Il a motivé la création et à la définition des missions de l'ANAP⁹⁷ en 2009. La performance hospitalière est multidimensionnelle, au service de l'organisation et sans contradiction avec la qualité des soins délivrés. Elle ne se résume pas à la performance économique. L'ANAP l'envisage à travers cinq axes : l'activité (attractivité de l'établissement, occupation des lits, activité chirurgicale...), la qualité des soins et des pratiques professionnelles (certifications, tenue du dossier patient, lutte contre les infections nosocomiales...), l'organisation (coût du personnel, utilisation des moyens médico-techniques, IP-DMS...), les ressources humaines (structure des équipes, absentéisme...) et les finances (endettement, structure financière...).

Ces axes, déclinés en 68 indicateurs de performance, se retrouvent dans le système d'information « Hospidiag », mis en ligne en 2011 et faisant référence en matière d'évaluation de la performance des établissements publics de santé⁹⁸. Plus généralement, les « contrats performance » tripartites, signés entre les établissements de santé, l'ANAP et l'ARS concernée, intègrent trois aspects : la qualité des soins, les conditions de travail des personnels et la performance médico-économique. Le service public de santé considère enfin que la performance est indissociable du contrôle de gestion permettant de sécuriser les prévisions d'activité et d'assurer un pilotage en temps réel.

⁹⁶ Performance = efficacité (capacité dans le temps à obtenir les résultats attendus) x efficience (meilleure adéquation des ressources aux résultats)

⁹⁷ ANAP : agence nationale d'appui à la performance

⁹⁸ Présentation générale de l'outil Hospidiag (ANAP, HAS, DGOS, ATIH, IGAS) par l'ANAP, juillet 2013

Une vision de la performance hospitalière du SSA tenant compte de ses spécificités

Le SSA souscrit à l'approche de la santé publique (axes identifiés, importance du contrôle de gestion) et souhaite la reprendre à son compte mais il doit cependant considérer les spécificités de sa mission. Le projet de service redéfinit les cinq missions de la composante hospitalière du SSA (cf. partie Médecine hospitalière) : elles rappellent le rôle clé des HIA dans la réponse au besoin opérationnel, sa spécificité. En faisant la synthèse de ces deux éléments, il est envisagé de piloter et d'évaluer la performance hospitalière du SSA et de ses HIA selon cinq axes « OPQRS » : O (mission Opérationnelle), P (Personnels), Q (Qualité des soins), R (Ressources), S (insertion dans le Service public de santé).

Ambition et résultats attendus

Dans le cadre de son projet de service, le SSA se fixe pour ambition d'améliorer globalement la performance de sa composante hospitalière, sur les cinq axes identifiés spécialement pour elle. Ceci nécessite une approche globale, qui se traduit par le fait de :

- faire un effort significatif au niveau de la direction centrale, avec la création d'un bureau « Pilotage de la performance hospitalière » ;
- disposer d'indicateurs et d'outils de pilotage et d'évaluation adaptés ;
- diffuser une culture de la performance et du contrôle de gestion ;
- mettre en place un système de contrôle interne adapté.

Création d'un bureau « Pilotage de la performance hospitalière » à la DCSSA

Ce bureau aura pour mission de recueillir les besoins des responsables de la composante hospitalière du SSA (en central et en local), de créer et de maintenir les outils adaptés, de communiquer régulièrement les résultats de performance aux différents responsables et de diffuser la culture du contrôle de gestion et du dialogue de gestion au sein du Service. Il n'a pas pour mission de réaliser le suivi de la mise en œuvre du nouveau projet de service.

Conception et maintenance de nouveaux outils adaptés aux besoins du SSA


De nouveaux outils de pilotage de la performance hospitalière seront élaborés et partagés par la direction centrale et les établissements. Ils devront être plus pertinents (satisfaisant aux attentes de chacun et aux réalités et problématiques des missions de la composante hospitalière du SSA), robustes et reproductibles (à l'échelon local). Une analyse précise des pratiques et outils existants et un recueil détaillé des besoins seront réalisés pour élaborer et partager une boîte à outils spécifique.

Mise en place d'un contrôle interne adapté autour de la qualité et la sécurité des soins

Afin de sécuriser la réalisation d'activités critiques pour le Service, un système de contrôle interne, piloté depuis l'échelon central et reposant sur les audits et inspections des HIA, le suivi des événements indésirables graves, sera également mis en œuvre.

Initiation d'un réseau de pilotage hospitalier pour développer la culture du dialogue de gestion et de la performance économique

La direction centrale travaillera à créer un véritable réseau de pilotage hospitalier, avec des correspondants au sein des HIA et en central. Quelles que soient les thématiques traitées, ce pilotage visera à encourager les personnels du Service à évaluer systématiquement leurs actions sous l'angle des cinq axes de la performance hospitalière, à procéder à des évaluations médico-économiques de tout projet, à remonter les besoins en outils et appuis et les problématiques récurrentes, dans un climat de réflexion et d'échanges autour de ces thématiques.

| | | |
|---|---|-------------|
|  | Les pôles d'excellence pédagogique dans le Service de santé des armées | Annexe n°13 |
|---|---|-------------|

Les pôles d'excellence pédagogique du SSA sont présentés dans le Tableau 1. Ils sont mis en correspondance avec les chaires existantes. Aucun pôle d'excellence ne se situe en dehors du périmètre des chaires, démontrant ainsi la pertinence de la révision, en 2005, du nombre de chaires, passant de 21 à 10.

| Pôles d'excellence en formation | Chaires impliquées ¹ |
|---|---------------------------------|
| Prise en charge du blessé de guerre et évacuations sanitaires | 3, 6, 10 |
| Médecine d'urgence et sauvetage au combat | 10 |
| Chirurgie de guerre et en situation d'exception | 3, 6 |
| Traumatologie par explosions ou projectiles | 3, 6, 10 |
| Psychiatrie et psychologie de crise | 8 |
| Prise en charge de la menace et de crises NRBC | 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10 |
| Réparation et réhabilitation du blessé | 3, 4, 6, 8 |
| Soutien médical, sanitaire et ergonomie en ambiances extrêmes | 4, 5, 7 |
| Hygiène, ergonomie et médecine en opérations extérieures | 4, 5, 7, 9 |
| Gestion des crises sanitaires et épidémies en situation opérationnelle et d'exception | 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 |
| Médecine navale et de la plongée | 4, 7 |
| Médecine aéronautique | 4, 7 |

¹ 1 : sciences pharmaceutiques appliquées aux armées et risque chimique ; 2 : imagerie appliquée aux armées et risque radio-nucléaire ;
3 : chirurgie appliquée aux armées ; 4 : médecine appliquée aux armées ; 5 : épidémiologie et prévention appliquées aux armées ; 6 : chirurgie spéciale appliquée aux armées ; 7 : recherche appliquée aux armées ; 8 : psychiatrie et psychologie appliquées aux armées ; 9 : biologie clinique appliquée aux armées et risque biologique ; 10 : anesthésie réanimation et urgences appliquées aux armées.


Tableau 1 : les pôles d'excellence pédagogiques
et la pertinence du périmètre des chaires d'enseignement du SSA

La plupart des modes d'exercice dans les forces armées offrent la possibilité d'une qualification de praticien certifié (2^{ème} niveau), nécessaire à une candidature ultérieure à un 3^{ème} niveau. Une correspondance peut être trouvée avec une section du Conseil National des Universités (CNU) santé ou non, et au moins l'une des 10 chaires de l'Ecole du Val-de-Grâce (Tableau 2).

| Valence d'exercice | Correspondance CNU | Chaire |
|---|---|---|
| Médecine d'urgence | Sous sections 48.01, 48.02 de la section 48 : Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique | Anesthésie et urgences appliquées aux armées |
| Médecine d'unité | Sous-section 53.01 de la section 53 : médecine interne, gériatrie | Médecine appliquée aux armées |
| Expertise médicale et contentieux | Sous-section 46.03 de la section 46 | |
| Préparation physique et environnements particuliers | Sous-section 44.02 de la section 44 : Biochimie, biologie cellulaire, physiologie et nutrition | |
| Médecine aéronautique et spatiale | | |
| Médecine de la plongée | | |
| Santé publique appliquée aux armées | Sous-section 46.01 de la section 46 : santé publique, environnement et société | Epidémiologie et prévention appliquée aux armées |
| Techniques d'état-major | Sous-section 46.01, 46.03 (économie et droit de la santé) de la section 46 : santé publique, environnement et société ou section 06 non santé (sciences de gestion) | |
| Médecine de prévention Ergonomie | Sous-section 46.02 de la section 46 : santé publique, environnement et société | |
| Systèmes d'information de santé et informations médicales | Sous-section 46.04 de la section 46 : santé publique, environnement et société | |
| Hygiène nucléaire | Sous-section 43.01, 43.02 de la section 43 : Biophysique et imagerie médicale | Imagerie appliquée aux armées et risque radionucléaire |
| Pharmacie hospitalière et des collectivités | CNU pharmacie | Sciences pharmaceutiques appliquées aux armées et risque chimique |
| Toxicologie environnementale | CNU pharmacie | |
| Médecine vétérinaire des armées Santé animale Hygiène alimentaire Epidémiologie animale | Pas de CNU, mais vétérinaires représentés dans certaines sections de CNU santé, en particulier dans le domaine de l'infectiologie | Médecine appliquée aux armées Epidémiologie et prévention appliquée aux armées |
| Odontologie des armées | CNU odontologie | Chirurgie spéciale appliquée aux armées |

Tableau 2 : correspondance entre les valences d'exercice en médecine des forces, les sections (ou sous-sections) du CNU et les chaires de l'EVDG

Toutes les spécialités, hospitalières ou non, trouvent leur place dans le périmètre des chaires. La qualification de professeur agrégé en sciences paramédicales est envisagée. Les personnels paramédicaux ainsi qualifiés seront rattachés à terme dans les chaires déjà existantes, en fonction de leur spécialité ou domaine de compétence pédagogique.

| | | |
|---|---|--------------------|
|  | <p>Le transfert de l'Ecole du personnel paramédical des armées vers le site de Lyon Bron</p> | <p>Annexe n°14</p> |
|---|---|--------------------|

Objectif

Le transfert de l'Ecole du personnel paramédical des armées (EPPA) sur le site de Lyon-Bron et la montée en puissance du CeFOS permettront de regrouper sur une plateforme pédagogique, la formation initiale des infirmiers, des praticiens des armées et la formation opérationnelle du personnel du SSA.

Mode d'action

La formation académique des élèves infirmiers sera externalisée dans des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) civils. Cette externalisation sera formalisée par la création d'un partenariat avec convention de coopération établie entre les IFSI et le service de santé des armées (SSA).


Organisation

Le recrutement des futurs élèves de l'EPPA pourrait être réalisé directement par le SSA sous un statut unique, comme c'est le cas actuellement pour les élèves praticiens. Dans cette perspective, la gestion des futurs élèves de l'EPPA par le SSA dès le début de leur formation s'imposerait, de façon à rendre le dispositif de regroupement cohérent. Ce rattachement organique au SSA, dès l'entrée en école, apparaît d'autant plus logique que les élèves de l'EPPA ont vocation à servir dans les centres médicaux des armées (CMA), et à intégrer le statut de militaire infirmier et technicien des hôpitaux des armées (MITHA) dans l'année suivant l'obtention du diplôme d'état d'infirmier (DEI).

La formation militaire des élèves de l'EPPA s'effectuera avec la participation des armées et sera déclinée en trois périodes. La formation militaire initiale pourrait être réalisée conjointement avec les élèves praticiens avant la rentrée universitaire et pourrait être complétée et renforcée en fin de scolarité (selon un programme adapté au métier d'infirmier militaire et en coordination avec les armées). Durant les trois années d'études, la formation institutionnelle, militaire et sportive sera effectuée en dehors des contraintes universitaires et si possible mutualisée avec celle réalisée pour les élèves praticiens. Enfin, après obtention du DEI, les infirmiers suivront une formation « milieux » et opérationnelle, et d'adaptation à l'emploi. Cette formation, dont la durée minimale sera de 3 mois, a pour but l'acquisition de compétences supplémentaires permettant aux infirmiers militaires de maîtriser leur milieu d'emploi et de s'insérer dans un dispositif de soutien sanitaire opérationnel et multinational.

Le transfert de l'EPPA sur le site de Lyon-Bron, actuellement occupé par l'ESA, s'effectuera avec le maintien de deux écoles en tant qu'organismes de formation du SSA. Ces écoles seront placées sous l'autorité d'un officier général, chef de site ou d'emprise, les différents moyens logistiques et pédagogiques étant mutualisés. L'identité et les traditions de chaque école seront conservées.

Le transfert de l'EPPA s'effectuera au plus tôt à la rentrée 2016 et selon un calendrier prévoyant la montée en puissance progressive du site de Lyon-Bron.

| | | |
|---|--|--------------------|
|  | <p>Les parcours professionnels des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées</p> | <p>Annexe n°15</p> |
|---|--|--------------------|

Le Service de santé des armées (SSA) évolue dans un monde de la santé mouvant et contraint, tout en maintenant un dialogue de gestion de qualité avec son personnel. La volonté du Service est de proposer à son personnel un accompagnement personnalisé, permettant de prendre en compte la richesse des compétences développées, l'intégration de celles-ci au cœur de parcours professionnels nécessaires au soutien des forces ainsi que les aspirations personnelles et familiales de plus en plus prégnantes dans la société actuelle. Les parcours professionnels des MITHA sont destinés aujourd'hui à favoriser l'acquisition, le maintien et la réactualisation de compétences nécessaires tout au long de la carrière dans des milieux d'emplois diversifiés.

Les parcours professionnels alternés

Le parcours alterné

La perméabilité des parcours professionnels entre les CMA et les HIA se développe. Elle ne concerne aujourd'hui que le personnel appartenant au corps des infirmiers et dans une moindre mesure au corps des cadres de santé. Les mutations contribuent à la connaissance d'environnements différents, à l'acquisition de compétences et de polyvalences essentielles pour répondre au contrat opérationnel. La notion de parcours est associée à une mobilité fonctionnelle et/ou géographique répondant aux besoins du Service. Cette mobilité doit être réfléchie, cohérente, soutenue par un dialogue étroit avec les gestionnaires RH.

Au sein des CMA, la gestion est fondée sur une mobilité géographique entre les différentes régions du territoire facilitant ainsi l'accession à des responsabilités graduées (infirmier référent technique, responsable d'antenne, infirmier major). L'exercice hospitalier nécessite un temps de formation important selon la spécificité d'activité des services. Les paramédicaux bénéficient d'une mobilité fonctionnelle interne dans le cadre d'un parcours professionnel étudié avec la direction des soins de l'établissement et les chefs de service.

L'alternance maîtrisée d'affectations entre ces deux milieux d'emploi est source d'enrichissement et de légitimité professionnels, facilitant l'entretien des connaissances, voire une reconversion dans le cadre d'une seconde carrière. Une réflexion sera conduite au sujet de l'affectation de masseurs kinésithérapeutes au sein de CMA à soutien particulier ou encore de secrétaires médicaux pour traiter les données médico-administratives.

L'accès aux spécialisations et les parcours managériaux

Au sein d'un CMA, outre le soutien classique des forces, un MITHA infirmier peut exercer au profit d'une unité opérationnelle spécifique (unité parachutiste, troupes de montagne, unité embarquée, GIGN...) sous réserve d'être volontaire, de détenir les aptitudes, les brevets nécessaires et le profil recherché. Des spécialisations indispensables au Service sont également ouvertes au personnel :

- infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou hyperbaristes pour les infirmiers ;
- technicien en information médicale pour les secrétaires médicaux ;
- technicien qualifié en transfusion sanguine, en mesures physiques pour les techniciens de laboratoire ;
- responsable « qualité et gestion des risques » pour les cadres de santé...

Par ailleurs, l'accès au corps des cadres est ouvert à plusieurs corps MITHA. Ce parcours managérial conduit à l'obtention de diplômes permettant d'exercer des responsabilités comme cadre, cadre supérieur ou directeur des soins (DS) au sein de pôles ou d'établissements hospitaliers, des directions régionales du SSA ou des écoles de formation (EVDG, CeFOS). Ces fonctions souvent exercées en transversalité s'inscrivent naturellement dans une logique de compétences. La création de postes de cadres de santé au sein des CMA, inscrite dans la logique de parcours alternés, sera envisagée.

Au sein de la DCSSA, des postes de cadres ont été créés dans les domaines de la gestion des ressources humaines paramédicales, du recrutement initial, du conseil technique des paramédicaux au sein de la politique hospitalière. Cette démarche illustre la réflexion du Service sur l'évolution des parcours professionnels des MITHA pouvant les conduire aux plus hauts degrés de qualification, de responsabilité et/ou d'enseignement du Service. Des DS pourraient diriger des établissements d'enseignement aux côtés des praticiens. Des DS ou des cadres supérieurs pourraient être détachés au sein des ARS afin de renforcer les collaborations avec le service public de santé.

Les évolutions à venir en termes de transfert de compétences

Pour faire face au déficit démographique de certaines spécialités médicales et valoriser l'exercice paramédical, des transferts de compétences sont envisagés, notamment des professions médicales vers les professions paramédicales existantes ou vers des nouveaux métiers. Ces évolutions, inscrites dans la loi HPST, créent une nouvelle logique de coopération entre professionnels de santé centrée sur le patient. Certes, ces transferts occasionnent une charge de travail supplémentaire sur le personnel paramédical, mais ils contribuent à la valorisation de leur exercice, par exemple dans les domaines suivants :

- le suivi des patients souffrant de pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle...);
- la réalisation d'actes sous délégation des praticiens dans un cadre d'exercice normé et protocolisé (bloc opératoire, imagerie médicale, laboratoires, immunisations...).


Le métier « d'infirmier clinicien » pourrait ainsi apparaître comme une optimisation potentielle des ressources soignantes afin de libérer du temps médical, à condition d'intégrer les formations complémentaires nécessaires, les valorisations financières associées, ainsi que les règles de responsabilité propres à chaque professionnel.

Les nouveaux métiers et l'ouverture au service public de santé

Des métiers nouveaux apparaissent, au gré des progrès technologiques, du développement des réseaux, des attentes des patients, de la validation par les pouvoirs publics de types d'exercice novateurs : « gestionnaire des lits » dans le domaine de l'organisation hospitalière, « infirmier pivot » assurant la prise en charge coordonnée des patients dans leur parcours de soins, de santé, infirmier spécialisé « prévention et éducation thérapeutique » en CMA ou CMIA.

Les collaborations entre le SSA et le service public hospitalier nécessitent la coordination des soins inter-établissements ou dans des réseaux pluridisciplinaires, aidée par la mise en place d'équipes mixtes militaires (praticiens et paramédicaux).

Ces évolutions, sources d'attractivité en termes de recrutement, imposent une réflexion autour des évolutions juridiques nécessaires, de la mise en place de formations qualifiantes, de la description de nouveaux parcours professionnels, de la gestion des carrières et de la création de viviers de personnel à former au regard des compétences à détenir.

| | | |
|---|--|-------------|
|  | Les caractéristiques et les vulnérabilités des systèmes d'information et de communication | Annexe n°16 |
|---|--|-------------|

Les systèmes « métiers »

Ils correspondent aux fonctions « cœur de métier » et relèvent de la zone fonctionnelle « Santé », dont la définition est placée sous la responsabilité du Directeur Central (DC) du Service. Ces systèmes, qui correspondent aux fonctions « cœur de métier » du SSA comprennent l'automatisation des processus de gestion spécifiques du SSA (gestion hospitalière, pilotage médico-économique, traçabilité des approvisionnements en produits de santé, ...) et couvrent également, de façon toujours plus importante, les processus de soins (qualité et sécurité des soins, dossiers patients, ...). Les solutions déployées outillent plus particulièrement trois des cinq grandes composantes fonctionnelles du Service :

- la composante hospitalière,
- la composante Médecine des Forces,
- et la composante Approvisionnement en Produits de Santé (en lien étroit avec la zone fonctionnelle Logistique pour éviter les recouvrements de fonctions).

Les composants logiciels, leurs périmètres fonctionnels et leurs évolutions attendues sont, depuis 2013, décrites dans un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) de la ZF « Santé » validé⁹⁹ par les instances de gouvernance des SIC. Le SDSI, pluriannuel, doit faire l'objet d'une mise à jour annuelle « glissante » pour décrire le « plan d'occupation des sols » (POS) de la zone et le programme d'actions (fonctionnelles, applicatives et techniques) identifié pour atteindre la cible SI fixée. Outil de dialogue avec les instances ministérielles de gouvernance des SIC mais aussi outil de programmation des investissements, le SDSI sera désormais actualisé de façon annuelle et notamment en début d'année 2014 avec les éléments validés du présent projet de service.

Les systèmes d'information mutualisés

Pour les grandes fonctions transverses, non « cœur de métier », le SSA s'appuie aussi sur les systèmes d'information mutualisés, ministériels ou interministériels. C'est notamment le cas pour les fonctions achats et finances, avec l'adoption de l'outil de gestion de la dépense, des recettes non fiscales et de la comptabilité de l'Etat (Chorus) ou sur le volet RH pour lequel le SSA s'inscrit de manière volontariste dans la démarche de convergence et de mutualisation des Systèmes d'Information RH (SIRH) du ministère pour la réalisation du programme ministériel du SIRH SOURCE.

Obéissant à des stratégies d'acquisition différentes (achat de composants logiciels « sur étagère » pour le domaine hospitalier, réalisation de développements spécifiques pour le domaine Médecine des Forces), les SI métiers de ces deux grands « piliers » fonctionnels, connaissent, dans leur mise en œuvre pratique, de nombreuses difficultés ou insuffisances générant des mécontentements.


⁹⁹ Le schéma directeur des SI de la ZF Santé a été validé par la CSIAG du 14/06/2013.

Dans le domaine hospitalier, le défi posé est celui de l'intégration de nombreux composants logiciels (plus d'une vingtaine aujourd'hui) qui, pour rester cohérent, doivent échanger ou partager les informations relatives au patient. Le système d'information hospitalier (SIH) met ainsi en œuvre, à l'intérieur de l'hôpital, de très nombreux flux qui sont normalisés par un cadre d'interopérabilité défini par une agence du ministère de la santé. Répondant aujourd'hui à un modèle générique commun, le système d'information hospitalier du SSA est déployé localement (une plateforme technique par HIA) : il n'y a pas, en pratique, de partage de données entre les HIA. Les échanges de données vers l'extérieur se limitent, en pratique, aux envois de flux de facturation vers les caisses de sécurité sociale. Les échanges de données de nature médicale sont très limités.

Sur le plan des réseaux en présence, l'utilisation de technologies WiFi à l'intérieur de l'hôpital, la nécessité d'administrer ou de faire maintenir à distance, par des prestataires externes, de nombreux équipements techniques biomédicaux (scanners, IRM, automates de laboratoire, ...) ont, jusqu'à présent, justifié le maintien d'une zone de confiance particulière en dehors de l'Intradef modernisé.

Dans le domaine de la médecine des forces, le développement d'un système d'information des services médicaux d'unités (SISMU), imaginé en 1998, a subi pendant 10 ans de nombreux avatars qui ont gravement nui à l'image du concept, allant même jusqu'à la faillite, en 2008, de l'entreprise maître d'œuvre et à l'abandon du Logiciel Unique Médico-Militaire dans sa première version (LUMM v1). En 2009, la maîtrise d'œuvre a été confiée à une nouvelle société qui a dû s'approprier l'ingénierie déjà réalisée précédemment et concevoir une seconde version LUMM v2, dont le déploiement a débuté effectivement, dans un climat général de doute, en 2011. Dès 2012 le besoin d'évolutions nouvelles était exprimé et un nouveau directeur de projet désigné pour concevoir la 3e version LUMM v3 qui a été mise en service depuis l'été 2013.

Les remontées des CMA restent défavorables et entraînent un manque d'adhésion, au-delà de la mise en œuvre du logiciel, à une profonde évolution de la pratique quotidienne.

| | | |
|---|---|-------------|
|  | Les projets « hôpital numérique » et « dossier médical personnel partagé » | Annexe n°17 |
|---|---|-------------|

La stratégie Hôpital numérique (HN), lancée par les pouvoirs publics en 2012, définit un plan de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH). Elle a pour but de fixer des priorités et des objectifs à 6 ans, en mobilisant tous les acteurs concernés et en accompagnant les établissements de santé dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication. La stratégie et le programme ont été élaborés et sont suivis par une équipe projet pilotée par la DGOS, associant la DSSIS, l'ANAP et l'ASIP Santé.

Le programme HN est au croisement de 3 enjeux : accroître la qualité de l'offre de soins, maîtriser les dépenses de santé, et offrir à la filière industrielle française des opportunités de croissance. Il a ainsi pour ambitions :

- de coordonner l'ensemble des acteurs (établissements de santé, ARS, administration centrale, industriels) autour d'une feuille de route, ambitieuse et commune, pour les systèmes d'information hospitaliers ;
- d'amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité suffisant de leurs systèmes d'information pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans cinq domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle de pré-requis pour assurer la sécurité des données ;
- de soutenir les projets innovants.

Les HIA ne peuvent rester en dehors du programme Hôpital Numérique dont les indicateurs, qualitatifs ou quantitatifs, obéissant à une méthodologie de mesure parfaitement définie, entrent désormais dans le champ de la certification des établissements de santé.

Dans le cadre de l'interopérabilité avec l'environnement SI Santé, il s'agit, dès 2013, d'établir, pour chacun des HIA, au regard du « guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du domaine commun » du programme Hôpital numérique, une mesure détaillée de ces indicateurs afin de réaliser un diagnostic d'écart visant à définir une trajectoire d'alignement pour les SIH du SSA et à fixer les niveaux potentiels de mutualisation, internes ou externes, des applications et des infrastructures.

Selon le résultat de ce diagnostic qui devra être conduit de façon 'homogène' pour tous les HIA, le premier axe d'effort portera sur l'atteinte des pré-requis techniques du 'socle' (identité-vigilance, confidentialité, fiabilité et disponibilité des données) puis sur la mise en œuvre des exigences, en termes d'usage, des domaines fonctionnels du programme :

- résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ;
- dossier patient informatisé et interopérable ;
- prescription électronique alimentant le plan de soins ;
- programmation des ressources et de l'agenda du patient ;
- pilotage médico-économique.

Cette mise en œuvre devra s'adapter aux choix et priorités fixés par les ARS en matière d'accompagnement du programme. Il faudra potentiellement être en mesure de conduire et de suivre différents schémas de déploiement fondés sur des stratégies établies en fonction des régions, voire des territoires de santé.

Cela signifie donc probablement que seules les fonctionnalités, donc les logiciels, obéissant à des contraintes invariantes et identiques dans toutes les régions pourront rester dans le modèle générique national du SIH du SSA et être l'objet d'une mutualisation des applicatifs effectuée en interne. La mutualisation des infrastructures devra, elle, répondre aux conditions du décret 'hébergeurs de données de santé'. Ces chantiers de mutualisation devront nécessairement être synchronisés avec la transformation du modèle des HIA et adaptés au concept de plate-forme hospitalière.

Le dossier médical personnel partagé (DMP partagé)

Le DMP partagé est un dossier informatisé et sécurisé, accessible sur Internet. Il permet aux professionnels de santé de partager partout et à tout moment les informations de santé utiles à la coordination des soins d'un patient. Il a pour ambition d'améliorer le suivi médical de chaque citoyen tout au long de sa vie. Créé par la loi du 13 août 2004, il répond au droit à l'information des patients et au droit à la confidentialité des données personnelles. L'ouverture officielle du service DMP partagé et le début de son déploiement ont eu lieu en 2011. Elle a placé la France parmi les premiers pays à disposer d'un tel service. Projet à dominante technologique depuis ses débuts, le défi du DMP partagé est désormais celui de son adoption par les patients et de son appropriation par les professionnels de santé. Son déploiement n'a cependant pas connu un rythme de diffusion aussi rapide que celui qui était espéré. C'est pourquoi, parmi les mesures annoncées récemment par la ministre de la santé dans le cadre de la présentation de sa « stratégie e-santé », figure notamment le déploiement d'un DMP partagé de « deuxième génération », mis au service du parcours de soins et facilitant la communication sécurisée des professionnels de santé entre eux et avec les patients.

| | | |
|---|---|-------------|
|  | Les enjeux et l'impact de la télémédecine sur l'évolution du SSA | Annexe n°18 |
|---|---|-------------|

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, dont nécessairement un professionnel médical.

Trois domaines applicatifs peuvent être identifiés :

- domaine n°1 = avis spécialisé, conseil d'expertise, réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), transmission de données : développés en pratique courante à différents niveaux ;
- domaine n°2 = délocalisation de process de type bilan médical (traitement à distance d'imagerie, de données biologiques, de signaux physiologiques...) : tendance au développement ;
- domaine n°3 = délocalisation de geste médical (tél échirurgie, télétraitement autre) : débuts applicatifs seulement.

Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine précise les actions concernées et leur conditions de mise en oeuvre : établir un diagnostic, assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, requérir un avis spécialisé, préparer une décision thérapeutique, prescrire des produits, prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, effectuer une surveillance de l'état des patients.

Etat des lieux : le SSA en retard

Dans le SSA, seulement quelques projets ont été élaborés ces dix dernières années, souvent en collaboration avec la DGA :

- valise satellitaire de télémédecine, notamment déployée à Kaboul, dans le rôle 3 ;
- démonstrateur de téléassistance chirurgicale, installé à l'institut Montsouris à Paris ;
- fiche médicalisée informatisée de l'avant.

Récemment, une opération d'armement (baptisée CTM - centre de télémédecine - dans le cadre d'ISSAN) sous pilotage EMA-DGA-SSA a été élaborée, afin de développer industriellement un outil traçant les demandes de téléexpertise et téléassistance en OPEX entre les rôles 2 et les HIA, et entre les HIA. Cependant, cet outil ne répond pas à l'ouverture au service public de santé et impose pour sa mise en œuvre une réorganisation des flux d'information médicale opérationnelle.

Les besoins du SSA

Concernant les activités de soins réalisées sur le territoire national, le projet télésanté du SSA ne peut se concevoir que dans le cadre législatif et en tenant compte des modalités du développement national dans ce domaine. Ce projet est nécessaire pour répondre par exemple au besoin santé de bâtiments à faible équipage, 1/3 seulement des unités de combat et de soutien de la marine nationale disposant d'un médecin affecté.

Concernant les opérations extérieures, le SSA doit définir son niveau d'investissement dans la télémédecine, et l'impact de cet engagement sur le soutien santé opérationnel, en tenant

compte des contraintes financières, en définissant les thèmes du ressort de R et D et en comblant les insuffisances technologiques :

- le domaine n°1 est l'objet du projet CTM, intégré à ISSAN ;
- le domaine n°2 peut être rapidement développé, permettant de modifier significativement les modalités d'interprétation des examens médicaux et surtout de la surveillance des blessés au combat.
- le domaine n°3, seulement émergent, aura le plus d'impact sur les pratiques et les niveaux de compétences des personnels soignants.

Les solutions envisageables pour le SSA

- Cibler et développer uniquement les besoins à fort impact pour le SSA.
- Envisager des partenariats de recherche et développement permettant la mise en œuvre de multiples petits projets (réactivité, coût raisonnable, développements parallèles, choix d'une solution parmi plusieurs, amélioration de la qualité d'expertise).
- Mise en commun des solutions coûteuses : projets internationaux, partenariats Ministère de la Défense/Public/Privé.

| Application civile | Application Médico-militaire | Application militaire |
|--|--|---------------------------------------|
| Smart care | Monitoring du blessé | Monitoring du combattant |
| Imagerie médicale automatisée milieu médicalisé ou sous médicalisé | Imagerie médicale automatisée milieu isolé | Techniques d'imagerie opérationnelles |
| Robotique Médico-chirurgicale | Chirurgie en milieu isolé | Robotique complexe autonome |
| Traitement médicaux automatisés milieu médicalisé | Traitement médicaux automatisés milieu isolé | |
| Point of Care | Biologie délocalisée | Surveillance NRBC |

- Intégrer la télémédecine dans les deux « boucles » de prise en charge du patient : boucle courte (automatisation d'un maximum de traitements, télémonitorage du blessé permettant d'adapter le traitement) ; boucle longue (améliorer la transmission de données patients à distance et l'interaction d'expertise). Ce concept de double boucle s'appuie pour l'instant uniquement sur des projets en synergie avec des applications civiles, transposant des technologies aux besoins médico-militaires.

Le projet SSA 2020 doit inscrire la télémédecine comme un axe stratégique. Ses conséquences organisationnelles, financières, juridiques et professionnelles affecteront l'offre de soins militaire sur le territoire national mais aussi le soutien médical opérationnel. L'homogénéité et les relations des praticiens, l'organisation en réseau d'échelle réduite, et l'expérience opérationnelle du SSA sont des atouts pour ce développement. Le SSA peut se projeter dans ce domaine comme un laboratoire de test. De nombreux partenariats scientifiques, industriels, militaires et internationaux sont envisageables.

Propositions d'actions à court terme

1. Inscrire la télémédecine dans les axes stratégiques du projet du SSA
2. Identifier les besoins immédiats du SSA
3. Pour ces besoins, identifier le degré de maturité des solutions couvrant le gap technologique, et se placer dans une logique « applicative »
4. Identifier les technologies/domaines permettant un développement en synergie.

| | | |
|---|---|-------------|
|  | La gestion des opérations d'investissement | Annexe n°19 |
|---|---|-------------|

La programmation des opérations d'investissement

La création des bases de défense et l'entrée en vigueur de nouveaux textes relatifs au maintien en condition du patrimoine immobilier de la défense ont introduit une catégorisation des infrastructures et une segmentation des travaux par typologie de prestations qui ont eu pour conséquences la mise en œuvre de plusieurs modes de gestion des opérations bien distincts. Les infrastructures du Service relèvent ainsi de trois d'entre eux :

- les besoins en opérations technico opérationnelles (TO) et de maintien en condition opérationnelle (MCO) portant sur les infra milieu (les neuf HIA, l'IRBA, la DAPSA, le CTSA, la PCA et les deux ERSA) et d'une valeur inférieure à 500K€ (à l'exception notable des HIA dont toutes les opérations, quel que soit leur montant, sont classées en TO) sont portés par le SSA et arbitrés par l'EMA qui les présente à la DMPA ;
- les besoins en opérations non technico opérationnelles (NTO) et de maintien en condition des infrastructures (MCI), portant sur les infra communes (tous les autres établissements du Service) et d'une valeur inférieure à 500K€ sont priorisés par le SSA, arbitrés par l'EMA et portés par ses soins auprès de la DMPA ;
- les besoins en opérations de maintenances lourdes (ML), qui recouvrent les opérations de MCO et MCI d'une valeur supérieure à 500K€, sont priorisés par le SID et portés par ses soins auprès de la DMPA.

Les opérations d'investissement sont financées par le BOP 212 75. Sur cet ensemble de programmation, le SGA, en sa qualité de responsable de programme (RPROG), répartit les ressources financières au profit de l'EMA, de la DGA et de ses propres services. L'EMA ventile ensuite les ressources destinées aux *infra milieu* qui lui sont attribuées par armées, directions et services (ADS), les opérations des *infra communes* restant à sa main. Dans le cadre de son enveloppe qui comprend notamment le programme d'infrastructure « rénovation des HIA », la DCSSA mène ses propres arbitrages. En revanche, pour les opérations portées par l'EMA ou le SID, la DCSSA se limite à établir une priorisation de ses besoins qui ne constitue qu'un élément d'appréciation parmi d'autres. Les opérations de ML sont financées sur l'enveloppe du SGA par le SID.

Les contraintes budgétaires pesant sur le BOP 212 75 dans le cadre de la LPM font courir le risque d'arbitrages défavorables au SSA, tant pour les opérations d'*infra milieu*, qui sont classiquement opposées aux besoins opérationnels des forces, que pour celles des *infra communes* dont l'enveloppe subit les plus fortes contraintes financières.

La programmation des opérations d'entretien

Pour les *infra milieu*, les opérations d'entretien sont financées sur le titre III du BOP SSA. Les besoins des établissements, établis avec les échelons locaux du SID, sont centralisés par la DCSSA qui les transmet à ses responsables d'UO pour arbitrage. Les ressources relatives aux opérations d'entretien des *infra milieu* sont ainsi fixées par chaque UO, à partir de la dotation financière initiale et en fonction des besoins exprimés par les établissements.

La réduction des budgets des UO et les contraintes qui pèsent sur les budgets de fonctionnement des établissements induisent un risque fort sur le niveau de ressources qui pourra leur être consenti dans l'avenir.

Pour les *infra communes*, ces opérations sont financées à partir des crédits alloués aux BdD. Elles sont priorisées et programmées par les commandants de base de défense, en liaison avec les établissements concernés et les échelons locaux du SID. Les enveloppes consenties au profit des établissements du Service sont donc dépendantes du montant des ressources allouées aux différents commandants de BdD et des besoins des autres bénéficiaires qui relèvent de leur arbitrage. Le niveau des enveloppes allouées aux BDD étant extrêmement bas, les stricts besoins des entités bénéficiaires ne sont déjà plus couverts. Cette situation expose les établissements du Service concernés à une dégradation prématurée.

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------|
|  | Le management par la qualité | Annexe n°20 |
|---|-------------------------------------|-------------|

La réussite du projet de service impose la mise en œuvre d'une méthode moderne de management¹⁰⁰, étendue à l'ensemble des composantes du service. Le management par la qualité, tel qu'il est défini par les normes de la série ISO 9000, a fait ses preuves, au niveau international et national et il est préconisé par le ministre de la défense pour les services interarmées¹⁰¹. Il vise à accroître le niveau de maîtrise des activités, au service des bénéficiaires, et peut constituer l'ossature du système de management. En y ajoutant, dans un premier temps, la maîtrise des risques, telle que développée dans le cadre du contrôle interne¹⁰², imposé au niveau interministériel, on forme ainsi un système cohérent de maîtrise des activités et des risques afférents. L'approche système, un des huit principes de la démarche ISO 9001 est au cœur du contrôle interne. Comme la qualité, le contrôle interne se caractérise par son universalité (il s'applique en tout temps et en tout lieu du Service) et son exhaustivité (il porte sur toutes les activités du Service).

La juxtaposition de sous-systèmes de management indépendants (hygiène et sécurité, environnement, prévention des risques professionnels, contrôle interne, etc.) multiplie les ressources mises en jeu sans que leurs finalités soient toujours en phase avec la politique, les objectifs et les stratégies du Service ou avec les pratiques opérationnelles en vigueur. Il va donc s'agir d'intégrer au fur et à mesure des sous-systèmes formalisés existants mais présentant des niveaux de maturité différents et n'ayant pas, entre eux, cohérence et synergie, au sein d'un système de management intégré unique.

L'objectif est de mettre à disposition des structures de direction un outil de pilotage global et cohérent qui garantit l'efficacité et qui constitue un cadre d'actions pour le personnel du Service. La démarche d'intégration est une démarche de pérennisation de l'activité et d'amélioration des résultats du Service par la prise en compte équitable et responsable des exigences, besoins et attentes de l'ensemble des parties intéressées¹⁰³. Cela suppose, entre autres, la satisfaction des exigences formulées par les bénéficiaires, le respect rigoureux des réglementations et l'écoute des attentes des parties intéressées.

La démarche de management intégré permettra en outre d'améliorer la cohérence des actions de management menées à la fois au sein des chaînes fonctionnelles (cohérence verticale) et dans les différentes entités du service (cohérence transversale).

La mise en place de cette démarche sera pragmatique, adaptée aux finalités et progressive, dans son champ et son périmètre. Elle prendra en compte les démarches d'ores et déjà entamées au sein du service.

La recherche permanente de l'efficacité guidera les actions dans la mise en œuvre du système de management intégré, par la fixation d'objectifs raisonnables et l'attribution au

¹⁰⁰ Au sens de « activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme »

¹⁰¹ Relevé de décisions des comités exécutifs des 30 mai et 12 juin 2013.

¹⁰² Défini comme l'« ensemble des dispositifs organisés, formalisés et permanents décidé par chaque grand responsable et mis en œuvre à tous les niveaux de l'organisme. Ces dispositifs visent à maîtriser les risques liés à la réalisation des objectifs. »

¹⁰³ « Personne ou groupe de personnes ayant un intérêt dans le fonctionnement ou le succès d'un organisme ». Par exemple, pour le service : états majors, commandements, patients, service public de santé, personnels du service, etc.

juste niveau des ressources nécessaires. On cherchera notamment à éviter la surqualité, dont les effets délétères ne sont plus à prouver : surinvestissement de certains acteurs, désintérêt des autres, aboutissant à terme à un management corseté parfaitement inefficace et très peu efficient.

La certification des organismes ne sera pas systématiquement recherchée dans un premier temps.

Les travaux débuteront courant 2014 et se feront sous le mode de projet. Sous la direction de la division Performance-Synthèse, l'équipe projet sera constituée :

- d'un réseau d'experts (4 à 5) appartenant au Service et extérieurs à celui-ci,
- de l'officier responsable central de la qualité,
- de l'officier responsable central du contrôle interne,
- des référents qualité des sous-directions.

Le comité de pilotage, présidé par le directeur central, permettra de décider des actions et du calendrier de mise en oeuvre de la démarche de management intégré et de suivre la réalisation du plan d'actions.

Il est composé du Directeur central adjoint, des adjoints au Directeur central, du chef de la division Performance, Synthèse.

Les grandes étapes du projet seront les suivantes :

- détermination et mise en place de l'organisation nécessaire au déploiement du système de management intégré (désignation d'un responsable opérationnel national, mise en place du réseau de référents, etc.),
- élaboration, harmonisation et validation des différentes cartographies des processus du Service et de ses établissements, avec identification claire des bénéficiaires externes et internes des activités du Service, des parties intéressées et de leurs exigences,
- élaboration, en parallèle, de règles permettant à chaque niveau fonctionnel (direction centrale, directions régionales, établissements) de déterminer aisément :
 - les objectifs principaux relatifs à ses processus et les responsables de leur réalisation,
 - les risques afférents à ses processus,
 - son plan de maîtrise des risques,
 - l'organisation nécessaire à la démarche d'amélioration continue des activités.
- définition du système de gestion documentaire adapté : organisation de la gestion de la documentation commune,
- identification des formations adaptées à chacun en fonction de ses responsabilités dans le système de management intégré,
- assistance aux établissements pour la mise en oeuvre de leur démarche de management intégré.

L'équipe projet travaillera en étroite relation avec l'équipe chargée de la mise en oeuvre du projet de service.

L'implication forte des équipes dirigeantes, à tous les niveaux, est un facteur-clé de succès du projet.