



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Le modèle **SSA 2020**




SSA 2020

Réussir demain

Crédits photo :

- *ECPAD*
- *IRBA*
- *BCISSA*
- *ESA*
- *BMPM*
- *SIRPA Terre*

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	5
LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES EN 2020	7
1. Une mission claire	9
2. Une contribution à la résilience nationale	9
3. Une aptitude opérationnelle	9
4. Une cohérence à préserver	10
5. Une place pleine et entière dans le service public de santé, la recherche et l'enseignement	10
6. Une garantie de performance	11
LA CONSTRUCTION DU MODELE	13
1. Les raisons d'un nouveau modèle.....	15
1.1. <i>Les constats externes</i>	15
1.2. <i>Les constats internes</i>	16
2. Les principes de construction du modèle	16
2.1. <i>Quatre principes</i>	16
2.2. <i>Une exigence</i>	18
3. La méthodologie de construction du modèle	19
3.1. <i>Un modèle appuyé sur le Projet de Service SSA 2020</i>	19
3.2. <i>Le plan de management de programme</i>	19
3.3. <i>La conception du Modèle SSA 2020</i>	20
3.4. <i>La démarche d'appropriation</i>	22
3.5. <i>Le document consacré au Modèle SSA 2020</i>	23
LE NOUVEAU MODELE DE SERVICE	25
1. Les fonctions de production	28
1.1. <i>La médecine des forces</i>	28
1.2. <i>L'hôpital</i>	41
2. Les fonctions d'appui.....	53
2.1. <i>La recherche</i>	53
2.2. <i>Le ravitaillement sanitaire</i>	60
2.3. <i>La formation</i>	66
3. Les fonctions supports.....	76
3.1. <i>Les ressources humaines</i>	76
3.2. <i>Les systèmes d'information et de communication</i>	81
3.3. <i>L'infrastructure</i>	85
3.4. <i>Les finances</i>	89
4. La gouvernance de l'administration centrale	93
4.1. <i>Rappel du contexte</i>	93
4.2. <i>Etat des lieux</i>	94
4.3. <i>Modèle retenu</i>	95
4.4. <i>Eléments de conduite et de cadencement</i>	103

LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU MODELE	105
1. Les caractéristiques de la transformation à conduire	106
1.1. <i>Une visibilité et une lisibilité aux niveaux ministériel et interministériel.....</i>	<i>106</i>
1.2. <i>Une transformation proactive, systémique et synchrone</i>	<i>106</i>
1.3. <i>Une transformation conduite en partenariat.....</i>	<i>107</i>
2. Les principes présidant la structuration de la mise en œuvre.....	107
2.1. <i>L'impératif de la continuité du service.....</i>	<i>107</i>
2.2. <i>L'impératif de fondations stables</i>	<i>108</i>
2.3. <i>La nécessité d'une cohérence d'ensemble</i>	<i>108</i>
2.4. <i>Une progression par paliers.....</i>	<i>109</i>
2.5. <i>Le renforcement du pilotage économique de la transformation.....</i>	<i>109</i>
2.6. <i>Un processus de décision réactif et une application du principe de subsidiarité</i>	<i>110</i>
2.7. <i>Une capacité à capitaliser sur l'expérience, tout en préparant l'avenir</i>	<i>110</i>
3. Le référentiel de management et d'organisation retenu	110
3.1. <i>Un management par les enjeux et objectifs assorti d'un management par les</i>	
<i>risques</i>	<i>110</i>
3.2. <i>La recherche d'une efficacité éprouvée des modes de pilotage.....</i>	<i>111</i>
3.3. <i>L'identification et la séparation des processus</i>	<i>111</i>
CONCLUSION.....	113
GLOSSAIRE	115
1. Différenciation.....	115
1.1. <i>Le principe de différenciation appliqué à la Défense</i>	<i>115</i>
1.2. <i>Le principe de différenciation appliqué au SSA.....</i>	<i>115</i>
2. Gouvernance.....	116
3. Comitologie	116
4. Agilité	116
5. Pilotage.....	117
6. Opérationnel	117

PREAMBULE

Le 25 novembre 2013, le Projet de service SSA 2020 décrivait les orientations stratégiques nécessaires pour faire face aux évolutions de la défense et de la sécurité nationale, ainsi qu'aux évolutions du système de santé. Il se fondait sur trois principes clef : une concentration alliant recentrage sur la mission et densification des structures, une ouverture au service public de santé pour en devenir un acteur à part entière et bénéficiaire de son soutien, et enfin une simplification basée sur la délégation et la transversalité.

Au-delà de ces principes, le Projet décrivait les grands axes d'intervention à même de répondre aux défis de demain en les anticipant, avec pour ambition de créer une dynamique renforçant la cohésion du Service et sa capacité à assumer sa mission.

Les évolutions constatées durant l'année 2014 sont venues confirmer les éléments ayant fondé ce Projet ainsi que l'impérieuse nécessité de transformer en profondeur le Service de santé des armées.

Après une démarche d'appropriation ayant touché plus de 8 000 personnes et la prise en compte des projets de l'ensemble des établissements du Service, et à l'issue d'une année de réflexion stratégique partagée avec de nombreux acteurs internes ou externes au Service et/ou au ministère de la Défense, le Projet de service SSA 2020 a été décliné en un Modèle SSA 2020, fondé sur une approche systémique à long terme.

Le modèle SSA 2020 a une triple ambition :

- tout d'abord, apporter à tout militaire, exposé à un risque lié à son engagement opérationnel, un soutien santé lui garantissant la prévention la plus efficace ainsi que la meilleure qualité de prise en charge en cas de blessure ou de maladie afin de préserver ses chances de survie et, le cas échéant, de moindres séquelles tant physiques que psychologiques ;
- pour cela, construire un service de santé des armées robuste et résilient, capable d'honorer son contrat opérationnel malgré la charge opérationnelle qui souligne les limites de son dimensionnement ;
- enfin, attirer, former et fidéliser le personnel en affichant clairement son orientation opérationnelle et son ambition d'excellence.

Pour répondre à cette ambition, la mise en œuvre se fera de manière systémique, progressive et synchrone selon trois axes majeurs :

- poursuivre les restructurations débutées depuis plusieurs années dans le ravitaillement, la formation et la recherche. Ces restructurations seront accompagnées afin de rester cohérentes avec le modèle dans son ensemble ;
- construire un nouveau modèle de médecine des forces, assurant un premier recours de grande qualité sans sacrifier à la nécessaire proximité et offrant au personnel l'attractivité nécessaire à l'ambition du Modèle qui est de faire de cette composante le nouveau centre de gravité du Service de santé des armées ;
- réformer en profondeur la composante hospitalière car le statu quo ne permet ni d'atteindre l'efficacité, ni de répondre parfaitement au contrat opérationnel, ni enfin de satisfaire aux exigences de la loi de programmation militaire. Il serait par ailleurs source de déséquilibres majeurs dans l'attribution des ressources entre les composantes du service.

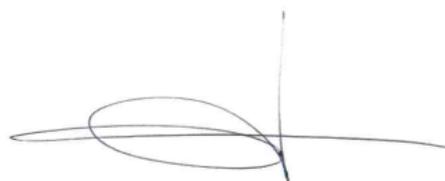
En l'état, ce modèle ne prétend pas répondre à toutes les questions posées par sa mise en œuvre. Toutefois, il balise, dans un ensemble de feuilles de route, le chemin à suivre étape par étape afin de configurer le Service en 2020 d'une façon qui lui permette de converger vers le nouveau modèle d'armées à l'horizon 2025 qui constitue le véritable objectif.

Dans un environnement sécuritaire préoccupant et dans un contexte budgétaire délicat, des choix difficiles ont dû être faits pour préserver l'outil de défense que représente le Service.

Ces choix ont été expliqués et partagés avec le personnel et validés par les tutelles et le commandement.

Il nous appartient aujourd'hui de construire ensemble ce Service de santé, pensé pour les blessés et les malades de nos armées qui sont notre combat.

En mettant en œuvre son nouveau modèle, SSA 2020, le service de santé des armées s'apprête à écrire une nouvelle page de son histoire. Dans le respect de sa raison d'être et de tous ceux qui l'ont portée au fil des siècles.



Paris, le 4 janvier 2016
Médecin général des armées Jean-Marc DEBONNE

LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES EN 2020

1. Une mission claire

Le Projet SSA 2020 pose comme principe fondamental que « La mission du Service est le soutien santé des forces armées en opération ». Si cette mission se décline avant, pendant et après les opérations, le cœur en est le temps opérationnel. Elle détermine le dimensionnement et l'organisation du Service.

Elle s'applique :

- en tout lieu, sur le territoire national métropolitain, outre-mer, partout où les forces sont projetées ;
- en tout temps, en préparation des opérations, en opération et après le désengagement ;
- en toutes circonstances, aussi bien en situation opérationnelle et en situation de crise qu'en préparation et entraînement des forces, et ce quel que soit le milieu.

Elle se matérialise, pour les opérations extérieures, par la capacité à déployer une chaîne santé complète, incluant des postes médicaux, des antennes médico-chirurgicales, des hôpitaux, des moyens médicaux d'évacuation sanitaire, de ravitaillement sanitaire et de commandement médical. Cette capacité du Service de santé conditionne la possibilité pour la France, de conduire en autonomie des opérations extérieures et, en particulier, d'entrer en premier, comme de tenir le rôle de nation cadre au sein d'une coalition.

2. Une contribution à la résilience nationale

La résilience de la Nation apparaît comme un enjeu majeur dans un monde en instabilité croissante. Les attentats récents commis sur le territoire national démontrent la généralisation de la menace.

Du fait de son expertise et des capacités qu'il détient, le SSA est en mesure de contribuer à la résilience de la Nation. Cette contribution ne fonde toutefois ni son dimensionnement, ni son organisation.

Ces dernières années, et tout particulièrement en 2014, le Service a ainsi été sollicité à plusieurs reprises pour mettre à disposition de l'Etat des personnels réactifs, organisés, formés à l'urgence et aux situations de crise. Le rôle joué par le Service dans la crise Ebola de 2014 en est la démonstration.

3. Une aptitude opérationnelle

Une forte orientation vers l'opérationnel conditionne la capacité du Service à répondre aux besoins des forces.

La mission, incluant la capacité à mener des opérations en autonomie comme à entrer en premier sur un théâtre d'opération, nécessite de disposer de personnels répondant à trois exigences :

- une disponibilité et une réactivité assumées par les intéressés et organisées par le service ;
- une compétence technique spécifique aux différents milieux opérationnels d'emploi, acquise par une formation initiale spécifique, régulièrement actualisée ;
- un haut niveau de préparation militaire, soigneusement entretenu.

Disposer de ce personnel garantit au Service l'agilité, facteur de supériorité opérationnelle, qui repose entre autres sur la réactivité et l'adaptabilité à des situations opérationnelles diverses (cf. glossaire).

4. Une cohérence à préserver

Pour assurer sa mission au profit des armées et sa contribution à la résilience de la Nation, le SSA a fait le choix de maintenir les cinq composantes qu'il détient en propre.

Dans un contexte de ressources tendu, il convenait toutefois de reconsidérer les équilibres entre composantes et au sein de chaque composante. Le principe du nouveau modèle de Service est de sanctuariser la mission opérationnelle, de développer la médecine de premier recours et, pour ce faire, de mettre à contribution la composante hospitalière. En effet, son format actuel n'est plus justifié par les besoins des armées et elle n'a pas suffisamment intégré les réformes profondes du monde de la santé.

Deux autres approches auraient pu être envisagées :

- répartir les efforts de manière homothétique, avec la certitude d'aggraver la situation de la médecine des forces et de l'hôpital, en hypothéquant l'évolution de la recherche et du ravitaillement et en imposant au Service une évolution adaptative au gré des contraintes à venir ;
- abandonner une ou plusieurs des 5 composantes du service, en faisant porter un risque sur la mission opérationnelle. La médecine des forces, l'hôpital et le ravitaillement devant être détenus en propre pour assurer la mission, le sacrifice aurait dû porter sur la recherche et/ou la formation, alors que ce sont les fonctions mêmes qui préparent l'avenir.

5. Une place pleine et entière dans le service public de santé, la recherche et l'enseignement

Cette place pleine et entière est la garantie pour le Service de pouvoir se concentrer sur sa mission. Elle permet de pérenniser et de développer les activités indispensables au contrat opérationnel et de confier ou partager avec le service public de santé celles ne concourant pas directement à sa réalisation.

Elle conditionne la qualité technique du soutien des forces armées. En effet, aucune structure de santé ne peut plus disposer isolément des compétences et des équipements de haut niveau couvrant la totalité du champ médical.

C'est aussi un moyen pour le Service de garantir une performance économique qui repose aujourd'hui largement sur la capacité à travailler en partenariat et à mutualiser les moyens.

Cette ambition implique pour le Service qu'il assume les responsabilités inhérentes à la place qu'il revendique, en mettant ses capacités à disposition du service public. Inversement, ceci implique pour le service public qu'il contribue au soutien santé des forces armées, en permettant aux hôpitaux militaires d'être des acteurs à part entière de leur territoire de santé tout en garantissant leur capacité et leur entière disponibilité pour assurer leur mission opérationnelle. Bien que de nature différente, les centres médicaux des armées sont également concernés par ces relations nouvelles entre le SSA et le système public de santé.

6. Une garantie de performance

La performance technique est indispensable au maintien de la relation de confiance entre les armées et le service de santé, prestataire exclusif du soutien médical des forces en opération. Elle est un facteur d'attractivité pour le personnel. Elle conditionne la place d'acteur du service public de santé revendiquée par le Service.

La performance économique est un enjeu tout aussi majeur, garant de la pérennité du service et de sa capacité à maintenir les investissements nécessaires à des prestations de qualité.

LA CONSTRUCTION DU MODELE

1. Les raisons d'un nouveau modèle

1.1. Les constats externes

Le projet SSA 2020 s'est fondé sur un certain nombre de constats qui sont restés d'actualité tout au long de la démarche de construction du nouveau modèle de service. Les événements de l'année 2014 et de la première partie de 2015 sont venus compléter et renforcer ces constats.

1.1.1. Le contexte défense

La menace s'est diversifiée, incluant une part toujours croissante d'actes terroristes perpétrés par de petits groupes indépendants ou par des individus plus ou moins isolés.

Elle prend de plus en plus un caractère diffus sur les théâtres d'intervention, obligeant à de fortes élongations, facteur de dispersion des ressources.

Elle concerne de façon croissante l'Union européenne, avec une instabilité accrue à ses portes et des attentats perpétrés sur les territoires nationaux, rendant de plus en plus aigüe la question de la capacité de résilience de la Nation, dont le SSA est un acteur.

La volonté d'une autonomie de décision et d'action, incluant la capacité d'entrer en premier et en autonomie sur un théâtre d'opération, a été réaffirmée dans le Livre blanc de la défense et de la sécurité nationale. Cette capacité s'est révélée cruciale pour permettre à la France de faire face aux crises menaçant ses intérêts, son intégrité ou la sécurité de ses ressortissants. La multiplication des théâtres, dans un contexte de ressources comptées, a placé les armées et le service de santé sous forte contrainte opérationnelle.

Le projet stratégique des armées, « Cap 2020 », a été actualisé en 2014. Il comporte trois axes stratégiques qui entrent en résonance avec le projet SSA 2020 : garantir l'efficacité opérationnelle des forces, transformer les armées en maîtrisant les risques induits par cette transformation, privilégier une vision à long terme de la finalité opérationnelle.

1.1.2. Le contexte santé

Le diagnostic stratégique sur lequel s'est fondé le projet SSA 2020 et les choix effectués dans le modèle SSA 2020 se trouvent très largement confortés par la stratégie nationale de santé, présentée par la ministre des affaires sociales et de la santé en juin 2014.

Le rôle des professionnels de santé de proximité y est identifié comme déterminant. L'accès à des pratiques avancées est reconnu aux paramédicaux. L'innovation porte l'accent sur le numérique.

La territorialisation de l'offre de soins vise à offrir aux patients des parcours organisés et coordonnés. Les partenariats entre établissements sont fortement encouragés, allant jusqu'à la conception de groupements hospitaliers de territoire, porteurs de projets médicaux communs. A terme, il serait illusoire d'entretenir l'idée qu'un établissement hospitalier puisse exister en autonomie.

1.1.3. Le contexte sociétal

Les exigences croissantes en termes de sécurisation des pratiques ou de résultats observées sur le territoire national s'étendent aux opérations militaires. Elles induisent un accroissement des besoins qualitatifs et quantitatifs des ressources affectées aux unités médicales opérationnelles.

1.2. Les constats internes

Si les constats internes du Projet SSA 2020 restent d'actualité, nombre d'actions ont déjà été entreprises pour remédier aux facteurs de vulnérabilité constatés en 2013.

Pour mettre fin à l'isolement du service, des accords-cadres, des conventions et des groupements de coopération sanitaire ont été réalisés avec les partenaires du service public de santé ou participant au service public de santé, avec des acteurs de santé des autres ministères, avec des organisations non gouvernementales et avec des sociétés privées. La visibilité du service dans le paysage de la santé s'est ainsi considérablement accrue au cours de ces derniers mois.

Les mesures pour lutter contre la dispersion des moyens sont plus longues à mettre en œuvre. Le rassemblement des écoles de formation initiale sur le site de Lyon-Bron et la décision de fermeture de l'HIA du Val-de-Grâce représentent deux mesures emblématiques et incontournables du traitement de la dispersion des moyens. En ce qui concerne la dispersion des activités, les premières mesures sont en cours de mise en œuvre à l'hôpital, avec le transfert au service public des activités qui ne sont ni à visée opérationnelle ni indispensables à la cohérence hospitalière. Les partenariats se développent pour renforcer les activités à visée opérationnelle.

La résolution des problèmes liés à la complexité de la gouvernance centrale fait l'objet d'une réflexion approfondie. Le retour d'expérience du fonctionnement dans l'environnement Balard qui mettra en contact direct tous les acteurs majeurs de la défense, dictera en partie les évolutions à venir.

La réflexion sur la gouvernance des établissements est plus avancée.

Face aux multiples contraintes externes pesant sur le service, qu'elles procèdent du monde de la défense ou de la santé, les efforts déployés jusqu'à maintenant pour tenter de rompre l'isolement, de lutter contre la dispersion des moyens ou la complexité de la gouvernance du Service ont toutefois trouvé leurs limites. Dès lors, seul un changement de modèle est à même de lui permettre de remplir de façon pérenne sa mission de soutien des forces armées en opération.

2. Les principes de construction du modèle

Quatre principes ont été posés, découlant directement du projet SSA 2020. Ils ont été enrichis à la lumière des évolutions du contexte et des retours d'expérience générés par les premières mesures mises en œuvre. Ils sont assortis d'une exigence, la considération pour le personnel.

2.1. Quatre principes

2.1.1. Une densification respectant la proximité avec les forces

La densification des équipes et des emprises est le premier volet du principe de concentration décrit dans le projet SSA 2020. Elle concerne principalement les hôpitaux et les centres médicaux alors que ce mouvement est déjà engagé pour la formation, la recherche et le ravitaillement sanitaire

Le concept de plateformes hospitalières et d'hôpitaux hors plateforme permet de répondre à la fois à la nécessité de densification et au maintien d'une offre hospitalière de proximité.

Pour les centres médicaux des armées, le principe de densification repose sur l'implantation, et le plus souvent la co-localisation, sur un nombre plus réduit d'emprises

des activités cœur de métier et de plateaux techniques de haut niveau. L'offre de soins de proximité et le maintien des compétences spécifiques de milieu resteront assurés par un nombre d'antennes en adéquation avec le plan de stationnement des forces.

2.1.2. Une différenciation optimisant les ressources

Le principe de différenciation évoqué dans le Projet SSA 2020 est décliné de façon plus précise dans le modèle ; il concerne les deux plus importantes composantes du service.

Pour la médecine des forces, le principe de différenciation est à la base du concept de Centre médical des armées de nouvelle génération (CMA NG), qui concentrera les processus de management et de support et disposera d'un plateau technique performant, tandis que les antennes se concentreront sur la prise en charge au plus près des forces, à la fois pour le soin, le soutien des activités et l'apport d'expertise aux milieux spécifiques.

La médecine hospitalière rassemble sur les hôpitaux de plateforme les compétences nécessaires à une réponse immédiate à un contrat opérationnel exigeant et à la prise en charge exhaustive des blessés de guerre, compétences qu'il n'est ni nécessaire ni possible d'entretenir sur l'ensemble des hôpitaux. Les hôpitaux hors plateforme assurent pour leur part une réponse différée, permettant au personnel de maintenir les compétences nécessaires.

2.1.3. Le développement du numérique, support majeur de la modernisation et de la performance

Le développement du numérique est un axe majeur du Modèle SSA 2020. S'il l'irrigue dans sa totalité, il prend un relief particulier dans trois domaines.

L'ambition pour la médecine des forces est de disposer d'un véritable système d'information dédié, fondant le concept de « CMA numérique ». Les contours de ce nouveau système se dessinent. La mise à niveau du logiciel unique médico-militaire (LUMM), déjà largement amorcée, n'en constitue qu'une étape préliminaire.

L'ambition numérique est tout aussi grande pour la formation. L'école du Val-de-Grâce dispose d'un vaste catalogue de formations, spécifiques et adaptées aux besoins du service et des armées mais non dépourvues d'intérêt pour d'autres acteurs de la santé. L'objectif est de mettre ces ressources à disposition du plus grand nombre, avec souplesse, économisant ainsi les déplacements au maximum.

Enfin, la capacité des hôpitaux à entrer dans des partenariats repose sur des systèmes d'information communiquant avec les autres établissements de santé, fondement de la démarche « Hôpital numérique ».

2.1.4. La recherche de nouveaux équilibres internes

Le recentrage sur la mission opérationnelle, deuxième volet du principe de concentration décrit dans le projet SSA 2020, reste entièrement d'actualité. Il passe par un rééquilibrage entre les différentes composantes et fonctions du Service, visant à assurer la mission de façon optimale.

2.1.4.1. Entre médecine des forces et médecine hospitalière

Le déplacement des équilibres de l'hôpital vers la médecine des forces se justifie par le surdimensionnement du premier au regard des besoins des armées. Par ailleurs, l'hôpital a consommé une part toujours croissante des ressources sans parvenir à répondre complètement aux besoins en investissements. Cette réduction du format

hospitalier est assortie de modalités nouvelles de réponse hospitalière au contrat opérationnel.

Les ressources dégagées par le rééquilibrage serviront les ambitions de renforcement des activités de soin et de formation à l'urgence et amélioreront les conditions de travail pour la médecine des forces qui a souffert considérablement des choix antérieurs au point d'en être aujourd'hui très fragilisée.

2.1.4.2. Entre soin et prévention

Le déplacement des équilibres du soin vers la prévention, prôné dans la stratégie nationale de santé, s'applique évidemment au service de santé des armées. La prévention a toujours été une préoccupation majeure du Service, pionnier en matière de vaccination, d'éducation sanitaire et de surveillance de la population militaire. De nouveaux outils de prévention se font jour, faisant en particulier appel aux nouvelles technologies et en sollicitant plus largement les paramédicaux. Il importe de se saisir pleinement des possibilités ainsi offertes.

2.1.4.3. Entre praticiens et personnel paramédical

Le dernier volet du rééquilibrage, entre praticiens et personnel paramédical, s'inspire des possibilités de délégations de tâches offertes par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et réaffirmées dans la stratégie nationale de santé. Ce rééquilibrage, souhaité par nombre de paramédicaux, apparaît comme une véritable opportunité pour le service de santé des armées. Du fait de la mission qui unit praticiens et paramédicaux, de la culture du travail en équipes, le Service peut être novateur aussi bien dans les centres médicaux des armées qu'à l'hôpital, y compris en faisant émerger de nouveaux métiers spécifiques aux besoins des armées.

2.2. Une exigence

Ces quatre principes s'assortissent d'une exigence de considération pour le personnel. Cette exigence n'est pas nouvelle mais elle prend un relief particulier du fait de l'ampleur et de la durée des évolutions en cours.

La considération exige des dirigeants du Service, vis-à-vis de leurs collaborateurs et du personnel :

- des relations de confiance basées sur une communication claire, fluide et bidirectionnelle ;
- du respect pour leurs idées, leur investissement, leurs incertitudes ;
- une attention portée aux besoins.

Actif dès l'été 2014 et pendant toute la durée du Projet SSA 2020, le réseau « veille considération » tiendra compte des attentes, questions et propositions du personnel, grâce à des relais dans tous les organismes du SSA.

3. La méthodologie de construction du modèle

3.1. Un modèle appuyé sur le Projet de Service SSA 2020

La conception du modèle s'est inscrite dans la continuité du diagnostic stratégique et du Projet de Service, élaborés de décembre 2012 à novembre 2013.



La conclusion du diagnostic stratégique était que le Service courait à moyen terme un risque de non réponse quantitative et qualitative aux besoins des armées et à court terme un risque financier majeur obérant les investissements et le fonctionnement. Dès lors, il devenait indispensable de passer d'une logique d'évolution adaptative de chacune des grandes composantes à une réforme proactive à caractère systémique, fondant le nouveau Projet de Service à l'horizon 2020.

Le document intitulé « Le Projet de Service, SSA 2020 » a été validé par le cabinet du Ministre de la défense puis présenté au personnel du service, aux hautes autorités militaires et aux autorités civiles de la santé le 25 novembre 2013.

3.2. Le plan de management de programme

Les mois de décembre 2013 et janvier 2014 ont été consacrés à la mise au point du plan de management du programme de conception du Modèle.

3.2.1. Création de la Mission SSA 2020

Placée sous l'autorité de l'Inspecteur du Service de santé des armées, la Mission SSA 2020 a réuni les acteurs en charge de la conception, décrits plus loin, autour d'une équipe de coordination dédiée, constituée de deux médecins, d'un OCTASSA et de consultants externes.

3.2.2. Création d'une comitologie dédiée

Les instances suivantes ont été créées spécifiquement pour la conception du modèle :

- comité restreint, présidé par le Directeur central du SSA, réunissant hebdomadairement le directeur central adjoint, le chef de mission, le chef de la division performance, synthèse (DPS) et un membre de la mission ;
- comité de pilotage, présidé par le chef de mission, réunissant les membres de la mission toutes les six semaines ;
- comité opérationnel, réunissant le chef de la DPS et les membres de l'équipe de coordination ;
- les membres de l'équipe de coordination se sont réunis autant que de besoin.

Des comités exécutifs dédiés, relevant de la comitologie usuelle de la DCSSA, ont été consacrés aux prises de décisions.

3.2.3. Définition des modalités de conception

Lors de cette phase de management de programme, il a été décidé que la conception du nouveau modèle de service s'appuierait sur deux démarches : l'une descendante relevant de la mission SSA 2020 et l'autre ascendante relevant des établissements du service. Il a été proposé que l'ensemble soit régulièrement soumis à des regards extérieurs au SSA.

3.2.4. Pose des principaux jalons

Les principales étapes du travail de conception ont été définies. Les incertitudes sur le devenir de l'HIA Val-de-Grâce, ont retardé la conception du modèle ; en effet, son maintien ou sa fermeture dimensionnait de façon majeure les ressources disponibles pour les différentes composantes.



3.3. La conception du Modèle SSA 2020

Elle s'est déroulée de janvier à décembre 2014.

3.3.1. La démarche descendante

La démarche descendante, vision du management central, s'est fondée sur une matrice faisant interagir 3 principes directeurs (concentration, ouverture, simplification) et 3 facteurs de réussite (ressources humaines, systèmes d'information, ressources financières et matérielles) avec chacune des 6 grandes fonctions du Service (premier recours, hôpital, ravitaillement, formation, recherche, administration-gouvernance). L'ensemble de la réflexion a été placé sous supervision de 3 enjeux (mission, performance, considération).

La supervision des travaux de chacune de ces composantes a été confiée à une haute autorité du Service ou appartenant à la société civile.

Plusieurs chantiers ont émergé du croisement entre ces intrants. Ils ont été traités chacun par un groupe de travail, accompagné tout au long de la démarche par un membre de l'Equipe de coordination de la Mission SSA 2020.

3.3.2. La démarche ascendante

Parallèlement, tous les établissements du Service ont été sollicités pour rédiger des projets d'établissement.

Ces documents ont pour but, après avoir réalisé le diagnostic stratégique de l'établissement (identification des forces et des faiblesses d'une part et des menaces et des opportunités d'autre part), de décrire ses évolutions possibles en tenant compte des

principes décrits dans le Projet SSA 2020 et des contraintes médico-économiques, afin de définir *in fine* la stratégie de l'établissement.

Ces documents, confiés aux chaînes organiques, ont également permis de nourrir la réflexion et de contribuer à la construction de scénarios pour l'évolution du SSA.

3.3.3. Au croisement des démarches, l'élaboration des scénarios

Chaque fonction a été modélisée en respectant deux exigences : identifier un ou plusieurs « invariants », conditions *sine qua non* pour que la mission soit assurée et proposer trois scénarios de contrainte croissante. Il convenait en effet de prendre en compte les incertitudes sur les ressources allouées au service de santé dans les dix prochaines années et d'ouvrir un champ d'arbitrage.

Ont ainsi été élaborés pour chaque fonction :

- un scénario dit « optimal », construit sur l'hypothèse du maintien des ressources prévues par la loi de programmation militaire ;
- un scénario dit « contraint », intégrant l'hypothèse d'une diminution de l'ordre de 10% des ressources prévues par la loi de programmation militaire ;
- un scénario dit « de rupture », basé sur l'hypothèse d'une diminution drastique des ressources, imposant une redéfinition totale de la fonction considérée pouvant aller jusqu'à son abandon pur et simple, au profit d'une solution alternative.

Le croisement des démarches ascendantes et descendantes a permis d'élaborer des modèles pour les six fonctions identifiées dans la matrice. Cependant, il est apparu très tôt que les « systèmes d'information », les « ressources humaines » et les « ressources financières et matérielles¹ » étaient à la fois des ressources mais aussi des fonctions à part entière qu'il convenait de modéliser. Elles sont venues s'ajouter aux six fonctions initialement prévues dans la matrice.

Le travail a été conduit en concertation permanente avec les tutelles ministérielles et des experts appartenant à l'Etat-major des armées, au ministère de la santé, au service public de santé, au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

3.3.4. La mise en cohérence des scénarios et les arbitrages

Dans une organisation systémique, la seule juxtaposition de modèles de fonctions ne peut constituer un modèle global cohérent. En effet, les options prises pour chaque fonction retentissent obligatoirement sur les autres et rendent des arbitrages nécessaires.

Des réunions trilatérales ont été organisées réunissant :

- le directeur central, le directeur central adjoint, l'adjoint au directeur central en charge de la composante concernée ;
- le responsable de la modélisation de la fonction et les contributeurs jugés utiles à la présentation ;
- le chef de la mission et un ou plusieurs membres de l'équipe de coordination ayant plus particulièrement suivi les travaux.

Des premiers arbitrages ont pu être rendus et des modifications des scénarios ont été demandées. Un comité exécutif dédié a procédé aux derniers ajustements et a conclu le processus de consolidation du modèle.

¹ Finances, équipements, infrastructure et achats.

3.3.5. La validation du modèle

Le Modèle de Service a été présenté :

- à l'État-major des armées, le 18 novembre 2014 ;
- aux membres du contrôle général des armées, le 1er décembre 2014 ;
- au cabinet du ministre qui l'a validé dans le cadre du comité ministériel des soutiens, le 2 décembre 2014.

A l'issue de la phase de validation, le modèle SSA 2020 a été présenté aux organisations syndicales et aux membres du Conseil de la fonction militaire du SSA. Le modèle a été exposé à une large représentation du service le 11 décembre 2014 à l'Ecole du Val-de-Grâce.

3.4. La démarche d'appropriation

3.4.1. L'objectif de la démarche d'appropriation

Dès la présentation du projet SSA 2020 en décembre 2013, le Service a souhaité informer l'ensemble de ses personnels.

Cette volonté s'est concrétisée à travers de multiples présentations faites à l'occasion de déplacements de hauts responsables du Service et au moyen d'une démarche spécifique d'appropriation qui s'est déroulée de juin à octobre 2014.

La démarche avait deux objectifs :

- faire partager un certain nombre de messages structurants sur le sens et les enjeux du projet de service ;
- engager chacun dans l'action en recueillant les propositions pour la mise en œuvre du projet au sein de son établissement.

3.4.2. La conception de la démarche

Après une phase de conception, trois sessions de tests ont été organisées, réunissant un échantillon des différents métiers et statuts du service. Des ajustements ont été apportés au support à l'issue de ces tests. Enfin, le 6 mai, le comité exécutif a testé, en conditions réelles, l'outil de démultiplication de la démarche d'appropriation et l'a validé.

3.4.3. La mise en œuvre

La démarche s'est appuyée sur deux « planches » : « La nécessité d'un nouveau modèle pour le SSA » et « Construisons ensemble le SSA de demain », chacune structurée en plusieurs parties.

Les planches ont servi de support à un travail de groupe, réunissant cinq personnes autour d'un animateur. A l'issue de la séance, l'animateur devait effectuer une saisie des travaux du groupe sur un site internet dédié. Chacun des membres du groupe devenait à son tour animateur d'un nouveau groupe (principe de démultiplication).

Un séminaire de lancement s'est tenu les 27 et 28 mai 2014, réunissant plus de 150 personnes. La démultiplication s'est effectuée de juin à mi-octobre dans l'ensemble des établissements du service.

3.4.4. Les résultats de la démarche

Plus de 1 500 ateliers ont été conduits, réunissant plus de 7 700 participants de tous métiers et tous statuts, soit près de la moitié du personnel du service.

L'analyse des travaux des ateliers a montré un consensus sur la mission du service (95% d'adhésion). Ainsi l'opérationnel est considéré comme l'atout majeur pour la construction du modèle de service de demain (91%). La notion que l'hôpital et la médecine des forces sont les deux grandes fonctions les plus impactées par la transformation est largement partagée (50% chacune). Le changement représenté par le nouveau modèle est estimé majeur (noté 8/10).

3.5. Le document consacré au Modèle SSA 2020

Le présent support a pour ambition de présenter les fondements de la réflexion qui a conduit à la conception du nouveau modèle de Service, les grandes lignes selon lesquelles ce modèle est conçu et les modalités pratiques de sa mise en place.

Il s'adresse à l'ensemble du personnel du Service.

LE NOUVEAU MODELE DE SERVICE

Jusqu'à présent, le service de santé des armées était présenté et décrit selon ses cinq composantes organiques (soutien des forces, médecine hospitalière, recherche, formation, ravitaillement sanitaire). Cette description historique ne facilite pas la lisibilité de l'action du Service qui se décrit en termes de fonctions (production des soins, production de connaissance et d'expertise, support). Aussi, le modèle SSA 2020 présente le Service non pas selon ses composantes organiques mais selon la nature des processus qu'il met en œuvre.

Les processus « de production », réalisent les activités, prestations ou produits, constituant le cœur de métier du Service. Elles lui permettent de remplir sa mission. Le SSA a fait le choix de considérer comme des fonctions de production :

- la médecine des forces, médecine de premier recours pour les militaires, dont la mission principale est d'apporter des soins, du soutien médical sur le territoire national, relevant d'un parcours de santé territorial qu'elle coordonne, comme en opération extérieure ;
- la médecine hospitalière, qui réalise la prise en charge, en second recours, des militaires blessés et malades, sur le territoire national dans le cadre d'un parcours de soins dédié inscrit dans le territoire de santé ou sur un théâtre d'opération au sein d'une structure médico-chirurgicale opérationnelle.

Les fonctions « d'appui » à la production apportent des moyens à forte spécificité opérationnelle et se rapprochent en cela du cœur de métier. Les fonctions d'appui sont :

- la recherche, dont les capacités sont orientées vers les besoins spécifiques des armées et des forces en opération ;
- le ravitaillement sanitaire, qui conçoit, réalise et entretient les dotations nécessaires à la projection des unités médicales opérationnelles du Service ;
- la formation, qui a notamment en charge la préparation opérationnelle du personnel militaire du SSA ainsi que sa formation d'adaptation à ses différents milieux d'emploi.

Les fonctions « support » apportent les moyens de toutes natures nécessaires à la production. Les fonctions support traditionnelles du Service sont :

- les ressources humaines ;
- les systèmes d'information et de communication ;
- les ressources financières et matérielles.

1. Les fonctions de production

1.1. La médecine des forces

1.1.1. *L'intangible*

La médecine des forces constitue la médecine de proximité exercée par les professionnels de santé des centres médicaux du SSA (ou leurs équivalents embarqués ou des forces spéciales), au profit des militaires sur le territoire national, à bord des bâtiments de la marine, comme en déploiement à l'étranger. Elle est axée sur la prévention, le dépistage et la prise en charge rapide, en proximité, des maladies et des traumatismes susceptibles de compromettre la santé du militaire, comme sa capacité à exercer ses activités. Elle participe directement à la mise et au maintien en condition opérationnelle du militaire. Elle constitue un réservoir de moyens et de compétences pour assurer, en opération, la médicalisation de l'avant.

Par ses moyens, son personnel et ses compétences, la médecine des forces participe à la mission d'expertise du SSA au profit des forces (expertise médicale, expertise technique et de milieu). Elle constitue également le cadre d'activités d'enseignement et de recherche clinique.

Les missions de la composante de médecine des forces sont permanentes et fortement liées au rythme de préparation et d'engagement des forces. Elles appellent l'existence de structures permanentes, les centres médicaux ou leurs équivalents embarqués, au sein desquelles exercent et s'entraînent des praticiens et des paramédicaux disposant des compétences techniques, militaires et de milieux, requises pour accompagner et soutenir les forces dans l'ensemble de leurs missions.

1.1.2. *Les déterminants du changement*

La réforme de la médecine des forces initiée en 2008, dans le sillage de la mise en place des bases de défense, a conduit à la création en 2011 des centres médicaux des armées (CMA), formations organiques du SSA ayant vocation à soutenir les formations des trois armées et de la gendarmerie stationnées dans l'aire géographique de la base de défense (sauf exception des forces maritimes).

La mise en œuvre de cette réforme, conjuguée à une pression opérationnelle forte et à une contrainte budgétaire constante, a amené l'organisation et le personnel à la limite de la rupture. Le retard pris dans la mise à niveau des infrastructures de ces centres médicaux, comme dans la mise en place d'un système d'information et de communication adapté aux enjeux d'une médecine moderne et performante, ont consacré les limites du modèle actuel.

Ainsi une évolution de cette fonction essentielle apparaît nécessaire en réponse à des attentes ou des besoins des forces armées, du Service et de son personnel.

1.1.2.1. *Satisfaire les attentes des armées*

Assurer le contrat opérationnel, raison d'être du SSA

Les évolutions récentes et à venir du contexte politique et géostratégique laissent craindre une recrudescence de la conflictualité et une diversification des menaces, y compris sur le territoire national. Le SSA doit être en mesure d'assurer le soutien médical de toutes les formes d'engagement des forces armées.

Proposer des activités adaptées aux besoins des forces et du militaire

Le panel d'activités réalisées au sein des antennes des centres médicaux des armées doit s'adapter aux besoins nouveaux exprimés par les militaires (et leurs familles, le cas échéant), comme aux conséquences des blessures ou maladies contractées en opération.

Assurer un soutien médical proche, accessible et disponible

La réduction des effectifs, la multiplication des sollicitations opérationnelles et leurs conséquences médicales, portent les armées à accorder plus d'attention au bien-être (physique, mental et social) du militaire et de sa famille. Cela se traduit par un besoin de proximité et d'accessibilité de structures médicales de premier recours, adaptées aux caractéristiques culturelles et sociales de la population militaire.

Maintenir une indispensable connaissance des milieux

Les caractéristiques de chacune des forces armées, la variété des environnements dans lesquels elles sont appelées à s'entraîner ou à se déployer ont un retentissement sur les conditions de leur soutien médical. La connaissance de ces milieux s'avère indispensable pour le personnel du SSA.

1.1.2.2. Répondre à des besoins particuliers du Service

S'adapter à une pression opérationnelle croissante

La pression opérationnelle augmente en termes de sujétion individuelle, pour le personnel praticien, MITHA et auxiliaire sanitaire, mais aussi en termes de durcissement et de diversification des conditions d'engagement. Cette évolution confirme l'importance de la médecine de l'extrême avant et soumet de fait le personnel à un niveau d'exigence plus élevé, pour ses capacités physiques et militaires comme pour ses compétences techniques.

Assurer une préparation « militaire et de milieu » adaptée aux missions

Le durcissement des conditions d'engagement, l'intervention des équipes médicales au plus près des combattants induit pour le personnel du SSA une exigence forte en termes de compétences et d'entraînement militaires, parfois spécifiques, s'il veut pouvoir accompagner les unités en opération.

Mieux articuler les centres médicaux des armées avec les réseaux de soins locaux

Le CMA conçu, organisé et tourné vers les armées et leur personnel doit trouver sa place dans un territoire de santé où évoluent les militaires et leurs familles. Le personnel s'efforce avec peine à entretenir ses compétences techniques et diversifier sa pratique professionnelle. Les parcours de soins au sein du territoire de santé n'y sont pas optimisés.

1.1.2.3. Répondre aux attentes du personnel

Garantir de meilleures conditions de travail

Les conditions actuelles relèvent à la fois d'une situation héritée des armées pour ce qui relève des véhicules et de l'infrastructure, et du sous-effectif de l'ensemble de la médecine des forces. Les plateaux techniques apparaissent largement insuffisants au regard des impératifs de qualité des pratiques et des soins, des besoins des patients et des compétences du personnel médical et paramédical dont le niveau de formation ne cesse de progresser. Enfin, l'outil informatique métier est défaillant et sous-utilisé.

Proposer des parcours professionnels attractifs et valorisants

Le Service dispose déjà, et disposera dans les années futures, de médecins, d'infirmiers et d'auxiliaires sanitaires parfaitement formés à la médecine générale et aux soins de premiers recours. Dans un paysage national fortement concurrentiel mais qui demeure attractif, il importe de conserver ce potentiel humain et de créer les conditions de sa fidélisation et de son accomplissement professionnel.

Valoriser une filière indispensable au soutien des forces

La situation actuelle s'inscrit à contrecourant des évolutions de la médecine générale en milieu civil. Alors que l'organisation nationale de l'offre de soins tend à valoriser le rôle des acteurs du premier recours, médecins généralistes et paramédicaux, le Service n'a pas saisi l'opportunité d'exploiter toutes les capacités de ses centres médicaux, de fidéliser ses jeunes spécialistes de médecine générale et d'apporter à ses infirmiers et ses auxiliaires sanitaires les conditions d'exercice, les responsabilités et les carrières conformes à leur niveau de compétence et à leurs attentes. Cette situation doit impérativement évoluer pour faire de la médecine des forces une filière d'excellence du SSA.

Mettre en œuvre la qualité et la gestion des risques

Dans le domaine de la médecine des forces, la mise en œuvre de la qualité a été initiée voici plusieurs années. Elle s'est concentrée principalement sur la qualité des soins en s'inspirant de référentiels créés pour des centres de santé et d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles.

Mais sa mise en place, résultant surtout d'initiatives locales, ne permet pas d'assurer à tous les bénéficiaires (commandement, personnels de la Défense) que le niveau de qualité attendu de l'ensemble des prestations soit au rendez-vous.

La réussite du nouveau modèle de la médecine des forces impose la mise en œuvre d'une démarche qui ne peut pas se limiter à la satisfaction des besoins des bénéficiaires directs. Ce nouveau modèle, pour réussir et perdurer, doit aussi prendre en compte les attentes des parties intéressées, au premier rang desquelles le personnel des CMA, mais également les partenaires du système public de santé.

1.1.3. Le concept

La médecine des forces est centrée autour de quatre fonctions indissociables, cohérentes, formant un tout, relevant de la responsabilité du directeur central du SSA :

- soigner les militaires, c'est-à-dire :
 - garantir la qualité de la prise en charge médicale du personnel militaire,
 - garantir le parcours de santé des militaires,
 - garantir la prévention de la communauté militaire ;
- préparer les forces armées, c'est-à-dire :
 - assurer la mise en condition avant projection du personnel militaire,
 - assurer la réponse aux besoins des forces armées (recrutement, projection),
 - conseiller le commandement ;
- se préparer aux engagements opérationnels, c'est-à-dire :
 - assurer la disponibilité des équipes médicales,
 - assurer la disponibilité des équipements et matériels,
 - garantir l'adaptation des équipes aux conditions d'engagement opérationnel ;
- soutenir les forces armées, c'est-à-dire :
 - garantir la qualité de prise en charge du personnel en ambiance opérationnelle,
 - garantir la capacité opérationnelle des unités engagées,
 - proposer une organisation du soutien médical aux conditions d'engagement.

La déclinaison de ce concept s'appuie sur cinq principes :

- proximité des structures du SSA avec les forces soutenues ;
- différenciation des formations du SSA en fonction des missions et activités des forces ;
- simplification de la gouvernance de la médecine des forces, avec une séparation des activités de conception et de pilotage, de management opérationnel et de mise en œuvre ;
- allocation des ressources nécessaires à une mission dont la complexité ne cesse de croître ;
- numérisation du CMA NG par le recours aux outils et ressources informatiques et aux objets connectés, dans ses pratiques médicales et les relations avec ses bénéficiaires et ses partenaires.

1.1.4. Le nouveau modèle

1.1.4.1. Organisation

L'organisation future de la médecine des forces repose sur des centres médicaux de nouvelle génération (CMA NG), placés sous le commandement organique d'une direction unique, la direction de la médecine des forces (DMF).

La direction de la médecine des forces

La médecine des forces est placée sous le commandement d'une direction de la médecine des forces (DMF), formation organique placée sous l'autorité du directeur central du SSA.

Cette direction a pour missions de prévoir, d'organiser, de commander et de contrôler le soutien médical des forces armées et de la gendarmerie et d'en garantir la cohérence en fonction des spécificités opérationnelles ou de milieu.

Pour cela, elle se voit confier certaines des attributions de la sous-direction « plans, capacités » de la DCSSA et reprend les missions des directions régionales qui ne peuvent être transférées aux échelons de commandement des CMA. Elle intègre trois chefferies du service de santé de forces qui disposent d'un soutien médical intégré (navales, sous-marines et spéciales) et deux échelons milieux (terrestre et aéronautique).

Les chefferies et échelons milieux

Les chefferies du service de santé sont des formations organiques du SSA chargées de piloter le soutien médical de la force (ou du grand commandement) auquel elles sont attachées en exerçant une autorité organique et/ou technique sur les moyens qui y sont affectés par la DCSSA. Elles assurent également auprès du commandant de la force une mission de conseil dans tous les domaines relevant du soutien médical et du facteur humain.

Les échelons milieux assurent la prise en considération des contraintes et des spécificités des environnements terrestres et aéronautiques et de leurs variantes, dans la conception et la mise en œuvre des structures, des procédures et des moyens humains et matériels consacrés au soutien médical des forces qui s'y déploient.

Le centre médical des armées de nouvelle génération

Le CMA de nouvelle génération (CMA NG) est une formation organique du service de santé des armées dont la mission principale est le soutien médical des formations des trois armées et de la gendarmerie stationnées dans sa zone de responsabilité, dite

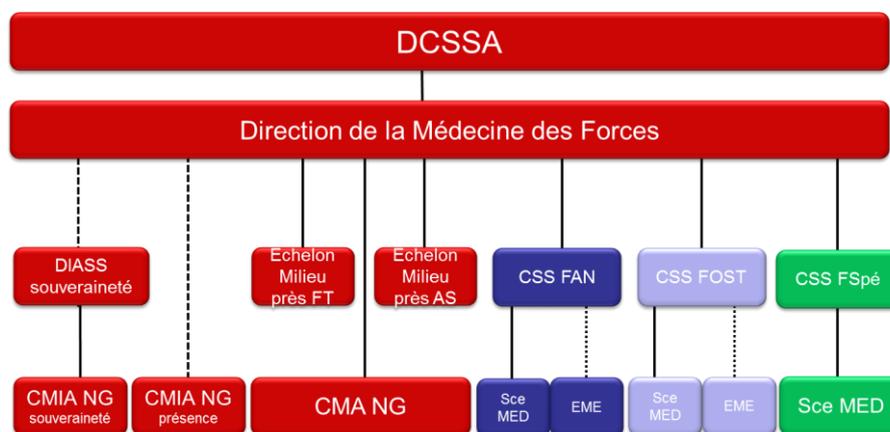
« zone fonctionnelle santé » et qui correspond à l'aire géographique d'une ou de plusieurs bases de défense.

L'élargissement de son périmètre de responsabilité permet au CMA NG d'organiser et de gérer le soutien médical d'un plus grand nombre de formations des armées, de mieux appréhender les objectifs capacitaires qui en découlent et de rentabiliser l'emploi de ses moyens. Dans ce périmètre élargi, les relations avec les autorités sanitaires régionales et les acteurs de réseaux de soins locaux sont facilitées.

Le CMA NG est commandé par un médecin des armées qui dispose, pour l'exercice de ses attributions, d'une cellule de commandement composée d'un praticien commandant en second, d'un officier paramédical cadre de santé, et d'une dizaine de militaires et de civils.

Il est composé d'une cellule de commandement et d'un certain nombre d'antennes. La cellule de commandement du CMA NG est co-localisée avec l'une des antennes médicales du centre.

Chaîne des forces 2020



Les antennes du centre médical des armées

Le personnel des antennes est l'acteur du soutien. Il est au contact des formations des armées et de la gendarmerie et de son personnel. Le nombre de ces antennes est adapté à la densité, à la spécificité et au plan de stationnement des forces armées et de la gendarmerie dans l'aire de responsabilité du centre médical.

Les antennes, déchargées des fonctions de commandement et d'administration positionnées au niveau de la cellule de commandement du CMA, se recentrent naturellement sur les activités à forte valeur ajoutée opérationnelle ou inscrites dans le parcours de soins du militaire.

Aux antennes médicales s'ajoutent des antennes ou des cellules spécialisées : antennes vétérinaires, centres de médecine de prévention, centres d'expertise médicale initiale, cabinets dentaires, cellules médico-psychologiques.

L'une des antennes médicales du CMA est co-localisée avec la cellule de commandement et dispose d'un plateau technique complet.

1.1.4.2. Fonctionnement

Relations avec le commandement

Le commandant du CMA est responsable du soutien médical des formations des trois armées et de la gendarmerie stationnées dans sa zone de responsabilité, dite « zone fonctionnelle santé ». A ce titre, il exerce les fonctions de médecin-chef de la ou des

bases de défense correspondant à cette zone fonctionnelle. L'implantation de la portion centrale du CMA NG est arrêtée en accord avec l'EMA et les armées, directions et services afin de favoriser l'instauration d'un dialogue permanent entre le commandant du centre médical et les échelons de commandement des forces soutenues et des organismes de soutien.

Les antennes médicales ou spécialisées exercent leur mission au contact des forces et au profit de leur personnel. Dans ce cadre, elles entretiennent des relations fonctionnelles avec le commandement des formations soutenues. La cartographie des antennes médicales et spécialisées est adaptée aux besoins des forces armées et de la gendarmerie et à l'évolution des plans de stationnement de leurs unités.

Les échelons milieu sont positionnés au plus près des commandements concernés (forces aériennes, forces terrestres) voire au sein même de l'état-major, sans que pour autant un lien organique soit créé. Echelon avancé de la direction de la médecine des forces, l'échelon milieu est constitué d'un petit groupe d'experts médicaux et paramédicaux, qui a vocation à travailler au profit de l'état-major mais sans interférer sur la conduite du soutien médical qui relève des commandants des CMA concernés. Il peut réaliser au profit de la DMF des missions de contrôle et d'expertise dans son domaine de compétence.

Les chefferies du service de santé des forces sont co-localisées avec les états-majors des forces. Elles constituent à la fois une structure de direction technique des moyens médicaux intégrés à la force et un échelon milieu (maritime et sous-marin) ou métier (opérations spéciales). Sans lien organique avec l'état-major de la force, elles fonctionnent à leur profit comme un bureau ou une division santé.

La chaîne OTIAD (Organisation territoriale interarmées de défense) constitue l'outil du CEMA pour l'exercice du commandement opérationnel des engagements militaires sur le territoire national. Le SSA est représenté au sein des états-majors des zones de défense et de sécurité (EMZDS). Cette représentation est naturellement assurée par le commandant du CMA NG, désigné à cet effet, en qualité de responsable de l'emploi des moyens du service de santé des armées dans sa zone de responsabilité. En cas de besoin, la direction de la médecine des forces peut désigner un officier de liaison auprès de l'EMZDS.

Relations avec les acteurs du soutien

Le CMA entretient des relations fonctionnelles avec la ou les bases de défense situées dans son aire de responsabilité. Il est représenté au sein des organes de coordination des soutiens mis en place par le commandement de la ou des bases de défense concernées.

En tant que bénéficiaire du soutien dans les domaines de l'administration générale, du soutien commun ou du soutien spécialisé (SIC, infrastructure), il traite avec les échelons situés dans sa zone de responsabilité.

Relations avec la communauté de défense

Le CMA NG propose une offre de soins élargie par rapport à celle disponible dans les CMA, adaptée aux besoins du militaire, orientée principalement vers la mise et le maintien en condition opérationnelle, ainsi que la prise en charge au retour des opérations. Elle est confortée par l'apport ou le développement de compétences nouvelles. Celles-ci s'exercent principalement dans les domaines d'intérêt majeur pour la santé et la condition physique du combattant, ainsi que la préparation des équipes médicales.

Le CMA NG est le coordonnateur du parcours de santé du militaire. Son offre de soins est donc complétée dans les domaines de la prévention, de la prise en charge des

pathologies chroniques et de l'éducation sanitaire. Elle est coordonnée avec les réseaux de soins du territoire de santé dans lequel le CMA a naturellement vocation à s'inscrire.

Au-delà des seuls militaires en activité l'offre de soins du CMA NG sera ouverte aux familles de militaires, avec une attention toute particulière à celles des militaires en opération, aux anciens combattants et, le cas échéant, aux autres membres de la communauté de défense. Si les capacités du CMA ne sauraient être dimensionnées de façon à inclure les besoins de santé de cette communauté de défense, un accueil sera toujours assuré en vue d'organiser un parcours de santé adapté. Au-delà de cette communauté et seulement sur demande explicite de l'Agence Régionale de Santé, argumentée par un besoin local caractérisé, en l'absence de toute offre civile concurrente au sein du territoire de santé, des patients extérieurs à la Défense pourraient être pris en charge de la même façon.

Relations avec les partenaires du territoire de santé

La zone de responsabilité du CMA est le plus souvent superposable au territoire d'une région administrative actuelle. Il est ainsi naturellement en relation avec les autorités régionales, en particulier celles intervenant dans la politique régionale de santé (agences régionales de santé, sécurité civile, universités, établissements de santé). Toutefois, la réforme territoriale initiée fin 2014 va imposer une reconfiguration de ces relations, le nombre de CMA NG n'étant pas amené à changer dans les mêmes proportions.

Par ailleurs, le CMA recherche une participation aux activités du service public de santé (permanence des soins, prise en charge des urgences, etc.) qui correspondent aux besoins impératifs de maintien et de développement de compétences déterminantes pour la pratique technique en opération. De plus, cette ouverture contribue à l'élaboration de parcours de santé dont la coordination est de plus en plus dévolue aux acteurs du premier recours, qu'ils soient civils ou militaires.

1.1.4.3. Activités

La médecine des forces recentre ses activités sur celles qui présentent une haute valeur ajoutée en termes de préparation des forces (collective et individuelle), de soutien médical en opération et dans les environnements et milieux où évoluent les forces armées, comme de gestion du parcours de soin du militaire.

Ce sont :

- des activités techniques, notamment dans certains domaines devant figurer au sein d'un authentique projet médical et correspondant à des besoins spécifiques de militaires (médecine du sport, thérapies manuelles, nutrition par exemple) : soins, prévention, éducation en santé, aptitude, expertise, conseil au commandement ;
- des activités opérationnelles : préparation opérationnelle individuelle et collective, soutien des activités à risques, mission de courte durée, opérations intérieures, opérations extérieures ;
- des activités de commandement, de contrôle, de conseil et de management ;
- des activités d'enseignement au profit du personnel du SSA ou des armées : stages dans le cadre de la formation universitaire des praticiens, de la formation des infirmiers, accueil de stagiaires civils, sauvetage au combat, formation de milieux ;
- des activités de recherche clinique dans le cadre de travaux qui répondent à des besoins des forces et peuvent être conduits en lien avec d'autres établissements du SSA.

1.1.4.4. Moyens

Les ressources humaines

La médecine des forces sera préservée des déflations imposées au Service entre 2014 et 2019 et ses effectifs seront accrus de plus de 100 postes. Cet effort devra être maintenu et amplifié sur l'exercice 2020-2025.

Des métiers nouveaux apparaissent comme un besoin dans le périmètre fonctionnel du premier recours : cadre de santé dans la cellule de commandement, psychologue clinicien, préparateur en pharmacie, secrétaire médicale dans les antennes.

L'apport en effectifs est renforcé par des compétences nouvelles accordées au personnel paramédical, infirmier essentiellement, dans les domaines de l'éducation sanitaire, de la prise en charge des affections chroniques, du suivi de l'aptitude médicale, de la coordination du parcours de soins ou de la qualité.

Des parcours professionnels nouveaux seront décrits et mis en œuvre. Ils sont destinés à apporter à la médecine des forces les compétences qui lui sont nécessaires pour réussir sa transformation et réaliser ses missions. Ces parcours permettront au personnel de mieux se situer dans le modèle global et lui assureront une meilleure visibilité sur leur avenir professionnel.

Le personnel de la réserve opérationnelle du SSA apporte son concours au fonctionnement de la chaîne des forces dans le cadre du CMA NG. Il vient le renforcer en particulier dans les emplois dont les titulaires ont été déployés en opération. Il y apporte sa connaissance des réseaux de soins du territoire et des instances représentatives des professionnels de santé de la région. Un vaste plan d'actions mis en œuvre en 2015 a pour objectifs d'identifier précisément les viviers de personnel de réserve par composante et par compétences et de mettre en place un large réseau de coordonnateurs, nationaux et régionaux. Sa finalité est de faciliter l'emploi du personnel de réserve et de constituer des relais vers la société civile et le monde de la santé.

Le matériel et les équipements médicaux

L'apport de matériel nouveau répond d'abord à la nécessité de combler le retard accumulé, mais aussi à la volonté d'opérer un véritable bond qualitatif au service de la médecine des forces du futur.

Les plateaux techniques seront rénovés, « *upgradés* » et adaptés aux métiers nouveaux présents dans les antennes. L'objectif prioritaire est de disposer, dans chaque CMA, au sein d'au moins une antenne, d'un plateau technique complet, adapté aux besoins et spécificités des forces soutenues, permettant de réaliser des actes de soins et d'expertise.

Les véhicules sanitaires

La remise à niveau du parc des véhicules sanitaires de la gamme commerciale a été initiée en 2014 avec la livraison de 82 véhicules et l'achat de 92 autres à livrer en 2015. A la fin de l'année 2015, 40 % du parc aura été renouvelé. Le volume financier consacré annuellement à cette opération (1,26M€) a fait l'objet d'un transfert, en construction budgétaire, par les armées. Au-delà de cette action initiale, c'est tout le parc de véhicules qui devra faire l'objet d'un renouvellement et d'un maintien en condition opérationnelle pendant la durée de la LPM.

Les infrastructures

La mise en place pour le SSA d'un programme d'infrastructure dédié aux centres médicaux distinct de celui des hôpitaux prend en compte le caractère sensible sinon critique de l'infrastructure des centres médicaux. Elle autorise désormais une gestion

différenciée des locaux des CMA qui doivent être regardés comme des locaux techniques conditionnant la performance et la qualité des activités médicales qui s'y réalisent.

47 projets majeurs ont été identifiés :

- 28 projets de restructuration, rénovation ou construction de CMA NG et regroupement d'antennes ;
- 2 projets de créations d'antennes spécialisées ;
- 17 projets de mise aux normes d'antennes médicales.

Ces projets seront inscrits au schéma directeur d'infrastructure 2015-2020. L'ensemble représente un coût estimé de 91 M€, qui sera financé par un rééquilibrage des crédits initialement destinés au parc hospitalier. Une telle disposition atteste du fait que la rénovation des CMA constitue une des priorités majeures du modèle SSA 2020.

Les moyens informatiques

Dans le domaine informatique, l'évolution de la médecine des forces se fait vers un CMA NG numérique et une coopération des professionnels de l'écosystème de santé, militaire et civil. Elle est portée par un investissement financier conséquent.

Les incertitudes pesant sur l'adéquation du logiciel unique médico-militaire (LUMM) aux besoins et sa capacité à évoluer ont été levées à l'issue d'un audit technique, fonctionnel et managérial. Fin 2014, un plan de stabilisation de la souche logicielle LUMM a été adopté pour en faire la brique applicative centrale d'un système modernisé et urbanisé, le système d'information médicale (SIM) Forces, adapté à l'exercice professionnel en CMA, capable d'assurer la disponibilité, la confidentialité et l'intégrité des données de santé des militaires. Le développement du SIM Forces constitue donc, au même titre que l'infrastructure dont il n'est pas dissociable, un autre objectif majeur du modèle.

Dans un second temps, le SIM Forces évoluera avec une progressivité maîtrisée, comme un levier de transformation des métiers s'appuyant sur les évolutions technologiques en cours dans le secteur de la santé (numérique, e-santé, télésanté), dans le cadre du futur « CMA numérique ». Ce projet ambitieux prévoit notamment la mise en place de matériels nomades auprès des professionnels de santé et de dispositifs intégrés de télémédecine dans l'ensemble des centres médicaux et la plupart de leurs antennes. Les actes de téléconsultation et de télé-expertise deviendront habituels. Ceci aura un impact profond et durable sur les parcours patients et soignants. Ces évolutions contribuent à optimiser les parcours de soins, permettant ainsi un gain de temps, tant pour le personnel soignant que pour le patient lui-même.

1.1.4.5. La démarche qualité

La création des CMA NG incite à mettre en œuvre concomitamment une gestion des risques, à l'instar de ce qui a été mis en place pour les établissements hospitaliers et conformément aux exigences réglementaires applicables en matière de contrôle interne. De plus, il s'agira de mesurer les coûts des actions réalisées, afin, notamment, d'éviter le piège de la surqualité. L'élaboration d'un contrôle de gestion appuyé sur la construction d'une comptabilité analytique permettra de mesurer le niveau de performance de la médecine des forces.

Ainsi, face à la complexité croissante de son organisation, la médecine des forces se dotera d'un système de management global, d'un bout à l'autre de la chaîne, intégrant la qualité, la gestion des risques et la maîtrise de sa performance. Ce système mis en œuvre permettra la maîtrise des activités, en assurant à l'ensemble de ses bénéficiaires la garantie que le Service de santé des armées leur délivrera des prestations au niveau de leurs attentes, tout en se plaçant dans une logique de réelle efficience.

Cette démarche devra imprégner l'ensemble de l'organisation, depuis la direction de la médecine des forces, jusqu'à la plus petite antenne. Elle devra être étendue aux théâtres d'opération, au prix d'aménagements pragmatiques, sans renier les fondamentaux qui sont à la base de sa conception. Relevant du domaine de compétence de toute structure de santé, et par conséquent d'un établissement du Service comme le CMA, elle impliquera activement tous les acteurs de terrain comme l'y invite la démarche de responsabilisation et de valorisation de la nouvelle gouvernance du Service.

1.1.5. Les modèles étudiés et non retenus

1.1.5.1. Le maintien de la logique de rationalisation des soutiens appliqué au soutien médical

Sous réserve d'une adaptation du nombre de bases de défense dans le cadre de la transformation des soutiens menée par le SCA, le maintien du couplage BDD-CMA ne permettra pas d'appliquer le principe de concentration des moyens et des activités.

Le modèle qu'il implique est trop lourd (55 centres médicaux), trop hétérogène et difficilement soutenable en termes de ressources humaines. Les tâches de management général qu'il induit obèrent les capacités de soins et détournent de leur cœur de métier un trop grand nombre de médecins et d'infirmiers.

1.1.5.2. Le maintien d'une gouvernance territoriale sur six sites

La disparité actuellement constatée entre les six directions (densité des forces dans leur zone de responsabilité, éventail des milieux représentés, nombre de centres médicaux) plaide pour une rationalisation de leur périmètre comme des moyens qui leurs sont affectés. Par ailleurs, la diminution du nombre de centres médicaux invite à la disparition des DRSSA en application du principe structurant de simplification. De plus, leur maintien n'aurait pas permis de développer la responsabilisation des acteurs de terrain considérée comme un facteur de leur performance.

1.1.5.3. Une réduction combinée du nombre de CMA et de DRSSA

Un modèle fondé sur une réduction du nombre de centres médicaux (une trentaine) pilotés par trois directions régionales, redéfinies dans leur format et leurs missions, aurait permis une concentration des moyens, mais au prix d'un éloignement entre les directions et leurs CMA qui aurait compromis leur capacité à en contrôler l'emploi et la performance.

Il persisterait par ailleurs une difficulté à articuler ces directions avec les échelons de commandement de zones de défense et de sécurité et les centres médicaux avec les autorités régionales des autres ministères partenaires (santé, intérieur, etc.).

1.1.6. La mise en œuvre du nouveau modèle

La conduite de la transformation de la médecine des forces repose sur une feuille de route chargée qui implique une large mobilisation des acteurs identifiés de la chaîne fonctionnelle : direction centrale, directions régionales, conseillers santé des états-majors, chefferies et centres médicaux.

Elle devra s'effectuer sans altération de la qualité du soutien des forces. Sa progressivité, le cadencement des créations des nouvelles structures et des transferts de compétences à leur profit seront adaptés pour ne pas accroître la pression sur le personnel.

1.1.6.1. Livrables

La transformation de la chaîne de la médecine des forces s'organise essentiellement autour de six grands chantiers.

Adaptation de l'organisation et de la gouvernance de la médecine des forces

Marquée par la création progressive des CMA NG et de la DMF, ses 3 chefferies et ses 2 échelons milieu, elle est conduite en concertation avec les armées, directions et services. Son calendrier prévisionnel est indiqué au paragraphe 1.1.6.2.

Evolution des activités et des métiers qui y sont pratiqués

En lien avec les attentes de la communauté de défense et les besoins locaux, les activités des CMA NG seront adaptées et de nouvelles compétences apportées. La réflexion est en cours sur la pratique de la médecine d'urgence, la mise en place de nouveaux métiers (kinésithérapeute, préparateur en pharmacie, psychologue, assistant dentaire, orthoptistes, etc.) ainsi que de nouvelles compétences techniques (thérapie manuelle, nutrition, expertise juridique, addictologie, etc.). L'ensemble de ces activités constitue un projet médical réellement innovant pour l'ensemble de la médecine des forces, projet décliné pour chaque CMA en fonction des spécificités des forces soutenues.

Définition du nouveau modèle des ressources humaines

A sa dimension organisationnelle s'ajoute une manœuvre RH d'ampleur qui doit mettre en place (mobilité, formation) le personnel compétent nécessaire à la montée en puissance des formations nouvelles ou de leurs échelons précurseurs. La définition et la mise en œuvre de parcours professionnels adaptés doivent conforter la manœuvre initiale. Une attention particulière devra être portée aux auxiliaires sanitaires dont l'investissement personnel n'a d'égal que la difficulté à leur trouver une place parmi les professionnels de santé civils.

Evolution du LUMM et conception du futur CMA numérique

Par son aspect novateur et systémique, le projet de centre médical numérique justifie un pilotage particulier. La création d'une Direction des Systèmes d'Information et du Numérique prônant une logique de service auprès des métiers permettra la prise en compte des besoins réels des utilisateurs en les associant étroitement tant à la conception qu'à l'évolution ultérieure du système.

Evolution des infrastructures et des équipements

Elle repose sur un schéma directeur d'infrastructure ambitieux et un plan d'équipements qui permettent de combler les retards et de développer des pratiques et des prestations de qualité.

Evolution des parcours de soins

L'insertion des nouveaux CMA NG dans leur territoire de santé, l'apport de compétences nouvelles et une meilleure appréciation des besoins de santé des militaires permettront d'adapter les parcours de soins qui leur seront offerts.

1.1.6.2. Principales échéances

Calendrier prévisionnel du nombre d'établissements

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CMA NG	0	2	6	15	19	19
Chefferies santé spécialisées échelons milieu	2	2	3	3	5	5
DRSSA	6	6	6	5	0	0
DMF	0	0	0	1	1	1

Conformité du modèle retenu pour la médecine des forces aux trois enjeux du projet

Mission

Le modèle de la médecine des forces bâti autour du CMA NG permet de satisfaire le contrat opérationnel du Service à l'horizon 2020.

Le nombre d'équipes projetables est augmenté. La priorité donnée aux activités à finalité opérationnelle se traduit par un effort sur la préparation opérationnelle, l'exercice de la médecine d'urgence et le sauvetage au combat. Le niveau général de compétences des équipes médicales projetables constituées dans les antennes (ou leurs équivalents embarqués) est garanti.

Les liens avec les forces armées et la gendarmerie sont préservés, la culture de milieux développée.

Dans le cadre d'un projet médical innovant, soutenu par un accroissement des ressources humaines, la médecine des forces sera à même de proposer un soutien des forces adapté à ses besoins spécifiques ainsi que des parcours de santé à même de préserver le capital santé et l'aptitude opérationnelle de tous les militaires.

Performance

Le CMA NG bénéficie largement d'un rééquilibrage des moyens, matériels, d'infrastructures, d'équipements comme de véhicules sanitaires. A l'horizon 2020, le centre médical sera techniquement plus performant et offrira de meilleures conditions de travail.

L'ambition numérique pour la médecine des forces est indissociable de celle portée pour l'hôpital et la formation ; elle constitue un levier majeur de la performance en impulsant de nouveaux modes de travail plus rapides et plus efficaces. Elle crée le lien qui garantit la continuité du suivi individuel des militaires, y compris en opération, et inscrit le CMA NG au sein des territoires de santé.

La densification des équipes et des plateaux techniques permet une meilleure utilisation des ressources humaines et matérielles.

Considération

L'exercice de la médecine au sein des forces devient une filière d'excellence, reconnue et valorisée, notamment par le développement de la formation et de la recherche clinique au sein des CMA NG. Les activités sont enrichies et diversifiées, les contacts avec la santé publique et les professionnels de santé des territoires favorisés.

Le CMA NG offre aux praticiens, aux MITHA, aux sous-officiers (SASS) et aux auxiliaires sanitaires un éventail élargi de domaines de compétences et de niveaux de responsabilités. Il permet de proposer des parcours professionnels attractifs.

1.2. L'hôpital

La composante hospitalière du SSA doit répondre aujourd'hui et devra répondre demain à 5 missions :

- contribution au soutien santé des forces armées en opération, avec comme objectif majeur la projection de personnel hospitalier ;
- prise en charge immédiate des malades et blessés rapatriés des théâtres d'opération (rôle 4 initial) et à distance (rééducation, réhabilitation ou rôle 4 secondaire) ;
- expertise, incluant la capacité à définir et vérifier l'aptitude à servir dans les armées et la maîtrise des risques ergonomiques et environnementaux spécifiques aux armées ;
- recherche et enseignement dans ces mêmes domaines et dans la prise en charge des pathologies spécifiquement militaires ;
- participation à la résilience de la nation en s'associant à la résolution de crises sanitaires sur le territoire national.

1.2.1. Les intangibles

Pour le ministère de la défense, disposer d'hôpitaux militaires est un des éléments clés de la capacité de la France à entrer en premier et en autonomie sur un théâtre d'opération.

L'hôpital militaire garantit la mise à disposition immédiate des armées de personnel projetable militairement formé, entraîné et adaptable aux situations de crises, capable de prendre en charge sur le terrain les pathologies médicales, chirurgicales et psychiatriques spécifiquement rencontrées en opération.

L'hôpital militaire est le lieu privilégié de la prise en charge des malades et des blessés rapatriés des théâtres d'opération, compte-tenu de la spécificité de leurs pathologies intriquant fréquemment blessures physiques et psychiques.

Doté de cette expérience unique de l'aigu et du post-aigu, l'hôpital militaire est le seul en capacité de mettre en synergie les évolutions des techniques médicales et les exigences du contexte opérationnel. Il contribue ainsi, avec les autres composantes du service, à l'élaboration de la doctrine, à la recherche orientée sur les pathologies du combattant, à la formation et l'enseignement spécifique de ces prises en charge.

Disposer d'hôpitaux dédiés à la prise en charge des malades et blessés en opération, contribue enfin à la reconnaissance des souffrances de ceux qui ont exposé leur vie pour la nation.

1.2.2. Les déterminants du changement

Les évolutions des modèles de santé européens sont rapides, caractérisées par une réduction drastique du temps hospitalier et du nombre de lits. Cette évolution est justifiée par les progrès considérables des techniques permettant des prises en charges plus rapides, moins invasives. Par ailleurs, dans un contexte économique sous forte tension, le coût très élevé d'équipements et de ressources humaines hautement spécialisés impose de limiter au strict besoin le recours à l'hôpital, de concentrer les structures et les activités, de mutualiser les investissements.

Le modèle hospitalier militaire français présente plusieurs caractéristiques le rendant peu soutenable :

- il est surdimensionné par rapport au strict besoin que constitue le soutien des forces ;
- il est peu performant économiquement ;
- les ressources financières et humaines dont dispose le service ne peuvent couvrir les besoins d'un dispositif hospitalier de cette envergure, faisant peser un risque de paupérisation diffuse de l'ensemble. Ainsi la nécessité de répondre au seul besoin de l'activité a conduit à sacrifier l'investissement, tant à l'hôpital que dans les autres composantes du Service ;
- il reste en grande partie isolé du service public hospitalier, peu impliqué dans les partenariats territoriaux et non éligible pour un soutien significatif ;
- les activités qui y sont pratiquées sont multiples, à petite échelle et certaines n'ont qu'un rapport lointain avec le soutien opérationnel des forces alors même que la sujétion opérationnelle accrue a mis sous tension extrême la composante projetable du système hospitalier.

La composante hospitalière militaire, jusque-là épargnée, va devoir se contracter, au même titre d'ailleurs que la composante hospitalière civile. Elle supportera de ce fait une large part de la déflation des effectifs demandés au Service dans le cadre de la LPM.

1.2.3. Le modèle retenu

Ce modèle intègre la fermeture de l'HIA du Val-de-Grâce dont la problématique spécifique est traitée plus loin. Il repose sur 8 hôpitaux ayant une place différenciée dans le dispositif hospitalier militaire comme dans le territoire de santé.

1.2.3.1. Le concept

Le concept repose sur une différenciation forte du rôle des hôpitaux militaires, permettant de décrire deux typologies d'établissements.

La première typologie regroupe 4 hôpitaux organisés en deux plateformes. Ils ont vocation à répondre avec préavis bref à une forte sollicitation opérationnelle. Chaque plateforme doit être en mesure de répondre aux besoins d'une chaîne santé opérationnelle et de prendre en charge les blessés en provenance d'un théâtre d'opération. L'offre de soins territoriale ne pouvant être fragilisée par cette sollicitation opérationnelle, il est nécessaire d'assurer aux hôpitaux de plateforme une assise suffisante. Pour répondre à leur mission, ces hôpitaux sont centrés sur les activités nécessaires à la réponse au contrat opérationnel et armés, dans les spécialités projetables, par des personnels immédiatement disponibles, préparés militairement et formés aux prises en charges spécifiques de la médecine et de la chirurgie de guerre. Ils entretiennent des partenariats forts avec les établissements de santé de leur environnement tout en préservant leur autonomie pour ce qui touche à l'opérationnel. Ces partenariats sont noués préférentiellement mais non exclusivement, avec le service public hospitalier. Ils détiennent en propre également les activités nécessaires au bon fonctionnement des spécialités projetables.

Le maintien de ce vivier a un coût tel qu'il ne peut être envisagé pour l'ensemble des hôpitaux, ce qui justifie une deuxième typologie d'établissements.

Les 4 hôpitaux situés hors des plateformes ont vocation à être fortement intégrés dans leur territoire de santé et à fournir le personnel militaire nécessaire, dans un deuxième temps, à la relève des opérations voire à compléter celui des plateformes en cas de forte sujétion opérationnelle. Le délai de projection ainsi offert permet de compléter éventuellement la formation militaire et technique. Il permet aussi d'organiser, avec les

partenaires du territoire, la suppléance rendue nécessaire par la sollicitation opérationnelle.

1.2.3.2. L'organisation

Une gouvernance hospitalière en trois niveaux

La Direction des hôpitaux représente l'échelon de direction déconcentré en charge du pilotage opérationnel des structures hospitalières militaires. Dans le cadre de ses responsabilités territoriales, elle a pour interlocuteur l'ARS Ile de France (ARS pivot pour l'ensemble du SSA) et les ARS des territoires dans lesquels sont implantés les HIA. Elle est en lien avec l'échelon central de la DCSSA qui assure l'interface nécessaire entre le ministère de la défense et le ministère de la santé pour tout ce qui relève des autorisations d'exercice et de l'attribution de certaines ressources indépendantes de la tarification à l'activité. Cet échelon central a une fonction stratégique : il contribue à la définition du parcours de soin, à l'élaboration de la politique hospitalière militaire dans sa globalité et veille à son exécution.

La coordination de plateforme constitue un échelon intermédiaire, rendu nécessaire par la complémentarité des activités des hôpitaux constitutifs de chaque plateforme, leur contribution conjointe à la réponse au contrat opérationnel et le partage de certaines capacités (ingénierie, information médicale, fonctions administratives, qualité et gestion des risques, cellule communication, pilotage, activités opérationnelles). Elle nécessite une instance de coordination. Cette instance, placée sous la responsabilité d'un des directeurs d'établissement, réunit tout ou partie des instances de direction de chaque hôpital, telles que décrites ci-dessous.

La gouvernance de chaque établissement présente des similarités d'organisation avec les établissements civils régis par la loi HPST. L'objectif est de faciliter le dialogue et la création de partenariats sur leur territoire. Sous la direction d'un officier général du SSA, la direction de l'hôpital est organisée en 4 niveaux :

- des instances de direction chargées de l'exécution et du pilotage stratégique de l'établissement : direction médicale, direction des soins, direction de l'activité opérationnelle, direction administrative, financière, des ressources humaines et logistique, direction de la performance, direction de la prévention ;
- une organisation polaire chargée de la conduite des activités cliniques : directoire, pôles, services ou unités fonctionnelles ;
- des instances de concertation interne contribuant à la réflexion sur la prise en charge du patient : commission médicale d'établissement (CME), commission de soin infirmier, de rééducation et médico-technique (CSIRMT), commission représentative des usagers (CRU) ;
- un conseil de surveillance représentant la communauté militaire et civile du territoire, les tutelles ministérielles et l'échelon central du SSA.

Les hôpitaux de plateforme

Une plateforme hospitalière du SSA se définit comme une entité géographique concentrant des structures qui appartiennent au SSA, associées à des partenaires privilégiés du service public de santé, dans un environnement raisonnablement concurrentiel. Les hôpitaux constitutifs de chaque plateforme sont densifiés et recentrés sur les spécialités concourant à la réponse au contrat opérationnel.

La plateforme IDF regroupe les hôpitaux de Saint Mandé et de Clamart, en partenariat étroit avec l'AP-HP et l'ARSIF. La plateforme PACA regroupe les hôpitaux de Toulon et de Marseille, en partenariat étroit avec l'AP-HM, le Centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne (CHITS) Sainte Musse et l'ARS PACA.

Chaque hôpital d'une plateforme s'organise en privilégiant les relations avec les partenaires civils et militaires sur son territoire, pour assurer le maintien des activités indispensables au contrat opérationnel tout en répondant à la demande de soins établie par l'ARS.

Les activités ainsi détenues en responsabilité propre, renforcées et pérennisées sur les plateformes, permettent :

- la prise en charge des blessés de guerre ;
- un trauma center de niveau 1 par plateforme ;
- tous types d'urgences médicale et chirurgicale ;
- des activités chirurgicales maximisées ;
- un statut de référent en infectiologie.

De façon plus spécifique, les hôpitaux Sainte Anne et Percy seront qualifiés « trauma center de niveau 1 ». La mission « trauma center » et la mission de projection recouvrant les mêmes spécialités, les services concernés seront dimensionnés en conséquence. Dans ces deux établissements, l'activité chirurgicale sera maximisée.

L'hôpital Begin, sans atteindre le niveau d'un trauma center, conservera une forte vocation chirurgicale en plus de son orientation médicale.

L'hôpital Laveran sera orienté vers la prise en charge des urgences. Il conservera en outre sa mission de référent en infectiologie pour la plateforme PACA, en partenariat avec le CHU et l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) de Marseille.

Plusieurs projets sont en cours de discussion concernant l'Institution nationale des invalides. En fonction des positions prises pour cet établissement des ajustements pourront être faits dans la conception de la plateforme Ile de France, sans remettre en cause les principes énoncés ci-dessus.

Les hôpitaux hors plateforme

Les hôpitaux hors plateforme ont vocation à s'intégrer pleinement dans leur territoire de santé ; ils contribueront au contrat opérationnel en assurant principalement la relève programmée des équipes sur les théâtres d'opération. Leur format sera réduit afin de dégager les ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre du modèle SSA 2020 dans le contexte de la loi de programmation militaire. Le périmètre de leurs activités sera diminué. Les activités maintenues seront de ce fait assurées par des équipes densifiées.

Le partenariat fort et pérenne avec les établissements du service public de santé sera le garant du maintien d'activités dimensionnées en concertation entre quatre acteurs :

- l'établissement lui-même, porteur d'un projet fondé sur les besoins des armées et du service, sur la réalité locale et les contraintes en ressources ;
- la direction des hôpitaux;
- les partenaires du service public de santé de leur territoire, qu'ils soient des établissements publics de santé ou des établissements privés d'intérêt collectif ;
- l'Agence Régionale de Santé dont relève le territoire de l'hôpital militaire.

L'offre de soins ainsi redéfinie permettra :

- la contribution à la régénération des effectifs santé projetés sur les théâtres d'opération, sans exclure la possibilité de prendre part à une entrée en premier ;
- une fonction hospitalière de proximité répondant aux besoins des armées ;
- le partage de la permanence des soins et de la prise en charge des besoins de santé de la population du territoire avec les partenaires.

De façon plus spécifique, l'hôpital Clermont-Tonnerre pourrait devenir une structure de premier recours d'urgence en centre-ville, les patients les plus graves étant dirigés secondairement vers le CHRU.

Engagés dans un projet ambitieux et innovant, l'hôpital Robert Picqué et la MSP Bagatelle ont pour vision la construction d'un nouvel établissement civilo-militaire (BaHIA = Bagatelle – HIA), sur un seul site.

L'hôpital Legouest est engagé dans un processus de très fort partenariat avec le CHR de Metz-Thionville, incluant le partage de praticiens et le partage d'emprises.

Le partenariat sera consolidé entre l'hôpital Desgenettes et l'hôpital Edouard Herriot, lui-même inscrit dans un vaste programme de redéfinition de l'offre de soin au sein des Hôpitaux civils de Lyon (HCL).

Le cas particulier de l'hôpital du Val-de-Grâce

La décision de fermeture de l'hôpital a été prise après qu'aient été étudiés plusieurs scénarios :

- établissement de médecine et chirurgie co-exploité par le SSA et l'AP-HP, avec composante de rééducation fonctionnelle créée par transfert du service de Percy ;
- établissement entièrement dédié aux soins de suite et à la rééducation fonctionnelle, intégrant le service de Percy, des composantes de l'AP-HP et les activités de rééducation fonctionnelle de l'Institution nationale des invalides.

Aucun de ces scénarios n'est apparu tenable à l'examen approfondi, compte-tenu de la densité élevée de l'offre hospitalière dans le V^e arrondissement de Paris, du montant élevé des travaux de mise en conformité, de la nécessité de réaliser ces travaux en site occupé, modalité techniquement complexe, financièrement couteuse et prolongeant les travaux pour une durée minimale de 6 à 8 ans. Les deux scénarios fragilisaient l'hôpital Percy en l'amputant de la totalité de sa composante rééducation fonctionnelle et dissociaient sur deux sites la prise en charge aigue et post-aigue des blessés de guerre. Par ailleurs, le maintien de la neurochirurgie sur le site du Val-de-Grâce, rendait difficile dans le premier scénario, l'accès de Percy au statut de trauma-center.

Le personnel inséré dans les établissements publics

L'insertion de personnel militaire dans les établissements publics peut représenter un élément majeur de la réussite du nouveau modèle. Pour cela, il faudra mener une expérimentation destinée à en préciser les modalités et à en déterminer précisément les bénéfices.

La démarche d'insertion doit garantir :

- l'accès à des plateaux techniques de haut niveau, à des fonctions managériales et d'enseignement dans le service public hospitalier et/ou dans le SSA, avec un accès ouvert à l'ensemble des concours hospitaliers militaires, pour les praticiens comme pour les paramédicaux ;
- le maintien et l'entretien d'une culture opérationnelle pérenne ;
- la possibilité d'un exercice alterné entre hôpital militaire et civil, soit sous forme d'affectations successives, soit sous forme d'exercice en temps partagé.

Plusieurs modalités d'insertion sont envisageables, dont le succès dépendra étroitement de la qualité des relations établies entre les différents acteurs.

L'insertion d'une ou plusieurs équipes médicales et paramédicales complètes dans un établissement hospitalier représente une première modalité.

L'exercice en temps partagé représente une autre modalité, applicable aussi bien au personnel des hôpitaux de plateforme qu'à celui des hôpitaux hors plateforme. Il se

décline sous forme d'un exercice alterné entre l'hôpital militaire et l'hôpital civil, ou sous forme d'un exercice conjoint au sein d'équipes civilo-militaires de territoire, constituées par des praticiens militaires restant rattachés à l'hôpital militaire, et par des praticiens civils des établissements partenaires. Elle a pour vocation la couverture des besoins de santé du territoire. Elle porte des projets médicaux complémentaires, voire communs, validés par les ARS et fondés sur des normes communes de qualité et de gestion des risques.

L'insertion de personnel militaire isolé dans un établissement de santé civil représente une dernière modalité. Elle ne peut être conçue que comme temporaire, dans un contexte particulier de la transformation du modèle hospitalier.

La création d'équipes insérées permet :

- d'assurer au personnel militaire une activité technique soutenue, incluant la prise en charge de blessés et malades graves ;
- d'acculturer les hôpitaux publics à la fonction de rôle 4 des hôpitaux militaires en cas d'afflux massif de blessés ;
- d'absorber l'impact, sur l'activité d'équipes civilo-militaires densifiées, de la projection opérationnelle des personnels médicaux et paramédicaux militaires ;
- d'optimiser la réponse aux missions de service public de territoire en mutualisant les moyens humains et les équipements, en harmonisant les projets médicaux dans un souci de complémentarité plutôt que de concurrence ;
- d'homogénéiser les pratiques, en particulier dans le champ de la maîtrise des risques et de la qualité des soins ;
- de préparer ensemble la réponse aux situations de crises sanitaires sur le territoire.

Une adaptation des textes juridiques sera conduite en partenariat avec le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, dès lors que le processus d'insertion deviendra une modalité d'entretien du vivier de personnel projetable, pouvant aller jusqu'à 10-20% des effectifs, pour répondre aux situations de forte sujétion opérationnelle.

Afin de minimiser les risques et construire des solutions juridiques adaptées, la réalisation de l'insertion se fera par étapes successives. La préparation de la phase initiale d'expérimentation devra évaluer la durée de l'insertion, les relations avec l'hôpital militaire de rattachement, les activités réalisées au profit des forces, les modalités de maintien de la culture militaire.

Des indicateurs évalueront la disponibilité opérationnelle, la qualité des liens maintenus avec le Service et le suivi médico-économique de la démarche.

L'entrée dans les groupements hospitaliers de territoire

L'adhésion des acteurs de santé hospitaliers aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui représentent une modalité efficace de collaboration intégrée, prévue par le projet de loi de santé publique, sera fortement incitée sinon obligatoire. Cette modalité nouvelle peut être une voie pour poursuivre la démarche d'ouverture des hôpitaux militaires vers les partenaires hospitaliers civils publics. Les besoins spécifiques du service seront de ce fait un des éléments de la construction du projet médical commun qui devra être pris en compte par tout GHT incluant un HIA. La mutualisation obligatoire des fonctions systèmes d'information et achat, outre qu'elle est génératrice d'économies d'échelle, favorisera l'intégration des hôpitaux militaires dans leur environnement. La mutualisation des formations, également obligatoire, permettra au service de faire valoir ses savoir-faire spécifiques, par exemple en chirurgie d'urgence ou pour la prise en charge des risques NRBC. Concernant en premier lieu les hôpitaux hors plateforme, en particulier les établissements de Metz et de Brest, la faisabilité de l'adhésion d'un HIA à

un GHT devra faire l'objet d'une analyse précise en collaboration avec la Direction Générale de l'Offre de Soins. Dans un second temps, pourra être étudiée la relation des autres HIA, y compris de plateforme, avec ces nouveaux groupements.

1.2.3.3. Les moyens

Les ressources humaines

Les besoins opérationnels peuvent être modélisés

Les besoins opérationnels, au cœur de la logique de construction de la fonction hospitalière militaire, ont été modélisés sur les bases suivantes :

- composition inchangée des équipes chirurgicales actuelles ;
- 8 équipes chirurgicales en capacité d'être projetées simultanément en permanence ;
- 2/3 du personnel disponible pour la projection ;
- possibilité de projection des praticiens titulaires du DES, en binôme avec un senior, pour une première mission sur des théâtres stabilisés ;
- projection annuelle dans les 3 ou 4 ans suivant l'acquisition du DES (et dans certains cas du DESC), puis projection biennale ;
- durée des missions : 2 à 3 mois selon la pression opérationnelle.

La modélisation démontre clairement que le nombre actuel d'équipes chirurgicales devra être majoré pour répondre aux besoins opérationnels. Ce nombre passe ainsi de 40 équipes constituées en 2014 à 65 équipes dans le modèle SSA 2020.

Ces équipes seront constituées de praticiens des 8 hôpitaux, auxquels viendront s'ajouter des praticiens militaires insérés dans les hôpitaux partenaires, et des praticiens de la réserve opérationnelle, sollicités en fonction des besoins.

La réduction de l'empreinte hospitalière est le levier majeur du rééquilibrage entre différentes composantes du service². Le modèle hospitalier SSA 2020 prévoit :

- des hôpitaux de plateforme avec un effectif de 800 (Laveran) à 1000-1200 (Ste Anne, Percy, Bégin) personnes, civils et militaires, pour une capacité de 300 à 400 lits et places, une offre incluant une large capacité d'hospitalisation ambulatoire. L'allocation de ces moyens leur permettra d'assurer dans la durée une réponse immédiate au contrat opérationnel (rôle 2 aigu à rôle 4) ;
- des hôpitaux hors plateforme de 400 à 500 personnes pour environ 150 lits et places, selon leur projet d'établissement et le type de partenariat noué dans leur territoire (CHRU, CHR ou ESPIC).

Une différenciation est introduite entre hôpitaux de plateforme et hors plateforme.

Compte-tenu des contraintes qui s'imposent à lui, le SSA ne peut assurer en permanence le maintien en condition opérationnelle maximale de l'ensemble de son personnel hospitalier. Par ailleurs, chacun n'a pas vocation, tout au long de sa carrière, à conserver la disponibilité immédiate et l'engagement total, exigibles pour une projection en opération.

Le modèle hospitalier retenu intègre cette réalité et distingue des temporalités différentes dans le déroulement de carrière, portant sur la fréquence et l'intensité de la mission.

Les ratios civils / militaires sont réévalués. En effet, accroître la fraction de personnel civil dans certaines disciplines permet de disposer de professionnels de santé plus

² Effectifs hospitaliers : 8721 ETP travaillés au 31/12/2013, 7036 ETP en organisation à l'achèvement du modèle en 2019

stables et de compétences complémentaires. De plus, recruter sous statut civil des praticiens et des paramédicaux est susceptible de faciliter les flux vers et en provenance du service hospitalier civil.

La réserve opérationnelle tiendra à l'avenir un rôle majeur dans la réponse au contrat opérationnel. La présence de personnel hospitalier militaire inséré dans les structures civiles doit constituer à cet égard un puissant facteur d'entraînement et d'attractivité.

La réserve opérationnelle renforce sa participation à la réorganisation du SSA, particulièrement dans les spécialités sensibles (chirurgie, anesthésie-réanimation, médecine d'urgence). Cela se traduit par exemple, par une planification de la participation des réservistes aux missions extérieures dans les rôles 2.

Des directives récemment diffusées sur la politique d'emploi des chirurgiens orthopédistes, le recrutement des spécialités sensibles et la gestion des réservistes au sein des HIA, permettent déjà de mieux assurer la présence des réservistes au sein des structures hospitalières militaires. Par ailleurs, une réorganisation fonctionnelle est en cours afin de mieux identifier les compétences des réservistes et ainsi d'optimiser leurs activités. Depuis deux ans, chaque établissement dispose d'une enveloppe budgétaire spécifique à la réserve permettant aux employeurs d'arbitrer les priorités d'emploi de leurs réservistes, conformément aux directives de gestion des réserves du SSA de 2013 et 2014.

L'infrastructure et les équipements

Le modèle SSA 2020 s'inscrit dans un effort de rationalisation des infrastructures. La décision de fermeture du Val-de-Grâce (VdG) en 2017³ illustre la volonté de redistribuer les ressources pour renforcer et pérenniser les plateformes et mettre en œuvre le nouveau modèle de médecine des forces.

Les besoins sur la sphère hospitalière sont ainsi revus à la baisse avec la suppression des opérations de mise aux normes du VdG et, pour les HIA hors plateforme la limitation des travaux aux seuls aspects sécuritaires (maintien des travaux indispensables à la poursuite des activités conservées), ou nécessaires à la diminution et au recentrage des activités médicales. Les travaux d'adaptation capacitaire seront pris en compte après validation des projets d'établissement incluant les partenariats.

Pour les hôpitaux de plateformes, la programmation des opérations est maintenue sauf pour certaines opérations particulières nécessitant des ajustements conformes au nouveau modèle. Ainsi, des opérations majeures comme celles initiées sur l'HIA Laveran (urgences, mise en conformité) ou sur l'HIA Bégin (Bégin rénové) seront naturellement poursuivies sans modification de délai ni de périmètre. Seront également conduits des travaux indispensables au recentrage et au transfert de certaines activités du VdG au sein de la plateforme parisienne (ainsi, sur l'HIA Percy, reconstitution d'une capacité d'hospitalisation, nouveau plateau de chirurgie ambulatoire, extension du service d'USIC et du service d'accueil des urgences) et à l'adaptation de certaines activités des HIA Laveran et Sainte Anne.

Le schéma directeur infrastructure des HIA, élaboré avec l'appui des unités de soutien du service d'infrastructure de la défense, se fondera sur :

- les audits techniques menés au sein des HIA ;
- les projets des établissements hospitaliers ;
- la mise en cohérence des impératifs liés au déploiement éventuel de nouvelles activités et ceux liés aux normes et à la réglementation.

³ Sur la période 2015/2020 le besoin en crédits d'infrastructure du SSA passe de 416 M€, initialement programmés, à 277 M€. L'effort est supporté par l'infrastructure hospitalière qui passe de 387 M€ à 268 M€.

Concernant les besoins en équipements lourds hospitaliers, chaque budget d'équipement prévisionnel sera étudié à l'aune des projets d'établissements, et des perspectives de partenariat qui devront inclure un volet « partage et mutualisation des plateaux techniques et des équipements lourds ». Les arbitrages sur les achats et le renouvellement de matériel du parc hospitalier seront posés en tenant compte de ces projets et propositions, et ce dès l'année 2015.

Pour exemple, le transfert d'activités de l'hôpital du VDG vers Percy induit dès 2015 l'acquisition des équipements correspondants.

Systèmes d'information et de communication

Le nouveau positionnement de la fonction SIC du SSA comme Direction des systèmes d'information et du numérique du SSA en fait un véritable levier, partenaire de chacune des composantes fonctionnelles au-delà d'une simple logique client-fournisseur.

La composante hospitalière pour sa part doit relever le défi de la généralisation du plan « hôpital numérique » et des moyens nécessaires pour connecter au quotidien nos établissements avec ceux des partenaires civils.

Pour relever ce défi, un interlocuteur SI sera identifié pour la composante hospitalière, sous la forme d'un centre de compétence dédié, subordonné à la Direction SIN du SSA, dirigé par un responsable de conduite de projet en dialogue continu avec les métiers de l'hôpital. Il sera chargé de mettre en cohérence les besoins des hôpitaux et de les prioriser, suivant la progression de leurs relations avec ses partenaires.

Le centre de compétences SIH agissant pour l'ensemble des HIA du SSA (cohérence du SIH global et maîtrise des coûts liés en particulier aux projets d'ouverture) pourrait être créé d'environ 17 à 20 ETP.

La présence dans chaque hôpital d'un relai SIC local, rattaché au centre de compétences SIH, et conçu comme une véritable force de frappe locale garante de réactivité et d'agilité, sera essentielle pour conserver la cohérence d'ensemble et la lisibilité de la tête de chaîne sur l'ensemble des établissements.

1.2.3.4. Le fonctionnement

La typologie des activités cliniques

Seules certaines des activités actuellement proposées dans les HIA ont vocation à perdurer sur certains sites. Certaines, relatives aux spécialités projetables, seront toujours exercées au sein d'une structure hospitalière militaire. D'autres pourront être exercées au sein de structures civiles. Trois typologies d'activités sont retenues.

Les activités à visée opérationnelle sont celles qui contribuent directement à la réalisation du contrat opérationnel. La liste qui en est dressée plus loin résulte des données issues du recueil épidémiologique et des retours d'expérience des théâtres de conflits récents. Elle est susceptible d'évoluer en fonction de l'avancée des techniques et des pathologies rencontrées en opération. Du fait de leur spécificité militaire, ces activités requièrent un enseignement dédié. Ces activités doivent être exercées dans tous les hôpitaux de plateforme et peuvent l'être dans les hôpitaux hors plateforme, lorsque leur projet d'établissement, partagé avec leur partenaire, le prévoit.

Les activités relatives aux milieux spécifiques aux armées relèvent également de cette catégorie : aéronautique, environnements hyperbare, nucléaire et radiologique. Ces activités ont vocation à être exercées dans un ou plusieurs des hôpitaux de plateforme.

Les activités indispensables à la cohérence hospitalière interviennent en appui des activités à visée opérationnelle. Un exemple est celui de la cancérologie vis-à-vis de la chirurgie viscérale ou thoracique. Elles sont le plus souvent assorties d'un plateau d'explorations fonctionnelles. Elles ont donc vocation à recruter des patients pour les

activités à visée opérationnelle ainsi qu'à répondre aux besoins d'expertise des armées et du Service. Leur valorisation est un élément important de l'efficacité médico-économique. Par ailleurs, ces activités essentiellement médicales jouent un rôle fondamental en aval des services d'urgence qui seront une composante fondamentale de tous les hôpitaux militaires.

Que ce soit en ou hors plateforme, ces activités à forte valeur ajoutée pourront être conservées en propre ou partagées avec le service public hospitalier, en fonction du contexte local. En tout état de cause, lorsqu'elles seront maintenues au sein d'un hôpital militaire, elles bénéficieront de conditions de fonctionnement optimales, sans différence avec les activités du groupe précédent. La seule différence pourra porter sur le modèle RH de ces activités. Les professionnels de santé y contribuant étant peu susceptibles d'être projetés, les équipes qu'ils composent n'auront pas vocation à être densifiées au même titre que celles assurant les activités à visée opérationnelle. De plus, ils seront à terme majoritairement civils.

Les activités ne contribuant ni directement ni indirectement à la réalisation du contrat opérationnel n'ont pas vocation à être maintenues dans les hôpitaux militaires. Cependant, durant la période de transition, certaines pourront être préservées si elles trouvent leur place dans le territoire de santé et si elles s'avèrent économiquement viables. A terme, elles ont vocation à être reprises progressivement par le service public. Les praticiens militaires titulaires de ces spécialités pourront continuer à les exercer soit dans le cadre d'un pôle de médecine polyvalente d'un hôpital militaire, soit être détaché dans le service public de santé, selon des modalités assurant une répartition équitable des produits et des charges.

La recherche et l'enseignement

Les grandes orientations du modèle SSA 2020 conduisent à concevoir les hôpitaux de plateforme comme des structures hospitalières suffisamment dimensionnées pour développer une capacité d'enseignement et de recherche clinique.

Pour ce qui concerne l'enseignement, les praticiens hospitaliers militaires s'impliqueront dans des activités d'enseignement de haut niveau, préférentiellement dans les disciplines à visée opérationnelle ou à forte valeur ajoutée.

Les praticiens hospitaliers militaires devront bénéficier dans leur parcours de formation d'un temps consacré à la recherche, en et hors SSA, voire à l'étranger. La recherche clinique d'intérêt pour la défense bénéficiera d'un soutien institutionnel. La recherche clinique reste évidemment accessible dans d'autres domaines. Dans les deux cas, l'appui des structures civiles de recherche clinique sera recherché.

Les autorisations d'activité

L'offre de soins des HIA est actuellement décrite dans un arrêté conjoint entre le ministère de la défense (SSA) et le ministère de la santé (DGOS), dans l'élaboration duquel les ARS n'interviennent pas. En cela, les hôpitaux militaires ne disposent pas d'autorisations au sens du droit commun appliqué à l'ensemble des établissements de santé. Le nouveau modèle doit donc conduire à s'interroger sur le mode de délivrance d'autorisations d'activité aux 8 HIA.

L'ambition pour les hôpitaux militaires de trouver une place pleine et entière dans leur territoire de santé impose de reconsidérer le rôle des ARS dans la délivrance des autorisations d'activité aux hôpitaux militaires. La responsabilité des ARS ne saurait être contestée. Pour les activités à visée opérationnelle, des dispositions adaptées devront garantir aux établissements du SSA les activités nécessaires à la réalisation du contrat opérationnel.

La réflexion est en cours concernant les autorisations attribuées aux équipes civilo-militaires. Les autorisations pourraient ainsi être conférées aux deux établissements partenaires, à l'équipe elle-même ou à un praticien de l'un ou l'autre établissement.

1.2.4. Les options d'évolution non retenues

1.2.4.1. Maintien du modèle actuel sur 8 HIA inchangés

Il s'agissait de conserver 8 hôpitaux avec une offre de soin inchangée.

Ce modèle permettait de conserver un vivier d'équipes projetables.

L'effort de déflation, réparti de façon homothétique sur les 8 hôpitaux, restait insuffisant pour réaliser les objectifs assignés au Service. Le niveau d'activité des équipes aurait été incompatible avec le maintien des compétences. Ce modèle n'aurait pas amélioré la performance économique. Il n'aurait pas permis d'économies en matière d'infrastructure. Il n'aurait pas permis d'assurer un niveau satisfaisant d'équipements pour l'ensemble des hôpitaux. Pour ces raisons, un tel modèle ne pouvait être soutenable et donc pérenne.

1.2.4.2. Resserrement sur 4 HIA

Ce modèle reposait sur le maintien de 4 hôpitaux (Percy, Bégin, Sainte Anne, Laveran), avec fermeture simultanée des autres hôpitaux. Les activités des hôpitaux maintenus auraient été centrées sur les besoins opérationnels.

Ce scénario répond pleinement aux attentes en matière de déflation des effectifs et de diminution des charges. En regroupant ses forces sur des HIA neufs ou récemment rénovés, bien dimensionnés, sur de larges bassins de recrutement, ce modèle est capable de générer un niveau d'activité compatible avec l'entretien des compétences.

Par contre, il ne permet de couvrir qu'à concurrence des 2/3 les besoins en praticiens projetables, le reste des besoins ne pouvant être couvert que par du personnel inséré dans les établissements publics et par la réserve opérationnelle. La montée en puissance de ce complément ne peut être garantie à court terme faisant courir un risque important de ne pas être en mesure de répondre au contrat opérationnel. Cette solution s'assortissait d'un coût social important, concentré dans le temps et difficilement acceptable sur le plan politique. Enfin, le désengagement brutal de l'offre de soin exposait potentiellement à un déficit de prise en charge dans le territoire et diminuait la qualité de la réponse au besoin d'expertise hospitalière des armées.

1.2.5. La mise en œuvre du nouveau modèle

1.2.5.1. Livrables

La transformation de la composante hospitalière s'articule autour de 4 chantiers :

- la construction de la plateforme Ile de France intégrant le transfert des activités du VDG vers les HIA de Bégin et Percy, les modalités de rapprochement de l'Institution nationale des invalides (INI) et du SSA restant à finaliser ;
- la construction de la plateforme Provence Alpes Côte d'Azur et la concrétisation des partenariats avec l'Assistance publique Hôpitaux de Marseille, le CHU de Marseille et CH de Toulon ;
- la finalisation des projets d'établissements des 4 hôpitaux hors plateforme, incluant la description des partenariats avec le SPS ;
- la faisabilité puis la mise en œuvre de la politique d'insertion.

1.2.5.2. *Echéances*

Deux échéances législatives sous-tendent l'évolution des relations entre les HIA et leurs partenaires :

- le vote de la prochaine loi de santé publique ;
- les aspects juridiques et statutaires soulevés par l'insertion de personnels militaires dans des établissements du service public de santé.

Une échéance RH sous-tend toute la manœuvre de transformation des HIA. En effet la réduction des effectifs sera entamée dès 2015 avec une déflation de 278 ETP au sein des HIA pendant cette année pour une déflation hospitalière totale de 1685 ETP.

Conformité du modèle retenu pour l'hôpital aux trois enjeux du projet

Mission

Les besoins de projection en réponse au contrat opérationnel sont couverts par le personnel des 4 hôpitaux de plateforme et des 4 hôpitaux hors plateforme, complété en tant que de besoin par du personnel inséré dans les établissements publics et par la réserve opérationnelle.

Le dispositif hospitalier permet par ailleurs de garantir la qualité de l'accueil en métropole des blessés et des malades rapatriés des théâtres d'opération, avec une attention spécifique pour les blessés psychiques. Les travaux menés avec l'ensemble des acteurs de leur prise en charge construisent l'environnement nécessaire à leur réhabilitation et à leur réinsertion.

Performance

En recentrant les activités sur le soutien des forces en réduisant son empreinte, le nouveau modèle hospitalier répond à terme aux attentes en matière de réduction des charges. La concentration conduit également à renforcer les équipes hospitalières et réduit donc le risque d'effondrement de l'activité de services soumis à une pression opérationnelle importante. Il contribue à rétablir les équilibres entre les différentes composantes du Service en supportant la partie la plus importante des déflations imposées au Service.

Ouvert sur le service public hospitalier, il améliore sa performance économique en maximisant les partenariats et les mutualisations. La place entière qu'il a vocation à y occuper garantira aux équipes un niveau qualitatif et quantitatif d'activité.

Sa conception en trois composantes (plateforme, hors plateforme, insertion), en fait un modèle adaptatif susceptible de faire face à de nouvelles contraintes et à de nouveaux besoins.

Considération pour le personnel

Le nouveau modèle hospitalier améliore les conditions de travail en densifiant les équipes. Il permet de réduire les effets de la sujétion opérationnelle sur les professionnels de santé et donc le risque d'épuisement attaché à des périodes de projection trop fréquentes.

Allant de pair avec l'amélioration de l'accès aux plateaux techniques, cette optimisation assurera des conditions d'attractivité fortes et de fidélisation pour les praticiens et les soignants.

2. Les fonctions d'appui

2.1. La recherche

La fonction recherche du SSA englobe l'ensemble des activités de recherche réalisées par l'ensemble des personnels du Service dans le cadre de leur pratique professionnelle.

2.1.1. *L'intangible*

Pour le Service et les armées, disposer en propre d'une recherche biomédicale de défense représente le seul moyen d'être en capacité de répondre aux besoins d'expertise, d'adaptation et de formation à des environnements nouveaux, rapidement évolutifs et très spécifiques des situations opérationnelles.

Elle doit également contribuer à répondre aux mêmes besoins nationaux dans le cadre des plans gouvernementaux (participation du Service à la résilience nationale).

Quel que soit l'objectif, la recherche du SSA est toujours appliquée, se déclinant selon trois axes typologiques opérationnels : la recherche amont, la recherche clinique et la recherche épidémiologique.

La profonde réorganisation de la composante dédiée à la recherche du SSA, inscrite dans le programme de transformation du SSA initié en 2008, sera menée à son terme. Fruit de la densification des emprises, le dimensionnement de cette composante permettra d'achever en 2017 la montée en puissance de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA) sur le site de Brétigny-sur-Orge.

Pour autant, le modèle de recherche biomédicale de défense doit évoluer au-delà du seul IRBA.

2.1.2. *Les déterminants du changement*

2.1.2.1. *Des évolutions du monde de la défense qui induisent des besoins nouveaux*

Le cadre d'évolution de la recherche prend en compte les réductions capacitaires et budgétaires demandées au ministère de la défense, l'impératif d'ouverture et de développement des coopérations nationales et internationales, ainsi que l'évolution typologique des conflits (recentrage sur le blessé de guerre physique/psychique, sur le facteur humain, sur les environnements extrêmes et sur la sécurisation de la chaîne santé opérationnelle).

La fonction recherche doit aussi affirmer son ambition de contribuer à la résilience nationale et définir les moyens susceptibles d'y être consacrés.

2.1.2.2. *Une organisation peu visible et une gouvernance inadaptée*

Plusieurs facteurs contribuent à rendre l'action de la fonction recherche du SSA peu lisible :

- la confusion fréquente entre la composante dédiée à la recherche du SSA (l'IRBA) et la fonction recherche du SSA ;
- le manque d'intégration des actions de recherche du SSA avec celles de la recherche civile nationale ;
- le manque d'intégration entre les actions de recherche du SSA entre elles, et en particulier entre la recherche amont, la recherche clinique et la recherche épidémiologique.

La gouvernance actuelle se caractérise par une confusion entre les décideurs de la politique de recherche et ses gestionnaires, et la dispersion des tutelles des effecteurs. Le dialogue entre décideurs, chercheurs et praticiens est insuffisant. Les conflits d'intérêts sont fréquents entre décideurs, coordonnateurs et effecteurs des actions de recherche.

2.1.2.3. Une intégration incomplète de certaines composantes du service dans la dynamique de recherche

La politique de recherche, les grands axes et les grandes thématiques de la recherche biomédicale de Défense laissent aujourd'hui à l'écart totalement ou partiellement certaines composantes du Service. Il en résulte un faible engagement du personnel dans cette dynamique, avec au mieux une juxtaposition d'initiatives individuelles.

2.1.2.4. Une fragilité structurelle

Plusieurs signaux d'alerte sont à prendre en compte dans la situation actuelle : sous-effectif de chercheurs et techniciens (surtout dans le domaine NRBC), majorité de chercheurs civils, surdimensionnement relatif de l'effectif dédié au soutien général, budget en attrition et relevant quasi exclusivement du ministère de la défense (SSA-EMA-DGA).

Quel que soit le modèle retenu, il doit répondre aux principes d'adaptabilité, de rapprochement entre recherche amont et recherche clinique et intégrer une profonde réforme organisationnelle de la gouvernance de la fonction.

2.1.3. Le modèle retenu

2.1.3.1. Le concept

Il s'agit d'un modèle adaptable à ses moyens et aux missions conjoncturelles.

Ce nouveau modèle est construit selon trois principes :

- les fonctions de direction (politique, stratégie, organisation et évaluation) et de mise en œuvre sont indépendantes et clairement identifiées ;
- les trois modalités de la recherche biomédicale de défense (amont, clinique, épidémiologique), montent en puissance de façon synergique et équilibrée ;
- la recherche s'organise par « projets scientifiques et techniques » et non plus par structures (IRBA, CESP, HIA, CMA, etc.) ou par modalité (clinique, amont, épidémiologique).

2.1.3.2. L'organisation

La gouvernance

La haute gouvernance de la recherche biomédicale de défense est directement sous la responsabilité du Directeur central (DC). Elle s'appuie sur un comité stratégique de la recherche (à créer) présidé par le DC et auquel participent, outre des acteurs SSA, des représentants des armées, de la DGA et des partenaires extérieurs à la défense (AVIESAN, INSERM, etc.) L'autorité de coordination « sciences et techniques de la santé », nouvellement instituée dans le cadre de l'évolution de la gouvernance du Service, est chargée du fonctionnement du comité (préparation des séances, diffusion et suivi des décisions) avec le concours du bureau « politique de la recherche ». Dans ce cadre, elle coordonne les travaux d'élaboration de la politique de recherche, propose la création des programmes transversaux de recherche, en suit le déroulement et en évalue les résultats.

La gouvernance fonctionnelle de la recherche et des compétences de recherche est portée par le « directeur de la recherche du SSA ». Il exerce une autorité fonctionnelle sur les chefs d'établissement et les comités de recherche clinique, pour l'exercice de leurs activités de recherche. Il est membre du comité stratégique de la recherche.

Les principales attributions du directeur de la recherche sont :

- l'application de la politique de recherche définie par le comité stratégique et la gestion transversale au sein de la direction centrale des questions relatives à la recherche du SSA ;
- la définition et le suivi du programme de recherche clinique du Service et le contrôle de la régularité réglementaire des projets de recherche clinique ;
- le suivi des programmes transversaux de recherche, conduits par des responsables, chercheurs ou non, désignés en raison de leurs compétences, appartenant aux établissements du Service et mobilisant au mieux les moyens du SSA pour répondre aux questions posées ;
- la gestion des moyens (RH, équipements) de la recherche ;
- la gestion des processus et instances d'évaluation de la recherche du SSA (relations avec l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur - AERES, évaluation des chercheurs et cadres scientifiques, évaluation des pratiques, audit interne) ;
- la gestion financière de la recherche du Service (responsabilité de l'UO REC) ;
- les questions réglementaires relatives à la recherche.

La gouvernance organique des établissements contribuant à la fonction recherche a pour objet d'assurer le fonctionnement des établissements du SSA qui concourent à la fonction recherche du Service de façon à ce que leur personnel et leurs moyens puissent répondre le plus efficacement possible aux demandes centralisées de recherche, d'une part, et à la fonction recherche du Service (activité des comités de recherche clinique), d'autre part.

Ces établissements restent organiquement rattachés à la sous-direction dont ils dépendent mais sont fonctionnellement rattachés au directeur de la recherche du SSA pour tout ce qui touche aux activités de recherche auxquelles ils participent.

Effecteurs

Les travaux de recherche sont effectués par :

- le personnel de l'IRBA qui constitue la « composante recherche dédiée » du SSA. Il fait essentiellement (mais pas uniquement) une recherche amont. Il exploite également ses connaissances et ses compétences pour faire l'analyse de questions ponctuelles précises et proposer des réponses à ces questions dans le cadre de travaux d'expertise (chercheur-expert) ;
- le personnel du CESPAS qui est le contributeur essentiel de la recherche épidémiologique en plus d'être l'expert en épidémiologie et santé publique du SSA (expert épidémiologiste-chercheur) ;
- le personnel des HIA et des CMA qui est le contributeur essentiel de la recherche clinique en plus d'être producteur de soins du SSA (expert clinique-chercheur) ;
- le personnel de la filière ravitaillement sanitaire (dont le CTSA).

Moyens

Les effectifs nécessaires à ce modèle sont ceux mis à disposition par le Service pour cette fonction, idéalement identiques à ceux actuellement envisagés pour l'armement de l'IRBA (REO 2015 à 381) auxquels s'ajouteront les ETP consacrés à la recherche liés au « temps recherche » (dans le cadre de la formation à la recherche, de la recherche

épidémiologique et de l'incitation à la recherche clinique) du personnel du SSA n'appartenant pas à l'IRBA.

Un effort particulier est consenti sur les ressources humaines pour permettre aux établissements de soins de répondre aux exigences nationales en termes de recherche clinique. A cet effet, le bureau de gestion de la recherche clinique, actuellement situé à l'IRBA, voit son effectif porté à 10 personnes consacrées pour partie au contrôle réglementaire des projets de recherche clinique (activités « promoteur ») et pour partie au soutien direct des investigateurs.

Chaque plateforme hospitalière se voit dotée d'un assistant de recherche clinique (« ARC investigateur ») dont l'activité est contrôlée par le comité de recherche clinique de l'établissement. La direction de la médecine des forces inclut également une composante recherche sous la forme d'un bureau dédié. Cette disposition sera évaluée et, le cas échéant, étendue à d'autres établissements du Service.

2.1.3.3. *Fonctionnement*

Activités

Les activités de recherche du SSA doivent s'enraciner dans les réponses aux enjeux de santé des militaires et la satisfaction des priorités capacitaires définies par l'EMA et la DGA.

C'est l'analyse de ces enjeux qui permettra de dégager les besoins de recherche du SSA exprimés en objectifs et en résultats/impacts attendus. Les programmes de recherche répondront à ces besoins de recherche en 3 phases (élaboration, réalisation, suivi). Ils seront formalisés dans des « contrats de programme » et dirigés par des chefs de programme aidés d'un comité de pilotage propres à chaque programme.

Ces programmes impliqueront des équipes militaires (SSA ou autres) et civiles autant que nécessaire. Typiquement, un programme pourrait impliquer plusieurs équipes ou unités, chaque équipe ou unité pouvant être impliquée dans plusieurs programmes (organisation fonctionnelle). L'organisation de ces programmes de recherche et leur coordination relèvent de la gouvernance opérationnelle de la recherche.

En complément de ce processus centralisé, les recherches à l'initiative des praticiens et des personnels paramédicaux des établissements, « décentralisées », seront incitées et aidées pour permettre au SSA de répondre aux besoins de formation de son personnel, à la création des compétences nécessaires aux processus de recherche centralisée, et au développement de partenariats de qualité avec les équipes dont le Service pourrait avoir besoin pour des problèmes émergents (*i.e.* utiles pour l'élaboration de nouveaux « programmes de recherche » centralisée) comme dans l'obtention d'avis d'experts dans des domaines qui n'existeraient pas au sein du SSA.

La gestion, l'évaluation et l'analyse de l'adéquation de ces recherches « décentralisées » à la politique de la recherche du SSA relèvent de la gouvernance fonctionnelle de la recherche. L'un des principaux objectifs de cette gouvernance sera le renforcement de la recherche clinique dans l'ensemble des établissements du SSA (HIA, CESP, CMA, CTSA, DAPSA pour les principaux).

De façon plus analytique, les activités de la fonction recherche comprennent, dans le nouveau modèle :

- la participation à l'analyse initiale des problèmes de santé réels ou potentiels des militaires et à l'élaboration de la réponse du SSA ;
- la direction, la gestion et la conduite des travaux de recherche nécessaires à la résolution ou à la prévention des problèmes de santé des militaires ;

- le pilotage, l'aide au pilotage, la coordination ou la supervision de travaux de recherche nécessaires à la résolution ou à la prévention des problèmes de santé des militaires, effectués par du personnel ne dépendant pas du SSA (institutions militaires ou civiles, publiques ou privées) sur financement militaire ou civil ;
- la direction, la gestion et la conduite des travaux de recherche clinique promue par le SSA ;
- la gestion et la conduite des travaux de recherche clinique promue par le secteur privé et académique ;
- la participation à la formation par la recherche du personnel du SSA et des forces armées ;
- la réalisation de travaux d'expertise, allant de la prestation intellectuelle au programme de recherche amont en passant par les expertises de terrain, mais ayant toutes en commun d'être indispensables à la réponse du SSA aux problèmes de santé des militaires ou de la population (e.g. dans le cadre de fonctions régaliennes dévolues au SSA en situation de crise).

Relations avec les partenaires, les clients

La fonction recherche permet la coopération de l'ensemble des partenaires militaires et civils dans des programmes de recherche qui répondent aux besoins de la recherche biomédicale de défense. Par une politique d'ouverture fondée sur de nouveaux accords-cadres, elle développe ses partenariats :

- en interne à la défense, avec la DGA ;
- avec les partenaires étatiques (INSERM, CEA, Genopole, etc.) ;
- avec les instituts et fondations (Institut Pasteur, Fondation Méditerranée Infection, Fondation Mérieux) ;
- avec les services de santé des armées occidentales.

Evaluation

Une autre conséquence de l'évolution de la fonction recherche réside dans l'exigence d'adaptabilité et de polyvalence des chercheurs du SSA. Leur formation et leur pratique devront intégrer obligatoirement la dimension transversale de la recherche utile au SSA. Leur expertise sera évaluée rigoureusement. Cette évaluation se fondera pour l'essentiel sur leur production technique et scientifique aux stades précoces de la carrière scientifique, afin que la fonction recherche du SSA puisse disposer des cadres, légitimes aux yeux de la communauté scientifique nationale et internationale, et sur lesquels elle pourra s'appuyer pour conduire ses programmes de recherche.

2.1.4. Les options d'évolution non retenues

2.1.4.1. Un modèle historique fondé sur un IRBA fort

Ce modèle correspond à l'objectif initial du projet de concentration et de modernisation de la recherche sur le site de Brétigny et du projet de rapprochement des activités de recherche amont et clinique. Adapté aux circonstances actuelles, il pourrait être amélioré par la correction des faiblesses identifiées (isolement vis-à-vis des autres composantes du Service et manque d'adaptabilité) et le renforcement de sa gouvernance (redéfinition des rôles respectifs de l'échelon central et de la direction de l'IRBA).

Si ce modèle apparaît compatible avec les ressources humaines et financières contraintes, le problème de son coût financier reste entier tant que la capacité du SSA à capter des financements externes n'est pas significativement améliorée. En effet, la

mise à disposition de ressources extrabudgétaires conséquentes est le déterminant principal de l'équilibre économique de ce modèle.

2.1.4.2. Une externalisation complète de la recherche biomédicale

Dans ce scénario, les activités de recherche du SSA se seraient concentrées sur un noyau très restreint d'experts nécessaires au soutien des forces. Il sacrifie la recherche amont, actuellement effectuée pour l'essentiel par l'IRBA, qu'il fait réaliser par des entités externes à la défense. La recherche clinique, dans les forces et à l'hôpital, et la recherche épidémiologique subsistent dans ce modèle, à un niveau variable, dicté principalement par les ressources disponibles.

Si on se fonde sur le fait que le Service supporte le coût de la recherche de défense d'intérêt national, y compris non spécifiquement militaire (actions de prévention des effets du terrorisme par exemple), le transfert de charges vers d'autres structures étatiques ou non, représente une économie pour le Service. Toutefois, le besoin subsistant, il n'y a pas de véritable économie pour l'Etat.

Toute la souplesse et la réactivité d'une recherche biomédicale de défense détenue en propre, disparaît dans ce modèle.

La recherche clinique et la recherche épidémiologique subsistent mais sont décorrélées de la recherche amont.

L'expertise, privée des activités de recherche qui la nourrissent, perd de sa crédibilité et de sa pertinence.

2.1.5. Eléments de conduite et de cadencement

2.1.5.1. Livrables

La transformation de la recherche s'organise autour de quatre chantiers majeurs :

- l'organisation de la fonction recherche et de sa nouvelle gouvernance : ce qui comporte la mise en place du dispositif d'élaboration de la politique de recherche du SSA, la description de l'organisation cible de la fonction et sa mise en œuvre ;
- la montée en puissance de la recherche amont (IRBA) et épidémiologique (CESPA) ;
- le développement de la recherche clinique qui passe notamment par la définition du dispositif de soutien et de suivi des actions réalisées dans ce cadre ;
- la conception et l'expérimentation du nouveau processus « projet scientifique et technique ».

2.1.5.2. Cadencement

Fin 2015, l'organisation cible et la gouvernance de la fonction recherche seront arrêtées. Le processus « recherche scientifique et technique » sera validé et permettra le lancement début 2016 d'un premier programme de recherche possédant une dimension amont et aval. Des études seront menées pour identifier les conditions de rapprochement de la gouvernance de la recherche et de celle de l'enseignement et de la formation.

Fin 2017, la nouvelle organisation et sa gouvernance rénovée seront ajustées à la lumière de deux années de mise en œuvre. La mise en œuvre de la politique de recherche clinique sera adaptée à la consolidation des nouveaux modèles hospitaliers et de la médecine des forces. L'IRBA disposera de sa pleine capacité fonctionnelle.

Fin 2019 le nouveau modèle de la recherche sera optimisé et adapté au retour d'expérience de trois années de mise en œuvre. Le dispositif de soutien et de suivi des travaux de recherche clinique sera pleinement opérationnel.

Conformité du modèle retenu pour la recherche aux trois enjeux du projet

Mission

Le modèle prend en compte l'impératif de recentrage des activités de recherche sur les enjeux de santé du militaire et les besoins des états-majors.

Il assure la finalisation de la montée en puissance de l'IRBA.

Il consolide la place du Service en tant qu'acteur gouvernemental de la recherche biomédicale de défense et de sécurité nationale.

Performance

Ses capacités d'adaptation aux besoins et aux circonstances en font l'outil indispensable pour répondre aux sollicitations de l'EMA et de la DGA.

Il favorise la création de partenariats nouveaux avec les instances et organismes de recherche civils, ouvrant de véritables opportunités de mutualisation et d'optimisation des équipements et des compétences.

Considération

Le modèle offre à l'ensemble du personnel du Service, tous établissements et tous métiers confondus, la possibilité de contribuer à la recherche biomédicale de défense.

Il offre aux chercheurs un cadre consolidé d'exercice, avec un IRBA neuf et bien équipé, complété par la possibilité d'échanges avec d'autres structures de recherche.

2.2. Le ravitaillement sanitaire

Sur la période 2008-2013, le dispositif du ravitaillement sanitaire a fait l'objet d'une rationalisation passant par la densification des emprises avec un recentrage des activités d'approvisionnement sur les segments du cœur de métier, l'externalisation des activités de soutien commun et la centralisation des activités d'achats et de finances au niveau de la DAPSA. La densification des emprises a conduit à la fermeture de trois sites (Mondeville, Brest et Chartres) liée notamment à la réduction programmée du stock de temps de crise.

2.2.1. L'intangible

Le ravitaillement sanitaire est une composante indispensable au déploiement d'une chaîne santé opérationnelle complète et autonome. Il repose sur la détention en propre de capacités de :

- conception, production et maintien en condition des dotations des unités médicales opérationnelles (UMO) ;
- production, acquisition, stockage de médicaments, dispositifs médicaux et produits sanguins nécessaires au combattant, conformes aux bonnes pratiques ;
- distribution sous court préavis des éléments du stock opérationnel.

La fonction ravitaillement sanitaire du Service constitue, en particulier du fait de sa production de produits de santé spécifiques, un opérateur de santé au service de l'état sans équivalent. Elle apporte une contribution unique à la résilience de la Nation.

2.2.2. Les déterminants du changement

2.2.2.1. Une transformation déjà très avancée

A l'horizon 2020, le ravitaillement sanitaire aura achevé la transformation dans laquelle il est largement engagé depuis 2008. Son dispositif s'est stabilisé autour des emprises actuelles fortement concentrées.

L'ouverture du bâtiment d'ingénierie biomédicale (BIB) sur le site d'Orléans-Château, dans le courant de l'année 2015, marquera l'achèvement de cette transformation globale du dispositif et son dimensionnement au juste besoin du contrat opérationnel.

2.2.2.2. La nécessité d'une meilleure valorisation des capacités

L'activité au seul profit des entités du ministère de la défense ne permet pas de maintenir le niveau de compétence d'un nombre de personnel suffisant pour assurer une éventuelle montée en puissance. Elle ne permet pas non plus de rentabiliser un outil de production au coût incompressible.

Une meilleure valorisation des capacités permet de limiter le coût de possession de l'outil, de l'adapter et de le perfectionner de manière beaucoup plus réactive pour le maintenir à un haut niveau de qualité et d'aptitude à répondre aux besoins opérationnels.

2.2.2.3. La meilleure maîtrise de l'acheminement : un aspect critique de l'optimisation du ravitaillement sanitaire

Depuis 2009, l'acheminement est mutualisé au niveau interarmées et fait l'objet d'un marché d'externalisation piloté par le centre de soutien opérationnel et des acheminements (CSOA).

La nécessité d'une réponse plus adaptée aux besoins spécifiques du Service et aux contraintes réglementaires apparaît d'autant plus prégnante qu'une évolution de la

réglementation pharmaceutique va prochainement imposer une température de transport constante à 15-25°C.

2.2.3. Le modèle retenu

2.2.3.1. Le concept

La fonction ravitaillement ne change pas fondamentalement. Elle reste orientée selon trois grands axes : la production, les achats et la mise à disposition des moyens nécessaires au contrat opérationnel.

Cependant le nouveau modèle a pour ambition de maintenir au plus haut niveau la qualité du ravitaillement opérationnel, tout en diminuant le coût de possession pour la défense. Pour ce faire, il mise sur une meilleure valorisation des capacités uniques de production et de savoir-faire, sur un renforcement de son pouvoir de négociation rendu possible par une extension de son assise.

Ce nouveau modèle du ravitaillement sanitaire intègre les évolutions ministérielles relatives à la *supply chain* et aux achats.

2.2.3.2. L'organisation

La gouvernance

La Direction des approvisionnements en produits de santé des armées (DAPSA) se dote d'une composante valorisation, qui répond à l'ambition de mieux valoriser produits et savoir-faire. Elle doit reposer à terme sur une équipe d'une dizaine de personnes, constituée par redéploiement de moyens.

Les établissements subordonnés

Les Etablissements de ravitaillement sanitaire des armées (ERSA) et l'Etablissement central du matériel du SSA (ECMSSA) ont pour mission la mise à disposition des moyens nécessaires au contrat opérationnel. La DAPSA a vu sa performance considérablement augmentée par l'achèvement du bâtiment d'ingénierie biomédicale.

La composante « production » regroupe la Pharmacie centrale des armées (PCA) et le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA). Elle porte une véritable ambition internationale à travers des productions uniques (Plasma lyophilisé PLYO, antidotes des agressifs chimiques).

La division achats-finances santé (DAFS), qui doit s'ériger en plateforme achats-finances, réalisera l'ensemble des études économiques des matériels santé dont les impacts financiers et techniques sont des enjeux pour le Service. En se dotant d'une telle compétence et en se recentrant sur la réponse spécifique au contrat opérationnel, la DAPSA se positionne en pôle d'excellence dans ce périmètre de produits et services. La question du rattachement organique de la plateforme achats-finances est à l'étude.

Grâce aux clients-partenaires étatiques (EPRUS, BSPP, BMPM, SDIS) qu'elle peut ainsi recruter, elle renforce sa stature et donc son pouvoir de négociation.

Cette position d'acheteur spécialisé, jointe aux capacités uniques de production de la pharmacie centrale, fait de la fonction ravitaillement du SSA un acteur étatique incontournable contribuant directement au rayonnement du Service.

2.2.3.3. Les moyens

Ressources humaines

Afin d'accompagner cette évolution globale du dispositif, le ravitaillement sanitaire a d'ores et déjà bénéficié et va encore bénéficier d'un renforcement de ses ressources humaines pour accompagner la montée en puissance du BIB et sécuriser la réalisation des dotations des UMO.

Le positionnement d'un pharmacien au niveau du CSOA permettra d'inscrire les spécificités du Service en matière d'acheminement. Le Service disposera ainsi d'une chaîne d'approvisionnement véritablement complète et intégrée, dans une logique de bout en bout.

Systèmes d'information

Le système d'information logistique (SIL) du ravitaillement sanitaire constitue un véritable levier d'optimisation pour la composante, en tant que contributeur majeur à la modernisation de la logistique santé.

En effet, le SIL bénéficie des investissements nécessaires à la mise en œuvre d'une démarche de *supply chain management* intégré. Ces efforts financiers offrent au ravitaillement sanitaire l'opportunité de :

- dématérialiser l'ensemble de la chaîne logistique ;
- disposer d'un SI assurant le suivi logistique des biens et mettant à disposition du commandement les différents indicateurs de l'activité ;
- dématérialiser la relation client-fournisseur.

Ce dernier volet constitue un enjeu crucial pour le ravitaillement sanitaire, puisqu'il contribue à simplifier la cession des produits et matériels de santé. La simplification, la fiabilisation et l'optimisation de la relation client-fournisseur permettent en outre la montée en puissance d'un réseau d'achats dynamique au sein du Service.

Infrastructure

Les travaux de réorganisation du camp de Chateau (Orléans), avec notamment la construction du BIB, permettent de stocker la globalité des matériels biomédicaux, d'y réaliser leur maintenance, de stocker et distribuer les pièces détachées. De nouvelles activités y seront développées, comme la constitution de la composante matérielle des dotations santé ainsi que leur dislocation lors du retour des opérations extérieures. Au total, ce nouvel outil est un des éléments contributifs à une réponse plus efficace à un engagement opérationnel majeur.

Par ailleurs, l'état des infrastructures de la PCA ne nécessite pas d'investissements lourds mais une maintenance régulière. Les ERSA nécessiteront les travaux programmés de mise aux normes. 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.

2.2.3.4. Le fonctionnement

Plus qu'en un changement d'organisation, la nouvelle fonction ravitaillement sanitaire repose sur un changement de modèle économique. Cette transformation s'articule autour de deux chantiers majeurs, que sont l'optimisation du fonctionnement global et la valorisation des produits et savoir-faire.

La poursuite de l'optimisation de la fonction

La montée en puissance de la fonction ravitaillement s'accompagne de la mise en œuvre d'une démarche d'optimisation engageant l'ensemble de ses établissements : certification ISO 9001, professionnalisation des processus de prévision et planification de la production, automatisation des ERSA grâce à l'achat de transstockeurs, poursuite de la professionnalisation de la fonction achats et dématérialisation du processus associé.

La valorisation des produits et savoir-faire

Toucher les acteurs étatiques ou relevant des collectivités locales, est le premier objectif que se fixe le ravitaillement sanitaire, en premier lieu les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) dont le fonctionnement est proche de celui des CMA. Le réseau pourra ensuite être élargi vers d'autres services de l'Etat comme les douanes, les services pénitentiaires, la police nationale et vers des acteurs ne relevant pas de l'Etat français, nationaux et internationaux.

Les prestations offertes couvrent les périmètres suivants : fourniture de produits de santé et de matériels médicaux, maintenance d'équipements, formation des techniciens et utilisateurs de premier niveau. A cet égard le potentiel de production de la PCA et du CTSA représente un réel atout. Le plasma lyophilisé, les antidotes du risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique, les médicaments prenant en charge la douleur de l'avant, le traitement des urgences et de la vigilance apparaissent ainsi comme des produits attractifs pour l'EPRUS, les armées étrangères, EDF, AREVA, le CEA. Le référencement des productions au sein des catalogues de la *NATO Support Agency* constitue un levier de valorisation.

La création d'une structure dédiée est nécessaire pour atteindre cet objectif. Elle doit avoir pour mission la gestion de l'ensemble du processus de valorisation : élaboration et mise à jour du business plan, développement du réseau commercial, réalisation des prestations au profit des clients, contrôle du respect des éléments contractuels, gestion des litiges, facturation, etc. Cette équipe requiert des profils aux compétences spécifiques, notamment en ingénierie de vente, cessions onéreuses à des nouveaux clients, ouverture à des clients de niveau international, comptabilité d'entreprise, droit des affaires.

La politique de prix appliquée aux clients devra être soigneusement étudiée. Il conviendra de différencier les formations du ministère de la défense, les formations de l'Etat extérieures à la défense, les organismes n'appartenant pas à l'Etat (armées étrangères, entreprises du secteur privé). En tout état de cause, les prix proposés par le Service ne devront pas valoriser les prestations en dessous du prix du marché ni mettre le Service en situation d'abus de position dominante.

Une modification du statut juridique de la DAPSA est nécessaire pour assurer le développement de partenariats avec des acteurs tels que les SDIS ou l'EPRUS. Sitôt que les conditions seront réunies, un arrêté ministériel donnera à la DAPSA la qualité de centrale d'achats.

Les accords-cadres de la DAPSA permettront de prendre en compte des bénéficiaires en dehors du ministère de la Défense. Les établissements qui souhaiteront faire appel à l'offre de marchés de la DAPSA seront dispensés de la mise en œuvre de procédures d'achat dans les segments concernés.

L'augmentation de l'activité découlant de cette politique de valorisation a plusieurs effets favorables : maintien des compétences, rentabilisation des outils de production, facilitation de la rotation du stock opérationnel, génération de recettes contribuant à la diminution de l'empreinte budgétaire du Service.

La conservation en propre de l'outil et la maîtrise des priorités devra rester un impératif absolu, afin de répondre à la mission première de soutien des forces.

2.2.4. Les scénarios non retenus

Dans un souci de diminution du coût de l'outil pour la défense, la possibilité de restreindre le périmètre des bénéficiaires a été étudié. Dans sa version la plus drastique la fonction ravitaillement n'aurait plus assumé que la mission opérationnelle et le ravitaillement hospitalier aurait été confié aux opérateurs auxquels a déjà recours le service public. Dans une version intermédiaire, la fonction aurait continué à approvisionner également les hôpitaux de plateforme. Ces scénarios ont fait l'objet d'un audit qui a montré que cette solution n'était pas viable :

- il n'y a pas d'économies de ressources humaines du fait de la nécessité de réintégrer la fonction achat dans la sphère hospitalière ;
- l'impossibilité d'utiliser les hôpitaux pour faire tourner les stocks pharmaceutiques opérationnels induit des coûts de péremption ;
- la moindre massification des achats pénalise la performance de la fonction achat.

La concentration sur un site unique a également fait l'objet d'une étude. Il s'agissait d'envisager la fermeture des deux ERSA avec, en parallèle, la construction sur le site d'Orléans-Chanteau d'une nouvelle infrastructure dédiée, dotée d'équipements de dernière génération, fortement automatisée. Cette option n'a pas été retenue compte-tenu de son coût social, de la perte de savoir-faire qu'elle induit et de l'investissement financier à consentir pour réaliser les travaux de construction.

2.2.5. Eléments de conduite et de cadencement

L'année 2015 permettra au ravitaillement sanitaire d'affiner son plan de transformation et de stabiliser son dispositif. Elle sera également consacrée au lancement de la valorisation, qui passera par une première expérimentation de l'ouverture vers les SDIS. Les travaux des années 2016 et 2017 porteront sur la mise en œuvre de la démarche d'optimisation et la montée en puissance de la valorisation. A l'horizon 2017, la configuration du ravitaillement sanitaire devrait ainsi se rapprocher fortement du modèle cible. Les années suivantes devront consolider la transformation réalisée, de sorte à atteindre un mode de fonctionnement nominal fin 2019.

Conformité du modèle retenu pour le ravitaillement sanitaire aux trois enjeux du projet

Mission

Le modèle cible du ravitaillement sanitaire présente un dispositif stabilisé, en capacité d'approvisionner les théâtres d'opération avec fiabilité (conception, constitution et stockage des UMO sécurisés, acheminement maîtrisé).

Performance

Le fonctionnement global de la composante est modernisé et optimisé, garantissant des prestations performantes en opération et vis-à-vis des établissements du Service. Les systèmes d'informations, bénéficiant des investissements nécessaires à leurs évolutions, contribuent directement à la performance du ravitaillement sanitaire.

Le développement de la valorisation des produits et savoir-faire permet de réduire l'empreinte budgétaire du Service.

Considération

Les ressources humaines sont renforcées, afin d'accompagner la montée en puissance du dispositif. La modernisation des établissements (mise en place du BIB, automatisation des ERSA, etc.) ainsi que les nouveaux métiers relatifs à la valorisation offrent des perspectives attractives pour le personnel.

2.3. La formation

La formation du personnel du SSA est à ce jour dispensée dans trois écoles : l'Ecole de Santé des Armées (ESA) de Lyon-Bron dédiée à la formation initiale militaire et générale de médecins et pharmaciens, l'Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA) de Toulon dédiée à la formation du personnel paramédical et l'Ecole du Val-de-Grâce (EVDG) de Paris qui fédère l'ensemble de l'enseignement et de la formation initiale et continue.

Dans ses écoles, mais aussi dans ses HIA, CMA, CESPAs et IRBA, le SSA assure :

- la formation initiale des médecins, pharmaciens, vétérinaires militaires et des infirmiers des forces, conduisant à l'obtention des diplômes d'Etat correspondants ;
- la formation continue des praticiens et du personnel paramédical pendant toute leur carrière ;
- la formation opérationnelle et milieux adaptée en toutes circonstances aux besoins du soutien médical des forces en opération, aux spécificités de certains milieux (aéronautique, naval) et aux besoins de santé de la population militaire.

Ces formations complémentaires, synchrones ou consécutives, s'inscrivent dans une dynamique de parcours professionnel.

2.3.1. Les intangibles

Un recrutement *ab initio* sur concours sélectif, des cursus de formation initiale adaptés se déroulant dans les établissements du SSA, la priorité donnée aux formations opérationnelles et milieux, des parcours professionnels et promotionnels clairement identifiés sont les garants de l'acquisition des spécificités d'exercice des métiers du SSA, de l'acculturation aux valeurs militaires et un puissant facteur de cohésion pour le Service.

Le socle de la fonction formation du SSA repose donc sur une cohérence pédagogique d'ensemble répondant aux besoins des Armées, à savoir un haut niveau de technicité et l'adaptation de l'exercice au milieu militaire.

2.3.2. Les déterminants du changement

2.3.2.1. Une démarche de concentration à poursuivre

Après le regroupement des deux écoles de formation des praticiens de Lyon et Bordeaux en 2011 sur le site de Lyon-Bron, l'accueil sur ce site de l'EPPA de Toulon, acté dans le projet SSA 2020, se mettra en œuvre à la rentrée universitaire 2016.

La refondation par l'EVDG des centres de formation opérationnelle milieux doit être menée à son terme, pour optimiser la réponse aux besoins spécifiques de soutien des forces, dans une démarche volontaire de concentration des structures et de simplification des parcours.

2.3.2.2. Une nécessaire adaptation

L'adaptation continue de la composante formation prend en compte l'apparition de nouveaux métiers, les possibilités de transferts de compétences inscrits dans la loi HPST, ainsi que les nouvelles méthodes axées sur l'enseignement numérique. Ces évolutions sont déjà intégrées au dispositif pédagogique mais leur développement doit être poursuivi.

Une réactivité constante reste de mise pour que la formation dispensée par le SSA conserve son autonomie, son attractivité et sa compétitivité.

2.3.2.3. Des liens insuffisants entre chercheurs et enseignants

Au sein des établissements, les missions de recherche clinique et de formation ne sont pas suffisamment coordonnées, ni mises en cohérence au niveau central. A l'instar du milieu universitaire, le SSA devra promouvoir les axes de recherche clinique dans sa politique de formation, en rapprochant les acteurs de la composante recherche dédiée et ceux de la formation initiale et continue.

2.3.2.4. Une gouvernance dispersée

La politique de formation, volet de la gestion prévisionnelle des ressources humaines, est indispensable à l'adéquation entre le besoin et la ressource. Elle est pilotée au sein de la sous-direction RH. L'ingénierie pédagogique est sous la responsabilité de la direction de l'EVDG. Dans une logique de décentralisation, les missions et prérogatives des acteurs doivent être bien définies et consolidées, pour une meilleure cohérence du dispositif d'enseignement et de formation du SSA.

2.3.3. Le modèle retenu

C'est un modèle à deux écoles, assorti d'une plateforme pédagogique enrichie et modernisée, qui permet le rapprochement avec la fonction « recherche » sur le mode d'une fonction mixte « formation et recherche ».

Le regroupement de l'ESA et de l'EPPA permet d'optimiser les moyens de la formation et favorise l'acquisition d'une culture commune aux populations médicales et paramédicales, garantissant une meilleure cohésion et une cohérence accrue du service. L'évolution de l'EPPA passera nécessairement par une réflexion en profondeur sur le statut, la formation, les parcours professionnels du personnel paramédical, et la valorisation des métiers paramédicaux.

La formation initiale médicale et paramédicale est ainsi assurée sur le site de Lyon-Bron ; la formation continue est organisée et dispensée sur le site de Paris.

2.3.3.1. Le concept

Le concept de la formation au sein du SSA repose sur trois objectifs :

- concevoir, organiser et piloter les formations nécessaires aux différentes catégories de personnel du SSA pour réaliser les missions qui lui sont confiées au profit des armées ;
- participer au rayonnement du Service auprès des instances hospitalo-universitaires en valorisant ses domaines d'excellence ;
- conserver et transmettre les valeurs, les traditions et le patrimoine du SSA.

Répondre à ces objectifs repose sur :

- un recrutement initial par un concours sélectif permettant d'accéder à un cursus de formation universitaire diplômante ;
- une formation militaire, générale, opérationnelle et de milieux adaptée aux conditions d'emploi des forces armées ;
- une formation continue et d'adaptation aux emplois, domaines de compétence et spécialités, assurée durant toute la carrière en fonction des besoins du Service et des aspirations du personnel ;
- une participation différenciée de l'ensemble des établissements aux actions de formation ;
- une ouverture raisonnée vers le monde universitaire, le service public de santé et les armées, dans une recherche d'échange et de mutualisation, comme facteurs de performance et de rayonnement.

2.3.3.2. L'organisation

Une gouvernance de la formation déclinée selon trois échelons

La direction de la fonction formation, dont le rapprochement avec la direction de la recherche est à l'étude, représente l'échelon central de la gouvernance. La politique de formation sera élaborée par un comité stratégique de la formation présidé par le Directeur Central, instance analogue au comité stratégique de la recherche. Il associera les responsables des ressources humaines du service ainsi que les employeurs du service. Des autorités militaires seront présentes ainsi que des représentants du monde universitaire. Il sera chargé de valider les besoins de formation qui constitueront les axes stratégiques du développement de la formation. Il assurera également les arbitrages requis par les évolutions de l'enseignement des sciences de la santé et par leur adaptation aux spécificités militaires.

L'école du Val-de-Grâce constitue l'échelon central déconcentré de la gouvernance de la fonction. Son directeur est compétent pour tout ce qui relève de l'expertise pédagogique, de la performance des écoles et centres de formation, de la politique de formation opérationnelle, milieux et d'adaptation aux emplois. Il est également le garant des relations avec le monde universitaire.

L'école de formation initiale, sur le site de Lyon-Bron, est dirigée par le commandant de l'ESA. Elle est en charge de la formation initiale des praticiens et paramédicaux du SSA et des relations avec les partenaires universitaires de Lyon.

Les responsabilités hiérarchiques, comme les modalités de rapprochement de la recherche et de la formation, se déclinent selon ces trois niveaux de gouvernance.

L'EVDG : une place prégnante dans une logique de déconcentration

A Paris, l'EVDG a pour vocation de fédérer l'ensemble de l'enseignement et de la formation de tout le personnel du Service. A cette fin, elle s'appuie sur toute structure qui dispense une formation. L'EVDG organise à l'intention des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, paramédicaux et commissaires d'ancrage santé, un enseignement complémentaire adapté à leurs activités au profit des différentes armées. Elle assure la formation continue des cadres d'active et de réserve, praticiens ou officiers militaires infirmiers techniciens des hôpitaux des armées (MITHA) ainsi que des stagiaires étrangers.

Pour conduire ses missions, le directeur de l'EVDG dispose actuellement de plusieurs départements :

- le département de la formation initiale spécialisée (DFIS) ;
- le département du développement professionnel continu (DDPC) ;
- le département de la préparation milieux et opérationnelle (DPMO), au sein duquel le bureau de préparation opérationnelle (BPO) s'appuie sur des centres de formation spécialisés et trois centres de formation milieux ;
- le département de la formation des personnels non médicaux (DFPNM).

Le directeur de l'EVDG est assisté dans ses fonctions par :

- un conseil de coordination de la formation qui élabore, en lien avec l'échelon central, les grandes orientations pédagogiques dans le domaine des formations initiales, continues et d'adaptation à l'emploi ;
- un collège des professeurs qui propose les modalités de la formation, élabore les programmes pédagogiques et leur mise en œuvre et veille au maintien de la capacité de formation des services agréés ;

- un comité opérationnel pour l'enseignement du sauvetage au combat, chargé de l'élaboration de la doctrine d'enseignement du sauvetage au combat et de contribuer à la réalisation des supports de formation dans ce domaine.
- un comité pour la simulation dans le service de santé des armées.

La priorité donnée aux formations opérationnelles et milieux

Le SSA donne la priorité à la préparation opérationnelle et à l'acculturation des professionnels de santé à leurs milieux d'emploi : préparation militaire, connaissance du milieu militaire, des contextes géopolitiques et des doctrines opérationnelles des alliés occidentaux, maîtrise de la langue anglaise, pour favoriser l'interopérabilité et l'insertion des personnels du SSA dans les coalitions multinationales.

Les formations milieux adaptées aux emplois santé spécifiques sont délivrées par des centres de formation rattachés à l'EVDG, chargés de définir, mettre en œuvre, réaliser et évaluer des enseignements spécifiques (formations milieux) adaptés aux emplois santé terre, air, mer ou gendarmerie.

Un rapprochement de la recherche et de la formation

La recherche clinique est le lien naturel entre recherche et formation. Elle prend corps au travers d'une politique de la recherche clinique, d'une fonction juridique et réglementaire, et d'une fonction de réalisation portée dans les établissements par les praticiens cliniciens chercheurs et les assistants de recherche clinique (ARC).

Les comités pédagogiques des HIA et des CMA, en lien avec les comités recherche des établissements, ont un rôle d'incitation à la recherche clinique en sensibilisant les internes à cette activité et en leur apportant les outils et les compétences qui leur seront utiles dans le déroulement de leur parcours.

2.3.3.3. Les moyens

Ressources humaines

L'évolution profonde du modèle RH du SSA impliquée par le nouveau modèle SSA aura un impact obligatoire sur les ressources de la fonction formation, tant du point de vue quantitatif que qualitatif.

Ce cadrage met en évidence la problématique majeure du maintien des compétences nécessaires au personnel du SSA dans le cadre du contrat opérationnel : accès aux formations et entretien des compétences dans les métiers opérationnels, réorientation des missions de l'ensemble du corps enseignant, encadrement et pilotage des formations aux nouveaux métiers et pratiques de santé.

Infrastructure et matériels

Les travaux en cours de réalisation et les opérations d'acquisition de matériel spécifique déjà actées (regroupement des écoles de formation initiale sur le site de Lyon-Bron, restructuration et nouvelle répartition géographique des centres de formation opérationnelle et milieux) seront menés à leur terme, sans modification du schéma d'infrastructure établi.

Ces opérations permettront à la fonction formation de disposer d'infrastructures satisfaisantes, tout en optimisant les coûts à l'avenir. Aucun besoin supplémentaire n'est identifié à ce jour.

SIC et outils numériques

L'utilisation de nouvelles technologies dans le domaine de la formation *e-learning*, *serious games*, cours en lignes largement ouverts (MOOC), sont désormais des

éléments connus et partagés dans le monde de l'enseignement et de la formation, tandis que la simulation en santé prend une place croissante dans l'enseignement médical.

Le développement de tels outils numériques passera par des investissements ciblés sur l'enseignement numérique et la formation, en fonction des opportunités rencontrées et des perspectives de partenariats. L'étude d'opportunité et de faisabilité concernant la conception et le développement de solutions d'enseignement numérique et de *e-learning*, précèdera chaque décision d'acquisition.

Le lancement d'une véritable plateforme pédagogique numérique du SSA, représente un puissant levier d'optimisation de la fonction formation.

La réduction des coûts de déplacement induite par la délivrance de formations à distance contribuera à l'objectif de rationalisation des activités de formation du service, même si le regroupement des élèves, pour certaines formations ou certains enseignements magistraux, restera de mise pour assurer la cohésion et l'harmonisation de l'enseignement délivré.

Le développement de l'enseignement à distance offrira aux élèves un accès croisé aux dispositifs de formation initiale des deux écoles. Il facilitera la formation continue de l'ensemble des personnels en HIA, en CMA, en OPEX, embarqués et en poste outre-mer, dans le respect du dispositif de développement professionnel continu (DPC).

Enfin, l'enseignement numérique représentera un levier d'ouverture de la fonction au secteur public de santé et à l'échelle interministérielle : dématérialisation des épreuves de l'examen classant national des internes, mutualisation des actions de formation avec les acteurs de la santé publique, équivalences universitaires des formations agréées dispensées par le SSA, collaborations avec d'autres ministères (MINSAN, MESR, MININT), etc.

2.3.3.4. Le fonctionnement

La formation médicale et paramédicale initiale

Le dispositif de formation du SSA est organisé en réseau avec les partenaires universitaires du service public de santé.

L'Ecole de Santé des Armées (ESA) et l'Ecole du Val-de-Grâce (EVDG) travaillent en collaboration (en externe) avec les universités et les instituts de formation civils et bénéficient de l'appui (en interne) de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA), du Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA), des Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) et des Centres Médicaux des Armées (CMA).

L'ESA dispense aux élèves une formation militaire complémentaire destinée à les préparer à leur future carrière d'officier et sanctionnée par la délivrance du brevet de qualification opérationnelle santé des armées (QOSA), label de la Conférence des Grandes Ecoles à laquelle appartient l'ESA.

La mission de formation initiale des personnels paramédicaux de l'ESA s'articule autour de quatre axes majeurs :

- préparation à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'aide-soignant par le biais d'inscription aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) partenaires de la région Lyonnaise ;
- entretien du niveau d'instruction militaire et de condition physique ;
- formation institutionnelle destinée à préparer à l'exercice au sein des CMA ;
- formation opérationnelle destinée à se préparer à l'exercice en opération et à bénéficier au mieux des préparations spécifiques avant un départ en opération.

Les HIA assurent une mission de formation et d'enseignement :

- in situ, grâce à l'engagement pédagogique des praticiens professeurs agrégés, des praticiens certifiés et des tuteurs paramédicaux exerçant dans ces structures au sein des comités pédagogiques, instances garantes de la qualité de la formation pratique au sein des hôpitaux et devant assurer un suivi individualisé des professionnels de santé en formation ;
- hors HIA, dans le cadre des programmes d'enseignement délivrés dans les écoles du SSA par des praticiens et des paramédicaux hospitaliers ;
- hors SSA, dans le cadre de conventions passées avec les universités.

Les CMA jouent leur rôle dans la formation initiale (stage universitaire de médecine générale) et pour les internes des HIA dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale. C'est au sein des CMA que se constitue et s'entretient le vivier des maîtres de stage universitaire et des tuteurs.

L'IRBA dispense aux chercheurs du SSA (praticiens confirmés et certifiés) une formation reconnue par l'université (master et doctorat). Les chercheurs et experts de l'IRBA contribuent à un large éventail de formations (stages NRBC, maladies tropicales, médecine aéronautique, etc.), destinées à la fois aux personnels du SSA, de la défense, aux acteurs de la santé et de la sécurité civile, et ouvertes à des stagiaires et chercheurs étrangers dans le cadre d'accords de coopération.

Le CESPA participe à la formation par l'implication des professeurs de la Chaire d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées dans de nombreux enseignements (épidémiologie, gestion de crise, NRBC, méthodologie pour la Recherche Clinique, aide méthodologique aux travaux de thèses et publications scientifiques du SSA, etc.).

Le SPRA contribue à la formation NRBC des élèves de l'Ecole du Val-de-Grâce sous l'impulsion du professeur de la Chaire d'Imagerie Médicale appliquée aux armées et Risque Nucléaire issu de la filière de médecine d'armée « Hygiène nucléaire » qui y est affecté. Il intervient également dans les autres formations jusqu'au niveau master.

La formation opérationnelle et de milieu

L'EVDG conçoit, organise et pilote les activités proposées dans les centres de formation spécifique opérationnelle et « milieu » qui délivrent une formation ciblée exclusive, au profit du personnel soignant du SSA.

Le centre de formation opérationnelle Santé (CeFOS) installé au camp militaire de La Valbonne, assure la préparation opérationnelle du personnel du SSA appelé à servir dans l'armée de terre (et la gendarmerie) et les stages de mise en condition avant projection ciblés sur un théâtre. Il propose des activités de formation opérationnelle, militaire et médicale destinées aux médecins, infirmiers, auxiliaires sanitaires et ambulanciers du ministère de la défense. L'une de ces formations est sanctionnée par la délivrance d'un brevet de médecine des forces terrestres.

Le centre de formation de médecine aéronautique (CFMA) à Paris accueille le personnel destiné à servir dans les forces armées dotées d'une composante aérienne navigante (armée de l'Air, aviation légère de l'armée de terre, aviation navale). Son rôle intervient en fin de formation initiale spécialisée, ou plus tard dans la carrière en cas de mutation *de novo* dans une unité dotée de personnel navigant. Ces formations sont sanctionnées par la délivrance d'un brevet d'aptitude, label de la Conférence des Grandes Ecoles.

Le centre de formation de médecine navale (CFMN) à Toulon assure la planification, l'organisation et la délivrance de l'enseignement dans trois domaines principaux : la médecine navale, la médecine de la plongée et la médecine des sous-marins. Les stagiaires sont médecins ou infirmiers, d'active ou de réserve. Le CFMN organise une quinzaine de formations réparties dans l'année, dont les durées vont de trois jours à

trois mois. Une de ces formations est sanctionnée par la délivrance d'un brevet de médecine navale.

Le centre d'enseignement par simulation en médecine opérationnelle (CESimMO) et ses trois antennes de Paris, La Valbonne et Toulon offrent des plateformes d'enseignement destinées aux médecins et infirmiers des forces, ayant trait à l'échographie d'urgence, au sauvetage au combat et à la mise en application de cet enseignement : stage de mise en condition du blessé de guerre, médicalisation en milieu hostile MEDICHOS, etc. Le responsable pédagogique de chaque centre conçoit et propose en lien avec le Comité Opérationnel d'Enseignement au Sauvetage au Combat (COESC) les programmes de formation à la préparation opérationnelle et à la mise en condition avant projection.

L'Ecole du Val-de-Grâce coordonne les actions du CESimMO et de ses antennes, met les stagiaires en formation et assure le suivi et la maintenance du matériel pédagogique.

Le SPRA contribue à la formation des médecins et des infirmiers des sous-marins en collaboration avec l'Ecole Atomique de Cherbourg et l'ensemble des structures, HIA notamment, devant participer à la préparation de ces personnels à leur emploi opérationnel à bord des sous-marins nucléaires lanceurs d'engins ou d'attaque.

Pour répondre aux besoins de la défense, il assure notamment, pour le secteur médical et le secteur industriel, la formation de Personne Compétente en Radioprotection. Il délivre dans ce cadre un diplôme reconnu par l'Autorité de Sûreté.

La formation continue

La politique de formation du SSA s'appuie sur les pôles d'excellence des enseignements délivrés par le Service, chacun de ces pôles étant mis en correspondance avec une ou plusieurs des dix chaires d'enseignement de l'EVDG. Le cadre et le contenu de cet enseignement s'adaptent pour répondre au plus près des besoins de formation et domaines d'expertise développés par le SSA.

Les chaires sont animées par le corps des professeurs agrégés du Val-de-Grâce, chargés de l'enseignement dans leurs chaires respectives ; la coordination des enseignements dispensés et leur adéquation avec les besoins du SSA relève de la responsabilité du directeur de l'EVDG. Au nombre actuel de 10, les chaires d'enseignements feront l'objet d'un travail de rénovation en vue d'une adaptation nouvelle aux objectifs pédagogiques de la fonction formation. Dans ce contexte, devra être identifié un authentique parcours d'excellence pour la médecine des forces.

Pôles d'excellence en formation
• Prise en charge du blessé de guerre et évacuations sanitaires
• Médecine d'urgence et sauvetage au combat
• Chirurgie de guerre et en situation d'exception
• Traumatologie par explosions ou projectiles
• Psychiatrie et psychologie de crise
• Prise en charge de la menace et de crises NRBC
• Réparation et réhabilitation du blessé
• Soutien médical, sanitaire et ergonomie en ambiances extrêmes
• Hygiène, ergonomie et médecine en opérations extérieures
• Gestion des crises sanitaires et épidémies en situation opérationnelle et d'exception
• Médecine navale et de la plongée
• Médecine aéronautique

La formation aux nouveaux métiers et la réponse aux besoins des parcours professionnels

Au gré des progrès technologiques, des attentes des patients ou de la validation par les pouvoirs publics, de nouveaux métiers apparaissent. Représentant à la fois un impératif et une opportunité de valorisation de l'exercice paramédical, ces évolutions inscrites dans la loi HPST seront prises en compte dans les années à venir par le SSA. Des formations adaptées seront proposées : externalisation vers les formations civiles lorsqu'elles seront créées et complément par une formation d'adaptation à l'emploi créée et organisée par le DFPNM de l'EVDG.

L'adaptation de la formation aux parcours professionnels en cours d'élaboration sous la responsabilité de la fonction RH amènera à revoir en profondeur l'organisation des concours destinés à donner accès à des niveaux de qualification supérieurs. Consommant des ressources importantes, leur mise en œuvre doit intégrer le principe de simplification qu'il s'agisse du recrutement de cadres paramédicaux ou de l'accès aux qualifications de praticien certifié et agrégé.

Le développement attendu de parcours croisés entre HIA et CMA, en particulier pour le personnel paramédical, ainsi que l'insertion de personnel du SSA dans le service public de santé feront émerger de nouveaux besoins de formation ou, *a minima*, de nouvelles modalités de réalisation.

De nouvelles formations seront proposées, pour répondre aux besoins du Service et en parallèle aux évolutions des formations universitaires ; les évolutions de la formation à la médecine d'urgence et ses modes d'exercice sur le territoire de santé est représentatif à ce titre, de la nécessaire adaptation du SSA aux changements du monde de la santé.

Un développement des modules de formation en management favorisera l'acquisition de compétences managériales et techniques élevées tout en tenant compte des dimensions internationales et interministérielles, notamment dans le cadre des réflexions sur la formation des hauts et très hauts potentiels.

Une ouverture aux partenaires nationaux et internationaux

La volonté d'ouverture de la formation initiale et continue au service public de santé, à d'autres ministères, voire à l'international amène le SSA à élargir les modalités de dispensation de la formation :

- la formation conjointe avec des personnels d'autres ministères (intérieur, santé, enseignement supérieur et recherche) par mutualisation des offres, à l'instar de la reconnaissance par l'EVDG des filières de formation des professionnels de la BSPP ;
- un accès amélioré des professionnels de santé civils à l'offre de formation continue du SSA avec une valorisation des formations dispensées ;
- le renforcement de la coopération internationale via la mutualisation de formations avec les services de santé de l'OTAN notamment, afin d'acquérir une bonne maîtrise de la langue anglaise et de maintenir l'interopérabilité. Parallèlement, le renforcement des formations de militaires étrangers (notamment en Afrique francophone) sera repensé dans une logique de réciprocité (échange des sites de stages).

2.3.4. Les options d'évolution non retenues

La validation du principe du transfert de l'EPPA sur le site de Lyon-Bron, et l'affirmation du caractère intangible d'un recrutement *ab initio* au sein du SSA, ont *de facto* invalidé le scénario de maintien du *statu quo* à trois écoles, et celui d'une disparition des écoles de formation.

2.3.4.1. *Modèle à deux écoles recentré sur l'opérationnel*

Ce modèle décrit le maintien des deux écoles. Toutefois leur capacité de recrutement et d'accueil des élèves est restreinte. L'effort de réduction porte sur l'offre de formation universitaire et les formations d'adaptation à l'emploi, sans lien direct avec l'opérationnel. Il respecte ainsi les contraintes de la LPM, en concentrant l'essentiel de ses moyens sur la formation opérationnelle et milieu.

Ce modèle ne permet pas d'acquérir des supports actuels de formation numérique. Ainsi, les méthodes pédagogiques sont limitées à l'enseignement en simulation, en se privant des moyens de participer à l'évolution numérique de l'enseignement.

Ce modèle qui se replie sur l'essentiel, en réduisant son recrutement et en appauvrissant son catalogue des formations délivrées, n'a pas vocation à tendre vers l'excellence et l'innovation. Il n'est pas attractif pour son corps d'enseignants et ne contribue pas à la notoriété de la formation du SSA. A terme, il porte le risque de tarissement de son recrutement *ab initio*.

2.3.4.2. *Modèle à une seule école de formation*

Ce modèle repose sur la suppression d'une école et le regroupement de la formation sur un seul site (Paris ou Lyon-Bron) : la formation initiale est inchangée, la préparation opérationnelle et les formations d'adaptation à l'emploi sont maintenues et adaptées. La promotion professionnelle est rationalisée à hauteur des besoins strictement opérationnels du SSA.

Ce modèle répond aux contraintes de la LPM, par une réduction des emprises et la contraction des fonctions d'encadrement.

La fermeture du site de Paris nécessiterait une réorganisation complète de la formation opérationnelle par délégation ou dissolution/regroupement sur Bron des formations milieu : une hypothèse difficile à concrétiser sur un seul site, incompatible avec la géographie des environnements opérationnels de proximité, et incohérente avec le développement des plateformes hospitalières Nord et Sud. Cette option doit intégrer le risque de relâchement voire de disparition des partenariats universitaires parisiens dans le cadre des formations reconnues (masters, DU), avec un affaiblissement significatif de la politique d'ouverture de la fonction « formation », et une perte à terme de la notoriété et de l'image de marque du SSA.

La fermeture du site de Lyon-Bron, si elle maintient la formation opérationnelle et aux environnements milieu à son niveau d'excellence, nécessite de reconsidérer l'hébergement et le soutien logistique des élèves sur Paris (surcôt induit d'une externalisation de ces prestations), et de faire accepter l'inclusion dans les facultés parisiennes de l'effectif d'élèves actuellement supporté par l'ESA et les facultés lyonnaises.

Ce scénario dans ses deux déclinaisons met en jeu la qualité du soutien santé des forces en opération par fragilisation du recrutement (aboutissant à un vivier de personnel projetable insuffisant), ou dégradation de la qualité du personnel formé, voire les deux.

2.3.5. La mise en œuvre du nouveau modèle

2.3.5.1. Livrables

La transformation de la fonction formation est sous tendue par l'aboutissement de quatre chantiers :

- l'acquisition d'une plateforme numérique centrée sur le cœur de métier, pour que la formation du SSA soit inscrite dans l'ère de la simulation et l'enseignement à distance, en priorisant l'apprentissage hybride dans les écoles ;
- la validation de la réforme des concours et une nouvelle répartition des missions du corps professoral, pour répondre au plus près aux besoins du modèle SSA 2020 ;
- la promotion et le développement de l'enseignement de la recherche clinique ;
- l'encadrement des parcours professionnels et l'accès aux nouveaux métiers.

2.3.5.2. Échéances

La rentrée universitaire 2015 verra l'officialisation de l'existence des CESimMO, qui prendront le relai des actuels CiTERA, sans rupture de charge.

A la rentrée universitaire 2016, la première promotion d'élèves infirmiers sera accueillie à l'ESA avec inscription des élèves dans les IFSI de la région Rhône-Alpes.

Conformité du modèle retenu pour la formation aux trois enjeux du projet

Mission

Une primauté de la formation opérationnelle et milieux, délivrée en propre par le SSA, permet de répondre aux besoins des forces et assure une adaptation aux évolutions des modes et des milieux d'engagement.

Le maintien d'un recrutement *ab initio* sélectif, demeure le fondement de la cohésion du SSA.

Performance

L'adaptation du volume de recrutement initial et des métiers proposés aux stricts besoins du service permet de répondre à la contrainte RH et financière.

Le partage et les échanges concernant les formations, initiales et continues, avec le service public de santé, l'échange des catalogues de formation à l'échelle interministérielle et la promotion d'une formation à l'exercice international, contribuent à rentabiliser les investissements consentis par le Service.

Le passage à un enseignement majoritairement numérique constitue un levier de performance économique, autant qu'un outil d'ouverture et de rayonnement.

Considération

La rénovation des concours et des chaires d'enseignement, accompagne l'émergence d'une véritable filière d'excellence en médecine des forces et en soins infirmiers.

L'attention particulière portée à la formation des managers du Service consacre la considération portée à l'ensemble du personnel.

3. Les fonctions supports

3.1. Les ressources humaines

Le SSA se trouve à l'interface des mondes de la défense, de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche, tous en pleine mutation dans le domaine des ressources humaines. Ce positionnement original l'inscrit dans de multiples contraintes. L'ambition portée par le modèle SSA 2020 ajoute un élément de complexité. Ces trois tendances nécessitent :

- une évolution de la fonction ressources humaines (RH) du SSA, c'est-à-dire l'organisation de la chaîne RH ;
- une évolution du modèle RH du SSA, notamment la maîtrise des effectifs, du dépyramidage et de la masse salariale, l'organisation des parcours professionnels, le rôle de la réserve opérationnelle et la civilianisation de certains métiers.

3.1.1. Les déterminants du changement

3.1.1.1. L'évolution des RH du ministère de la défense

Le livre blanc sur la défense et la sécurité nationale pose le principe « d'une gouvernance rénovée de la gestion des ressources humaines [permettant] une meilleure maîtrise et une cohérence effective entre organisation, effectifs et masse salariale ». La loi de programmation militaire (LPM) 2014-2019 confie le pilotage de la politique RH au secrétariat général pour l'administration (SGA) et à la direction des ressources humaines (DRH) ministérielle.

La politique RH ministérielle confirme les principes inhérents à l'identité du ministère de la défense et à la spécificité de ses missions :

- mixité statutaire civile et militaire ;
- gestion de flux propres à la gestion militaire, garante du respect de l'impératif de jeunesse ;
- importance des logiques de milieu et affirmation de la logique interarmées ;
- noyau de personnel de carrière ;
- préservation de la dynamique des parcours professionnels.

Un axe fort de la politique RH ministérielle repose sur la rénovation de la gestion des RH permettant de faire face à un double défi quantitatif et qualitatif, dans un contexte de déflation et de dépyramidage, tout en garantissant le maintien de l'attractivité.

La fonction RH rénovée du Service est d'ores et déjà structurée par la mise en place de l'autorité fonctionnelle renforcée (AFR) de la DRH du ministère de la défense (DRH-MD).

En outre, la nouvelle architecture budgétaire (NAB), mise en place depuis le 1er janvier 2015, place sous la responsabilité du SGA l'ensemble des crédits du titre II (masse salariale) du ministère. Le périmètre du budget opérationnel de programme (BOP) du SSA concerne les emplois dédiés à la production de soins. A ce titre, il regroupe la masse salariale des praticiens, des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA), des volontaires du service de santé des armées (VSSA) et des paramédicaux civils, ainsi que de l'ensemble des contractuels civils du Service.

Les besoins du SSA pour les fonctions d'administration générale et de soutien commun (AGSC) sont satisfaits par d'autres gestionnaires du ministère de la défense : DRH-MD, armées, directions et services.

3.1.1.2. Les évolutions du monde de la santé

Le SSA est directement concerné par la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, définie en 2013. Il est associé à la préparation de la future loi de santé publique. Les évolutions en cours, ou attendues, dans le monde de la santé supposent la mise en œuvre de politiques RH volontaristes. La santé devra promouvoir de nouveaux métiers et compétences, principalement dans le champ de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique (accompagnement de la personne, éducation pour la santé, dépistage, vaccination, éducation thérapeutique, etc.) et dans celui des nouvelles technologies (e-santé en particulier). Les professionnels de santé devront bénéficier d'un accompagnement aux évolutions des besoins des patients et de l'organisation des soins, des techniques et des pratiques. L'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009 prévoit une augmentation des transferts de compétences pour tous les professionnels de santé.

3.1.1.3. Un modèle SSA 2020 exigeant pour ses ressources humaines

L'évolution vers le modèle SSA 2020 génère des attentes fortes en matière de gestion des ressources humaines.

La réussite de SSA 2020 repose sur la conduite d'une manœuvre RH de grande ampleur, nécessitant d'activer des dispositifs d'accompagnement et des outils de gestion adaptés pour garantir la maîtrise des effectifs, du dépyramidage et de la masse salariale.

L'acceptation de ces changements majeurs ne peut se faire sans porter une attention accrue au personnel. Cette démarche passe par l'amélioration de la condition du personnel et de la considération qui lui est apportée, en s'appuyant notamment sur les actions de la chancellerie.

Le renforcement du rôle de la réserve opérationnelle et citoyenne constitue également un axe fort.

La fonction RH du SSA se trouve ainsi confrontée à trois défis :

- satisfaire les besoins en effectifs et compétences nécessaires à la réalisation du contrat opérationnel ;
- développer les parcours professionnels susceptibles de produire les compétences techniques et managériales dont le Service aura besoin, comme de satisfaire les attentes du personnel ;
- se conformer aux orientations ministérielles.

Elle doit donc repenser son organisation afin d'instaurer une véritable relation de service avec les composantes et le personnel, pour devenir un contributeur de la performance globale du Service.

3.1.2. Les caractéristiques du modèle RH 2020

3.1.2.1. Un modèle qui réalise les effectifs et les compétences nécessaires pour répondre au contrat opérationnel

La réponse du SSA au contrat opérationnel (CO) constitue une mission intangible. Dans un contexte de déflation conséquente des effectifs du Service, la réalisation du modèle SSA 2020 nécessite de définir, de dimensionner et de gérer précisément le vivier disponible dans chaque métier et compétence participant à la réalisation du contrat opérationnel.

3.1.2.2. Un modèle RH qui permet au SSA de prendre en compte les évolutions du monde de la santé.

Il s'agit de prendre en compte l'évolution rapide des métiers de la santé pour augmenter la performance globale des structures de soins. Il faut donc identifier parmi toutes les possibilités nouvelles de transfert de compétences (telles qu'organisées par la loi HPST) ou d'actes et d'activités de soin (recommandées par la HAS) entre les différentes catégories professionnelles, celles qui apparaissent d'intérêt majeur pour le SSA. Ensuite il conviendra d'organiser les modalités d'acquisition des compétences, comme la gestion du personnel qui sera appelé à les exercer.

La mise en place de nouveaux métiers au sein du SSA fera l'objet d'une stratégie permettant de concilier les besoins exprimés par les employeurs du Service avec les contraintes opérationnelles, et la nécessité de maintenir une interopérabilité avec le secteur public de santé.

3.1.2.3. Un modèle RH qui répond aux besoins nouveaux du Service

Développer un vivier de personnels destinés à occuper des postes à responsabilités

Le SSA doit être en mesure d'identifier, dans l'ensemble des catégories professionnelles, des profils aptes à la prise de responsabilités dans les domaines technique et/ou managérial. Occuper un poste à responsabilités suppose d'avoir démontré au préalable des savoir-faire et savoir-être particuliers. Ces aptitudes doivent donc être dépistées et testées dans le cadre des parcours professionnels, et développées par des formations adaptées. L'identification et la gestion de ces hauts potentiels fait l'objet d'une procédure précise, en cours de mise en place.

Asseoir l'ouverture du Service à l'interministériel et l'international

La mobilité dans les champs ministériels (EMA, SGA, DGA, ADS) et interministériels constitue un levier majeur pour bâtir les futurs parcours professionnels du SSA, en cohérence avec sa politique d'ouverture. Elle contribue à son attractivité en augmentant les perspectives d'évolution professionnelle offertes au personnel. Elle assure une plus grande visibilité du Service et garantit son rayonnement.

La dimension de l'ouverture à l'international portée par le modèle SSA 2020 sera également prise en compte avec l'objectif de développer l'insertion de futurs managers au sein des organisations internationales, des structures de direction ou de formation des armées alliées (états-majors OTAN) ou amies (Afrique et Océanie).

Développer et promouvoir le rôle de la réserve du SSA

La réserve du SSA doit apporter un concours accru au fonctionnement des formations du Service, en particulier dans le cadre du parcours de soin du militaire et du soutien médical des opérations extérieures ou intérieures. Elle doit être aussi un levier de l'ouverture du Service vers le monde de la santé et la société civile. Ces objectifs ambitieux appellent une gestion renouvelée, volontariste et participative.

3.1.2.4. Un modèle qui prend en compte les contraintes de gestion et répond aux aspirations du personnel

Le SSA doit réaliser les déflations demandées dans le cadre de la LPM en respectant les objectifs ministériels de dépyramidage et de civilianisation.

Il doit prendre en compte les aspirations et les attentes du personnel dans la construction de son modèle. A ce titre, la gestion des RH du Service doit certes tenir compte des contraintes issues de son environnement, mais le faire autant que possible

dans le respect des situations individuelles. L'intérêt de l'institution, accomplir sa mission, rejoint ici celui des femmes et des hommes qui la composent.

3.1.3. Le modèle retenu

L'objectif de la modernisation de la fonction RH est de permettre la réalisation du modèle RH 2020 et d'assurer son adaptation en cohérence avec la progression du plan de transformation du SSA.

Pour cela le SSA doit mettre en place une gestion de ses ressources humaines :

- efficace et réactive ;
- respectant l'équilibre entre les trois acteurs que sont la chaîne RH du Service, l'employeur et le personnel ;
- simplifiée et lisible, dans ses procédures comme dans ses relations.

3.1.3.1. Les caractéristiques de la fonction RH

L'organisation

Elle doit être fondée sur une répartition plus précise des activités entre les trois domaines fonctionnels : politique et pilotage des RH, gestion des parcours professionnels et administration. Identifiant clairement les acteurs, leurs périmètres de responsabilités et les leviers d'action qui leur sont confiés (notamment en termes de droits dans les systèmes d'information) elle doit promouvoir les principes de responsabilité et de subsidiarité.

La gouvernance

La fonction RH du SSA est inscrite dans la gouvernance du Ministère de la Défense à un niveau qui lui permet d'exprimer ses besoins et ses priorités dans une perspective pluriannuelle et de renforcer le dialogue de gestion avec les autres gestionnaires du ministère.

Au sein de la direction centrale, elle développe un dialogue de gestion permanent et transparent avec les grands employeurs que sont les composantes organiques et fonctionnelles. A cet effet, elle met en place et anime une comitologie renouvelée, dont le calendrier est adapté aux besoins de l'institution et au respect du personnel.

Les activités

Au plan technique les missions de la chaîne RH restent inchangées :

- recruter, reconvertir et, en synergie avec la fonction dédiée, assurer la formation ;
- gérer les carrières, la mobilité et les parcours professionnels ;
- administrer et rémunérer ;
- veiller à la condition du personnel.

Le fonctionnement

La fonction RH renouvelée doit satisfaire, à la fois les sollicitations des acteurs ministériels, les besoins des employeurs du SSA et des administrés, qui ne doivent pas se sentir dépossédés des choix déterminants pour leur parcours au sein du Service.

Le management des RH apparaît ainsi comme une responsabilité partagée entre la fonction RH, les employeurs et les chefs d'établissements, avec lesquels doit se développer un dialogue de gestion formalisé.

Les moyens

L'originalité des métiers de la santé au sein du ministère de la défense impose que les acteurs de la fonction RH détiennent des compétences dans le domaine des ressources humaines, des métiers et techniques de la santé, comme dans celui de l'organisation et de l'emploi des forces armées partenaires du SSA. Cette véritable professionnalisation de la chaîne RH justifie la définition de véritables parcours professionnels en son sein, assortis des formations indispensables.

La réserve

Dans le modèle SSA 2020, la réserve opérationnelle continuera d'apporter les compétences non détenues ou en disponibilité insuffisante dans ces phases de transformation tant en métropole qu'en opération extérieure permettant ainsi de réaliser pleinement le contrat opérationnel dont la charge est importante pour les spécialités sensibles.

De nouvelles missions leur ont d'ores et déjà été définies et attribuées dans le cadre de la mise en œuvre du modèle. Ainsi, par exemple, des réservistes participent régulièrement à des activités de conception et de pilotage au sein de groupes de travail ou d'équipes de projet.

Afin de développer et d'entretenir ces différentes missions une politique de recrutement basée, notamment, sur une communication vers les universités, vers les organismes de formation de professions médicales et paramédicales sous forme de conférences mais aussi sur des modules de découverte du SSA. Enfin une politique de fidélisation est mise en œuvre en apportant aux réservistes des formations adaptées au milieu militaire dont certaines concourent à la validation de leur formation continue civile. Enfin une politique de reconnaissance et de récompense est mise en œuvre.

La réserve citoyenne, jusqu'ici embryonnaire dans le Service, va être développée afin de créer des réseaux d'expertises et des relais d'opinion indispensables dans le cadre de l'ouverture.

En complément de ces actions, un réseau de coordonnateurs composé de réservistes opérationnels et citoyens aura pour mission la fluidification de l'information ascendante et descendante au sein de la nouvelle organisation du service, la création et l'animation de réseaux de soins au sein des territoires de santé au profit des établissements du service. Ce réseau de coordonnateurs aura aussi pour rôle de faciliter au niveau national, régional et local les relations du service avec les organismes et les responsables de la santé civile publique ou privée

Afin de tenir ces objectifs, la réserve du SSA doit augmenter son activité (objectif fixé à 100 500 de jours d'activité – 60 400 journées réalisées en 2014) et accroître ses effectifs (objectif fixé à 3 350 réservistes opérationnels – 3050 réservistes en 2014). Ces besoins ont été portés par le délégué interministériel aux réserves au ministre de la défense.

Le SIRH

L'amélioration du SIRH, son accessibilité pour les principaux acteurs de la chaîne RH et pour les acteurs des chaînes organiques, doit être poursuivie.

3.1.3.2. Eléments de conduite et de cadencement de la transformation

La transformation s'organise autour de 3 axes majeurs :

- consolider le modèle des ressources humaines du SSA 2020 ;
- organiser la fonction RH pour mettre en œuvre ce modèle à l'horizon 2020 ;
- gérer la transformation du modèle et de la fonction, tout en assurant pendant la phase de transition les moyens RH nécessaires à la réalisation des missions et des activités cœur de métier.

3.2. Les systèmes d'information et de communication

L'évolution concerne d'une part la fonction « systèmes d'information et de communication » (SIC) et d'autre part les SIC métiers eux-mêmes.

3.2.1. Une fonction SIC métiers repensée

3.2.1.1. Des missions de la fonction SIC métiers très spécifiques

La fonction systèmes d'information et de communication (SIC) métiers permet au SSA d'assurer sa mission première de soutien opérationnel des forces en mettant à sa disposition des SIC qui contribuent à la performance des processus de soins et du parcours de santé de citoyens, militaires ou civils, en OPEX et en métropole.

La fonction a ainsi pour missions :

- de permettre la prise en charge et l'organisation du parcours de soins des militaires ;
- de renforcer, en respectant les contraintes sécuritaires imposées par le ministère de la Défense, la sécurité des systèmes face à l'importance de la cybermenace, caractérisée dans le livre blanc sur la défense nationale de 2013 ;
- de faciliter les partenariats et coopérations du SSA avec le service public de santé, conformément aux orientations du projet de service SSA 2020, dans le respect du cadre de référence et de bonnes pratiques de la DIRISI mais aussi du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé ;
- de renforcer les partenariats avec l'OTAN et les alliés internationaux, par des échanges permettant l'interopérabilité des SI nationaux et internationaux ;
- de garantir un niveau de maturité comparable aux « standards technologiques » des établissements de santé partenaires au sein des territoires, dans un souci constant de compatibilité métier et technique, et en s'adaptant aux évolutions en cours en matière de numérique ;
- d'une manière générale, de positionner les leviers SIC et numérique au service de la performance des métiers.

3.2.1.2. Un ancrage SSA incontournable

En garantissant le fonctionnement optimal des systèmes de la zone fonctionnelle santé qui, au plan d'occupation des sols des SI ministériels, est placée sous la responsabilité directe du directeur central du SSA, la fonction SIC du SSA occupe un positionnement exclusif, dont le pilotage et les compétences clés ne pourraient être totalement déléguées, sans risque fort de ne plus couvrir la totalité du champ, ni aux structures SIC ministérielles (DGSIC, DIRISI), ni à des partenaires de la santé publique (DSI ARS, GCS e-santé ou télésanté, etc.) ni à des tiers (externalisation vers des opérateurs privés). En effet, la gouvernance et le pilotage de la « zone de confiance spécifique santé », en interface permanente entre, d'une part, le monde de la défense et ses contraintes sécuritaires majeures (a fortiori dans les logiques de projection et de coopérations internationales) et, d'autre part, le monde de la santé publique, justifient la pérennisation d'une fonction performante au sein même du SSA, a minima sur les activités de gouvernance, de pilotage et de synthèse.

Il apparaît clairement qu'aucun acteur alternatif ne serait, seul, en capacité d'apporter un niveau de service optimisé aux composantes du SSA (Hôpital, Premier recours, Ravitaillement, Formation et Recherche) en s'inscrivant dans ce faisceau de contraintes et en garantissant une performance, notamment économique, dans la durée. Le positionnement choisi nécessite ainsi le maintien de compétences exclusives à même

d'assurer une gouvernance et un pilotage internalisé de la fonction SIC, sans ignorer les règles de bonne pratique et de sécurité de notre double environnement.

3.2.1.3. Des évolutions de la fonction selon deux axes

Un positionnement résolument stratégique

Dans un environnement de plus en plus contraint par le contexte économique et par le rôle prépondérant des SI dans le domaine de la santé, la fonction SIC doit s'organiser, avec les métiers, pour rester en lien avec les évolutions stratégiques et conserver son agilité. L'ambition à 2020 est d'unifier la fonction SIC en constituant une véritable Direction des Systèmes d'Information et du numérique (DSIN) nationale, prestataire de service, orientée « client bénéficiaire », et partie prenante de la stratégie du SSA, qui positionne les SIC comme levier de performance au service des métiers.

Une fonction SIC partenaire des métiers

L'ambition est donc de positionner la fonction SIC comme prestataire/partenaire des autres composantes fonctionnelles.

Il convient de définir et mettre en œuvre une nouvelle gouvernance des SIC :

- positionner la tête de chaîne SIC métiers dans les instances stratégiques centrales du SSA pour fluidifier les processus de prise de décision et leur application opérationnelle (ex : mise en place du comité stratégique SIC métiers, sur la base d'un comité ressources) ;
- travailler avec les métiers sur leurs activités pour comprendre comment les SI peuvent contribuer à créer de la valeur (et générer des gains financiers) ;
- responsabiliser les métiers sur le SI, sur le recueil, l'analyse et la priorisation des besoins fonctionnels (avec un principe de « faisabilité budgétaire »), sur l'implication de la maîtrise d'ouvrage (MOA) dans le pilotage des projets (alignement stratégique des SI) et la communication auprès des utilisateurs ;
- créer et utiliser avec les métiers une sémantique, des référentiels et des indicateurs compréhensibles par l'ensemble des acteurs pour favoriser une compréhension mutuelle ;
- mettre en place une gouvernance SIC lisible et transverse - inscrite dans le cadre des principes de gouvernance des SIC ministériels et des SIC santé - à plusieurs niveaux (stratégique, opérationnel SIC métiers, et managériale), permettant de définir, prioriser, décliner et suivre les actions SIC Métiers.

Cette nouvelle gouvernance devra :

- veiller à la réalisation de la stratégie en lien avec les métiers, les parties prenantes SIC internes à l'écosystème Défense et les parties prenantes externes (santé civile) ;
- veiller au bon fonctionnement des SIC métiers et au respect des niveaux de service contractualisés pour garantir la satisfaction des métiers ;
- piloter la performance des SIC métiers et en garantir la maîtrise, la cohérence et la sécurité aux niveaux fonctionnel, applicatif et financier ;
- arbitrer entre le faire et le faire faire, en pilotant et contrôlant les prestataires au regard d'engagements réciproques contractualisés ;
- gérer et faire évoluer les ressources et compétences de la fonction ;
- gérer l'innovation et la prospective pour faire évoluer les SIC métiers au regard des évolutions des mondes de la Défense et de la Santé.

3.2.1.4. Une organisation fonctionnelle repensée

L'analyse des processus et activités de la fonction permet d'envisager le regroupement des activités en grandes unités.

La constitution d'un socle stratégique est indispensable à la réalisation de l'ambition. Ce socle intangible est constitué de quelques emplois clés, reposant sur des profils SSA à haut niveau de compétence (directeur et directeur adjoint des SI et du numérique à double compétence santé et SI, architecte et urbaniste en charge de la structuration et de la cohérence globale des projets, officier de sécurité des SI, responsable de la performance et du contrôle de gestion, responsable de la veille et de la prospective réglementaire et technologique).

Cette tête de fonction se base sur la projection du BSICM actuel, renforcé en ressources et compétences et positionné en animation d'une filière d'excellence unifiée.

Il semble pertinent de compléter ce socle par des officiers de liaison SIC SSA, auprès de la DIRISI et, peut-être, de la DGSIC.

Le niveau opérationnel repose sur les centres de compétences Systèmes et les antennes locales.

Trois centres de compétences SI métiers pourraient ainsi être créés : SI Forces, SI Hospitalier, SIC métiers de niveau 2 (RavSan, Formation et Recherche). Ces centres de compétences sont véritablement orientés métiers (équipes mixtes, pas exclusivement composée d'informaticiens), en dialogue continu avec des interlocuteurs du métier concerné.

Les relais ou antennes locaux sont en partie mutualisés au niveau des centres de compétences et en partie locaux, pour permettre de conserver une « force de frappe locale » en soutien opérationnel de premier niveau (dépannage, assistance, remontée des problèmes, etc.) nécessaire au quotidien sur les systèmes métiers de l'ensemble des composantes.

Pour ce qui concerne l'exploitation et l'administration du socle technique, un certain nombre de fonctions sont partiellement ou totalement externalisables. C'est le cas de l'administration des systèmes dans sa partie mise à jour et administration des bases de données (la définition, le pilotage et le contrôle des règles d'administration restant à la main de la chaîne SIC du SSA) et des fonctions d'hébergement des serveurs.

Un centre de compétences dédié « Exploitation et Administration du socle technique », sera créé en lien avec les centres de compétences SI métiers, en coordination avec l'architecte et l'officier de sécurité. Principalement constitué de ressources externes au Service (prestataires), il sera néanmoins piloté par des ressources internes (quelques ETP), chargées de la cohérence d'ensemble, de la définition des règles d'administration et du contrôle de la sécurité des réseaux.

3.2.2. Des SIC performants, accélérateurs de la transformation

3.2.2.1. La typologie des SIC

A la croisée de plusieurs zones fonctionnelles, la fonction SIC du SSA soutient aujourd'hui de nombreux systèmes et son périmètre cible mérite d'être explicité. Il comprend ainsi des SIC métiers de niveau 1, de niveau 2 et des SIC « non métiers » qui n'ont pas vocation à être soutenus exclusivement par la fonction SIC métiers :

- les SIC métiers de niveau 1 sont les SI qui permettent au SSA d'exercer sa mission première. Ils gèrent des données de santé à caractère personnel et participent au processus du parcours de soins des patients. Dans le schéma d'urbanisation des SI ministériels, ils sont inscrits au cœur de la zone fonctionnelle (ZF) Santé ;
- les SIC métiers de niveau 2 sont les autres SI de santé qui ne gèrent pas directement des données de santé à caractère personnel. Il s'agit, par exemple, du

SI de pilotage médico-économique ou encore du SI RAVSAN qui appartient à la fois à la ZF Santé et la ZF Logistique ;

- les SIC « non métiers » regroupent d'autres SI utilisés par le SSA sur des processus transverses relevant, au sein du ministère, d'autres responsables de zones fonctionnelles (RZF). Ces SI sont mutualisés au niveau ministériel (SIRH, SI Achats) ou parfois au niveau interministériel (SI Finances).



Le schéma directeur des SI de la ZF Santé ne traite que des SI métiers de niveau 1 ou de niveau 2. Le support apporté par la fonction SIC métier aux SI « non métiers » ne peut être que partiel et indirect et ne peut concerner que les conditions de fonctionnement dans une zone de confiance spécifique. Les relations portant sur les évolutions de contenu fonctionnel de ces systèmes doivent, en particulier, être assurées directement par les composantes concernées auprès des RZF concernés, des maîtrises d'ouvrage (MOA) de ces SI et des centres de support associés (ex SMSIF de Tours pour le domaine RH).

3.2.2.2. Les trajectoires des SIC métiers

Les trajectoires d'évolution de chacun des SI métiers de composantes sont décrites dans les modèles de composante. Pour rappel, il s'agit :

- pour la composante hospitalière : de garantir, sécuriser et maîtriser pour l'ensemble des HIA, l'ouverture vers les systèmes d'information de santé territoriaux, régionaux ou nationaux, d'assurer l'alignement du SIH sur les ambitions du Programme «Hôpital Numérique» et d'optimiser à terme les moyens des hôpitaux ;
- pour la composante médecine des forces : d'accompagner, avec un programme CMA numérique, l'évolution des métiers, de la gouvernance et de l'organisation du nouveau réseau de centres médicaux des armées de nouvelle génération (CMA NG et CMIA) et de faciliter le pilotage de l'activité dans sa globalité (OPEX, CMA et CMIA) ;
- pour la composante ravitaillement sanitaire : de positionner le SI logistique au service de la performance de la chaîne du ravitaillement, notamment en faisant évoluer le périmètre fonctionnel dans une logique de *supply chain* intégrée permettant aussi la valorisation des productions ;
- pour la composante formation : d'accompagner l'ambition de la composante dans sa volonté de valoriser l'offre de formation du SSA et de se positionner dans le secteur de la formation numérique ;
- pour la composante recherche : d'accompagner, de soutenir et d'outiller la fonction Recherche avec un véritable SI adapté et performant.

3.3. L'infrastructure

3.3.1. Les déterminants du changement

3.3.1.1. Un parc étendu, à l'état hétérogène

Les infrastructures du Service hébergeant des activités relevant du cœur de métier doivent répondre aux normes et spécifications de la santé publique. La situation actuelle est marquée par une forte vétusté et un grand nombre d'implantations, qui rendent difficile leur entretien et constituent un frein majeur à la performance économique du Service. Si la situation est globalement satisfaisante pour les infrastructures de certaines composantes (ravitaillement sanitaire, formation et recherche), compte tenu des travaux réalisés ou en cours de réalisation, il n'en est pas de même pour les fonctions hospitalière et médecine des forces dont les infrastructures ont été conçues 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.

Sur le parc des CMA et CMIA, plus des trois quarts des sites datent d'avant 1980. Beaucoup sont dimensionnés pour répondre aux besoins d'une armée de conscrits et possèdent des secteurs d'hospitalisation ne répondant plus à aucun besoin réel.

Le parc des hôpitaux, 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.

S'agissant du ravitaillement sanitaire, les travaux de réorganisation du camp de Chateau (Orléans) avec notamment la construction d'un bâtiment d'ingénierie biomédicale permettront, en 2015, de redonner au Service sa capacité de stockage et d'exploitation de plateaux techniques projetables sophistiqués. Par ailleurs, l'état des infrastructures de la PCA et des ERSA ne nécessite pas d'investissements lourds mais une maintenance régulière et 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 en 2015 d'une infrastructure unique, neuve, incluant des plateformes destinées à l'expérimentation biomédicale et des laboratoires confinés incluant les animaleries.

Pour la formation, les infrastructures des écoles présentent un état 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.

Enfin la question de la densification du site du Val-de-Grâce par transfert d'entités de l'actuelle Direction centrale est encore à l'étude. Son impact en termes de besoins en infrastructure reste à déterminer.

3.3.1.2. Une gestion complexe des opérations d'infrastructure, sur laquelle le Service n'a pas entièrement la main

Les opérations d'investissement

Pour la programmation et le financement des opérations d'investissement (par le BOP 212-75C), deux modes de gestion des opérations sont en vigueur en fonction de la spécificité des ouvrages:

- pour les infrastructures « milieu », c'est-à-dire les installations présentant des caractères techniques spécifiques liés aux activités du service de santé (les neuf HIA, l'IRBA, la DAPSA, le CTSA, la PCA et les deux ERSA), le pilotage des opérations est à la main du SSA ;

- pour les infrastructures communes, soit tous les autres établissements du Service y compris les CMA, le pilotage des opérations sont à la main du CCoS.

Les opérations d'entretien

Les opérations d'entretien sont financées sur le titre III du BOP SSA pour les infrastructures milieu, 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) et 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.

3.3.1.3. Un besoin de financement pour la montée en puissance des CMA

Afin de diminuer ses coûts de possession, le modèle SSA s'inscrit dans la politique de rationalisation d'emprises du ministère. Sur la période 2015/2020 le Service doit assumer la montée en puissance des infrastructures de la médecine des forces, le financement en étant assuré par les économies réalisées sur la composante hospitalière.

3.3.2. La description du modèle retenu

3.3.2.1. Le concept

L'infrastructure doit être considérée comme un support physique majeur structurant le nouveau modèle du SSA. La cible 2020 est de disposer d'un parc immobilier permettant au service de remplir ses missions.

Il s'agit de :

- disposer d'emprises répondant aux normes et spécifications de la santé publique dont le respect conditionne l'obtention des agréments et certifications ;
- de disposer d'emprises adaptées aux nouveaux besoins techniques, fonctionnels et capacitaires ;
- de connaître avec précision l'état du parc immobilier ;
- d'élaborer des schémas directeurs d'infrastructure, d'en piloter l'exécution et de retrouver une meilleure maîtrise des investissements.

Il s'agira de s'assurer que les ressources permettant le financement de ces infrastructures restent pérennes dans la durée de la LPM et que les adaptations nécessaires, notamment liées au changement de modèle hospitalier, puissent être réalisées dans de bonnes conditions et s'inscrivent bien dans une démarche d'optimisation des coûts de fonctionnement des structures, notamment en termes de rationalisation du parc immobilier et de recherche de mutualisations.

3.3.2.2. L'organisation

Le bureau patrimoine immobilier (PIM) a en charge l'accompagnement de la mise en œuvre du nouveau modèle du SSA sur le plan de l'infrastructure et de la maîtrise des risques.

Conseiller du commandement pour les questions de patrimoine immobilier, l'enjeu primordial du bureau consiste à garantir au service la disponibilité d'un parc immobilier, indispensable à l'exécution de ses missions et d'obtenir les financements nécessaires.

La mise en œuvre du nouveau modèle de Service, se traduit, à travers la création de deux programmes d'infrastructure, par des liens renforcés à la fois avec la Direction de la mémoire, du patrimoine et des archives (DMPA), l'Etat-major des armées (EMA) sur

les aspects capacitaires et financiers ainsi qu'avec la Direction centrale du service d'infrastructure de la défense (DCSID) et ses établissements afin d'élaborer les documents constitutifs des programmes d'infrastructure et réaliser la transformation des établissements du Service.

Par ailleurs, afin de répondre à l'évolution domaniale des établissements du SSA, une concertation étroite avec les services de la DMPA est établie, tant pour la mise en œuvre des partenariats souhaités que des conséquences prévisibles sur les schémas directeurs immobiliers.

Une vigilance particulière en matière de maîtrise des risques (santé et sécurité au travail, incendie, environnement) sera développée compte tenu de l'importance de l'évolution de l'infrastructure des établissements dans le cadre du modèle 2020.

3.3.2.3. Les moyens

Ressources humaines

L'effectif du bureau devrait s'accroître avec l'affectation d'un ingénieur militaire de l'infrastructure de la défense afin de renforcer les compétences de maîtrise d'ouvrage et de favoriser les interfaces avec le SID.

Moyens financiers

Les besoins sur la sphère hospitalière diminuent fortement compte tenu de la fermeture programmée de l'HIA Val-de-Grâce impliquant la suppression de l'opération de mise aux normes prévue et de la limitation des travaux sur les HIA hors plateforme aux aspects sécuritaires ainsi qu'à des adaptations requises par la mise en œuvre de leurs projets d'établissements après validation de ceux-ci, en accord avec leurs partenaires .

Pour les hôpitaux des plateformes, la programmation des opérations est maintenue sauf pour certaines opérations particulières qui pourraient nécessiter des ajustements pour tenir compte du nouveau modèle. Ainsi, des opérations majeures comme celles initiées sur l'HIA Laveran (service des urgences) ou sur l'HIA Bégin (Bégin rénové) vont naturellement être poursuivies et achevées sans modification de délai et de périmètre. Seront également conduits des travaux indispensables au recentrage d'activité et au transfert de certaines activités du VdG au sein de la plateforme parisienne (ainsi, sur l'HIA Percy, reconstitution d'une capacité d'hospitalisation, nouveau plateau de chirurgie ambulatoire, extension du service d'USIC et du service d'accueil des urgences) et à l'adaptation de certaines activités des HIA Laveran et Sainte Anne.

Concernant la fonction médecine des forces, le besoin augmente pour tenir compte des adaptations nécessaires à la création des CMA NG, au regroupement d'implantations et à la mise aux normes techniques et médicales des CMA les plus critiques. Le principe retenu est le maintien des opérations programmées dans la mesure où elles ne sont pas remises en cause par les projets d'établissement. L'engagement en 2015 des travaux du CMA de Varcès s'inscrit ainsi dans cette dynamique.

3.3.2.4. Le fonctionnement

Le programme d'infrastructure (PI) « restructuration du SSA », créé en décembre 2013, a été scindé en 2 PI : l'un pour la fonction hospitalière, l'autre pour la fonction médecine des forces. Ces deux PI comprennent à la fois les travaux nécessaires à la mise à niveau technique des hôpitaux et des CMA et ceux liés à l'adaptation fonctionnelle et capacitaire qui doit accompagner la transformation du SSA. Ces derniers seront déterminés conformément au nouveau modèle de Service validé par le ministre en décembre 2014 et de sa déclinaison dans les projets d'établissement.

3.3.3. La mise en œuvre

3.3.3.1. L'élaboration de deux schémas directeurs d'infrastructure en 2015

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) en 2015. 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. Les SDI finalisés serviront de base à la construction des deux programmes d'infrastructure « restructuration du SSA–fonction hospitalière » et « restructuration du SSA – fonction médecine des forces » du SSA, outils de gestion et de suivi de la mise en œuvre de la composante infrastructure du projet de service.

L'élaboration du schéma directeur infrastructure des HIA se basera sur les audits techniques menés au sein des HIA et sur les projets des établissements hospitaliers. La mise en cohérence des impératifs liés au déploiement de nouvelles activités ou non et ceux liés aux normes et à la réglementation doit aboutir à un schéma directeur infrastructure d'établissement dont l'agrégation conduira à la création du SDI des HIA qui constituera l'ossature du programme d'infrastructure « fonction hospitalière ». A partir de l'identification des besoins fonctionnels et d'adaptation capacitaires définis dans les projets d'établissement validés et de l'état des lieux initial, une expression initiale du besoin sera établie pour chacun des établissements avec l'appui des unités de soutien du service d'infrastructure de la défense.

S'agissant du schéma directeur infrastructure des CMA, la méthodologie employée pour les CMA sera similaire à celle pour les HIA. Le SDI se basera sur les projets d'établissement des CMA et sur les audits techniques, et constituera l'ossature du programme d'infrastructure « restructuration du SSA–fonction médecine des forces ».

3.3.3.2. L'accompagnement de la transformation du SSA

La transformation hospitalière va induire de questions de domanialité essentiellement pour les HIA hors plateforme. En effet, certains projets comportent l'accueil de structures hospitalières civiles au sein de bâtiments relevant de ces établissements. Dans certains cas, des travaux d'infrastructures seront nécessaires pour leur adaptation à de nouvelles activités. Financés par les établissements civils partenaires, ces derniers devront bénéficier d'une garantie d'exploitation durable. Si l'installation d'une petite unité du CHR Metz-Thionville a déjà pu être réalisée dans des locaux de l'HIA Legouest, les conditions d'un transfert d'un établissement complet des Hospices Civils de Lyon à l'HIA Desgenettes devront faire l'objet d'une expertise détaillée en collaboration avec la DMPA.

De même, la mise en place des CMA NG ainsi que la reconfiguration du réseau des antennes va imposer des travaux d'infrastructure importants, à un degré dépassant nettement ce qui a été effectué jusqu'à présent. Représentant l'application du principe de rééquilibrage à l'infrastructure, principe déjà mis en œuvre en matière de ressources humaines et d'équipements, les moyens libérés par l'annulation de travaux dans le domaine hospitaliers seront directement réaffectés à la mise à niveau des installations affectées à la pratique de premier recours. Cette évolution des installations de la médecine des forces devra être adaptée au nouveau projet médical de la médecine des forces et permettre le développement des nouvelles activités qu'il comporte.

3.4. Les finances

3.4.1. Les invariants

3.4.1.1. Garantir le triple rôle de la fonction finances

Dans toute structure, la fonction finance joue un rôle opérationnel, fonctionnel et politique :

- le rôle opérationnel consiste à gérer les ressources (identification et encaissement des créances, paiement des fournisseurs, gestion de la trésorerie) ;
- le rôle fonctionnel vise à assurer la diffusion d'informations nécessaires à la gestion et à apporter une assistance technique aux autres composantes ;
- le rôle politique éclaire les choix du décideur par une vision financière prospective.

Chacun de ces objectifs doit naturellement être garanti dans le modèle SSA 2020.

3.4.1.2. Garantir lisibilité et efficience

A travers cette triple mission, l'organisation financière doit permettre d'améliorer la performance économique du service et la soutenabilité budgétaire du BOP SSA. Elle doit donc être lisible, efficiente et conforme aux orientations de l'autorité financière renforcée (AFR) ministérielle, la direction des affaires financières du ministère de la Défense.

3.4.2. Les déterminants du changement

3.4.2.1. Une fonction finance éclatée entre plusieurs acteurs

La fonction finance au sein du SSA est très éclatée sur le plan organique, rendant difficile une mise en cohérence globale de la soutenabilité budgétaire et ne favorisant pas la subsidiarité (gestion du BOP scindée en deux bureaux relevant de chaînes différentes, fonctions budgétaires et d'exécution financière non séparées, responsable fonctionnel de la gestion du BOP subordonné organiquement à un responsable d'UO).

En outre, l'organisation actuelle de la DCSSA ne favorise pas la transversalité, la division « Performance Synthèse » (DPS) ne disposant pas des leviers organiques lui permettant d'avoir une vision globale de l'ensemble des ressources et des besoins du service (charges de personnels, fonctionnement, équipements, infrastructure).

3.4.2.2. Une efficience économique perfectible

Comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport public de 2010, les HIA sont en déséquilibre financier structurel. Les ressources permettant au SSA de financer la mise en œuvre de son modèle doivent donc être appréhendées dans le cadre d'un modèle économique largement modifié dans ses deux dimensions principales : l'augmentation des produits et la maîtrise des charges.

Le financement du service reposera moins sur des ressources hospitalières et plus sur des ressources diversifiées, liés en particulier à la nouvelle posture du SSA, acteur du service public de santé, et une meilleure valorisation des productions du service : produits de cessions pharmaceutiques, produits de recherche, formations, propriété intellectuelle. Il conviendra également de s'assurer de la maîtrise des coûts par un développement accru du contrôle de gestion et le déploiement d'une comptabilité analytique fiable.

3.4.2.3. Une soutenabilité budgétaire à conforter

La soutenabilité budgétaire du BOP SSA, c'est-à-dire l'adéquation de ses projets de dépenses (se traduisant par des engagements) aux droits de paiement qui lui sont

ouverts ou qui sont susceptibles de lui être alloués, s'est améliorée en 2014 mais reste à consolider. Rechercher une étroite concordance entre programmation des crédits et exécution des dépenses imposera d'une part de fluidifier le dialogue budgétaire en vue d'élaborer une programmation basée sur un contenu physico financier et d'autre part, d'optimiser la chaîne d'exécution de la dépense afin de consommer les ressources attribuées (notamment par le règlement des factures dans les délais de paiement règlementaires).

La soutenabilité budgétaire doit aussi être assurée par une amélioration de la qualité comptable et le déploiement d'un dispositif de contrôle interne budgétaire (CIB) performant, reposant sur une cartographie des risques, la réalisation de contrôles adaptés, l'amélioration de la qualité des imputations budgétaires. Dans le respect des orientations ministérielles, un rapprochement du CIB et du contrôle interne comptable sera recherché.

3.4.3. Le modèle retenu

3.4.3.1. Une réorganisation de la gouvernance financière

Les faiblesses de la gouvernance financière actuelle doivent être corrigées de façon à faciliter la prise de décision et les arbitrages, tout en intégrant les chantiers de réforme ministérielle en cours et en répondant aux recommandations émises par le C2A dans le cadre de son audit de 2014 sur le BOP SSA. L'organisation financière devra également intégrer les modifications de gouvernance centrale induites par le modèle SSA 2020.

Plusieurs éléments sont ainsi à prendre en considération :

- une gouvernance rénovée avec une structure centrale recentrée sur les fonctions de conception et de régulation, et des structures déconcentrées devant disposer d'une autonomie propre à améliorer leur efficacité ;
- une prégnance de la filière ministérielle financière avec une AFR finance qui constitue une obligation (travaux ARAMIS) mais impose également de veiller à une cohérence des rôles opérationnel, fonctionnel et politique ;
- une forte contrainte financière nécessitant une maîtrise des flux financiers et une capacité à réaliser des économies structurelles.

3.4.3.2. Une centrale d'achat aux meilleurs standards du ministère

Le SSA devra disposer à horizon 2020 d'une fonction achat professionnalisée, qui contribue pleinement et efficacement à l'optimisation de sa performance économique (maîtrise des charges), technique (accès rapide aux dernières évolutions techniques) et opérationnelle (réactivité et autonomie des acquisitions en lien avec le contrat opérationnel).

L'objectif est de garantir la pertinence économique de chacun des achats réalisés par le Service : acheter ce qui est strictement nécessaire (« le juste besoin ») au meilleur prix du marché (« le juste prix ») dans des délais acceptables par les bénéficiaires et les exigences du contrat opérationnel.

La centrale d'achat du SSA devra atteindre un niveau de maturité et d'expertise achat qui corresponde aux meilleurs standards du ministère. Elle devra notamment être reconnue comme un acteur légitime de l'achat santé en ayant développé des partenariats solides, être en capacité de devenir la centrale d'achat santé interministérielle, être le moteur principal des réseaux d'achat du Service qui se structureront et fonctionneront par rapport à elle.

Il s'agira d'atteindre à court terme le niveau 4 de la matrice de maturité des achats et pour cela de disposer de réseaux d'achat redynamisés et mieux structurés tout en identifiant une politique de formation « achat » pour le SSA adaptée au profit de la filière

professionnelle achat du Service mais aussi en direction des autres acteurs du processus achat (prescripteurs, utilisateurs).

A l'horizon 2017, la dématérialisation du processus achat sera un facteur fondamental de la réduction des coûts de la fonction achat. Cette optimisation est à mettre en parallèle avec la dématérialisation plus globale de la fonction achat/finances.

3.4.3.3. Une politique des investissements techniques au service du contrat opérationnel

Le SSA devra mettre en place d'ici 2017 une gouvernance et un pilotage des investissements techniques lui permettant de disposer du niveau d'équipements qui lui garantisse à la fois la capacité à remplir son contrat opérationnel (plan d'équipement opérationnel) et à assurer l'ensemble des autres missions « cœur de métier » (plan d'équipement des établissements, annuel et schéma directeur des équipements, pluriannuel) en prenant en compte la sécurité des patients, le risque sanitaire, les évolutions technologiques, l'impact sur l'activité et les recettes hospitalières.

Pour cela, il est nécessaire de repenser l'organisation de la filière achat des équipements afin de garantir la bonne réalisation du plan de charge annuel d'équipements. La recherche d'alternative à l'achat (location avec maintenance comprise, *leasing*) sera étudiée et les décisions d'investissement devront être basées sur des études médico-économiques et une juste mesure de la rentabilité, au-delà de la stricte utilisation à des fins opérationnelles.

Les outils nécessaires à l'élaboration de ces études médico-économiques devront être élaborés et les partenariats possibles, notamment ceux offerts par la loi HPST et ceux préfigurés dans la future loi de santé publique (GHT), seront étudiés. Le principe de concentration des moyens sur la mission princeps constitue donc, à l'appui de cette démarche, une réelle opportunité.

3.4.3.4. Une gestion comptable et logistique des installations techniques

Il est impératif de consolider la connaissance exhaustive de la réalité physique du patrimoine technique du Service et sa fiabilité. Il s'agira de définir une méthode rigoureuse pour déterminer les modalités de comptabilisation des immobilisations du SSA et de consolider les opérations de mise en cohérence des données comptables et logistiques en veillant à l'exhaustivité des dossiers de matériels immobilisés et à la fiabilisation, dans chaque établissement, des enregistrements dans les systèmes d'information logistiques et Chorus.

3.4.4. La mise en œuvre du nouveau modèle

Afin de prendre en compte la nouvelle architecture budgétaire ministérielle de pilotage de la masse salariale depuis le 1^{er} janvier 2015, les contraintes propres au SSA que représentent la dissociation sur deux sites de la Direction centrale à compter de septembre 2015 et la réflexion sur la nouvelle gouvernance à Balard, l'évolution de la fonction finance se conduira en deux étapes : une première, à compter du 1^{er} janvier 2015 et une deuxième, à horizon 2017, compatible avec les délais réglementaires de réorganisation du Service.

3.4.4.1. Des évolutions réalisées en 2015

Une réorganisation a été mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2015, qui permet une gouvernance financière plus lisible et un processus budgétaire annuel unifié : distinction entre « gestion budgétaire » et « exécution financière » ; rapprochement des démarches de contrôle interne budgétaire et comptable de 2^{ème} niveau dans deux bureaux relevant d'une même sous-direction ; élargissement des missions du bureau « programmation

des ressources » afin de disposer d'une vision synthétique des ressources tous titres du Service.

Cette évolution permet de donner au directeur central une vision synthétique des ressources globales du Service et confiée à deux sous-directions (« appui à l'activité » et « ressources humaines ») le pilotage annuel de ces ressources avec des processus (budgétaire, contrôle interne) unifiés. Elle se rapproche de l'organisation en vigueur à l'EMA, même si, à ce stade, la programmation et la gestion annuelle au SSA relèvent de deux autorités différentes.

3.4.4.2. 2017 : des orientations connues ; une organisation à préciser

Les aménagements mis en place en 2015 améliorent la fonction Finances sans créer de nouvelle structure et sans augmenter les effectifs mais ne sont qu'une étape vers la mise en place en 2017 d'une fonction financière efficiente et optimisée.

Les grands principes de cette future organisation sont connus : un responsable fonctionnel du BOP SSA Finances rattaché à une autorité indépendante des entités « métiers » ; une architecture budgétaire (BOP/UO) lisible et règlementairement conforme ; un rattachement organique et fonctionnel cohérent de la plateforme achat finance santé (PFAF) ; une déconcentration des activités comptables de premier niveau de la DCSSA vers la PFAF.

Cette cible ne peut toutefois être définie précisément aujourd'hui : d'une part, elle reste conditionnée par la nouvelle gouvernance 2017 du SSA, avec notamment la mise en place de directions opérationnelles déconcentrées dotées d'une responsabilité budgétaire ; d'autre part, elle devra tenir compte du retour d'expérience qui sera mené courant 2016 après quelques mois de fonctionnement en mode Balard de la direction centrale.

4. La gouvernance de l'administration centrale

4.1. Rappel du contexte

4.1.1. Les travaux de révision générale des politiques publiques

En décembre 2007, dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), le chef de l'Etat a donné son accord au projet de regroupement, sur un site unique (Balard), de l'ensemble des états-majors et de l'administration centrale du ministère de la Défense. La direction centrale du service de santé des armées a été associée à ce mouvement et a entrepris dès 2008 une démarche ambitieuse de transformation tournée vers une meilleure réponse aux besoins des forces armées, réaffirmant son ancrage militaire. Dans ce cadre, le Service a procédé à une refondation de sa gouvernance dont les conclusions ont abouti fin 2012 à la publication puis à la mise en œuvre du nouvel arrêté portant organisation du service de santé des armées⁴.

4.1.2. Les programmes ministériels de modernisation et de simplification

En décembre 2012, dans le cadre de la modernisation de l'action publique, le Premier ministre a demandé de travailler sur les évaluations des politiques publiques et l'élaboration des programmes ministériels de modernisation et de simplification (PMMS). L'accent était mis sur la redéfinition du rôle, des moyens et de l'organisation des administrations centrales et déconcentrées ainsi que sur la simplification de la gouvernance de ces structures.

Au niveau du ministère de la Défense, le ministre a souhaité que chaque grande entité soit recentrée sur son cœur de métier dont elle serait pleinement responsable, en supprimant toutes les redondances, en simplifiant la chaîne des soutiens. Ce mouvement de simplification doit également se traduire par une diminution des effectifs centraux et des états-majors, ainsi que par un dépyramidage. Ainsi, les travaux engagés doivent aboutir à recentrer le plus possible les administrations centrales sur un rôle de conception, d'orientation, d'animation, d'évaluation, de contrôle et de pilotage.

Pour ce qui concerne le service de santé des armées, l'entrée dans Balard et la nouvelle organisation du commandement des armées doivent être considérées comme une réelle opportunité de finaliser, après deux années de fonctionnement selon sa nouvelle organisation, la révision de sa gouvernance et de l'organisation de son échelon central.

Aussi, au-delà des principes d'organisation et de fonctionnement dès à présent retenus, la DCSSA envisage de faire évoluer cette organisation en tenant compte des contraintes liées à l'agenda ministériel de rassemblement sur le site de Balard et des premiers mois de fonctionnement sur ce site. La migration sur Balard s'accompagnera de nouvelles relations avec les armées, directions et services, dont notamment leurs états-majors, qui, si une bonne partie a été étudiée dans le cadre des travaux sur le haut commandement des armées, modifieront néanmoins sensiblement le fonctionnement de l'administration centrale. La DCSSA se donne ainsi jusqu'en juin 2017 pour finaliser son schéma organisationnel cible.

⁴ Arrêté du 9 novembre 2012 portant organisation du service de santé des armées (JORF du 27 novembre 2012).

4.2. Etat des lieux

4.2.1. Organisation actuelle de la DCSSA

Le service de santé des armées 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 publique.

La direction centrale, auparavant déployée sur le site de Vincennes, a rejoint le pôle ministériel de Balard en septembre 2015 dans un format réduit (70 personnes dont une vingtaine pour l'état-major opérationnel santé [EMO-S]).

Afin de se préparer à cette insertion, le Service avait repensé entièrement, dès novembre 2012, la gouvernance et l'organisation de son échelon central en le scindant en deux échelons distincts : l'un 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'autre chargé des fonctionnalités indispensables aux cinq composantes du SSA, qui resteront localisées sur le site de Vincennes.

Ainsi, dans l'organisation initialement retenue, le directeur central (DC) s'appuie sur un directeur central adjoint (DCA) et quatre adjoints spécialisés veillant 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 : « Offre de soins et expertise », « Emploi », « Ressources spécialisées », « Personnel et écoles ».

Le DCA dispose de la division « Performance, synthèse » (DPS) et garantit la cohérence du fonctionnement de la DCSSA, en liaison avec les quatre adjoints au DC (AAD). La DPS est en charge de l'animation et de la préparation des éléments de politique générale et de stratégie, du suivi des décisions du DC, de la programmation des ressources et du pilotage de la performance du Service.

L'individualisation d'un état-major opérationnel santé (EMO-S) en charge de la planification et de la conduite du soutien médical des opérations extérieures et des missions intérieures, renforce l'intégration du SSA dans la dynamique opérationnelle interarmées.

4.2.2. Les limites de l'organisation et du fonctionnement actuels

L'analyse de l'organisation de la direction centrale actuelle mise en œuvre depuis deux ans, s'est basée sur un audit réalisé dans le cadre de son accompagnement managérial et sur une série d'entretiens réalisés auprès des adjoints au directeur central et sous-directeurs (SD). Il ressort de ce retour d'expérience et de cette analyse certaines limites d'organisation et de fonctionnement qu'il importe de corriger.

Tout d'abord, la création des postes d'adjoints au directeur central a conduit à mettre en place un échelon hiérarchique supplémentaire qui n'a pas clarifié le circuit décisionnel et les responsabilités des acteurs. Du point de vue des établissements, la chaîne hiérarchique s'est complexifiée et allongée et le manque de transversalité qui était déjà connu ne s'est pas amélioré, le rattachement organique des sous-directions aux adjoints jouant en défaveur de la transversalité entre les sous-directions.

Ensuite, certains enjeux majeurs n'ont pas été portés au meilleur niveau possible. Ainsi, le Service a pu regretter un manque certain d'une vision opérationnelle globale du fait du portage de cette dimension par une seule sous-direction alors qu'elle implique l'ensemble du Service. Les sciences et les techniques de la santé n'ont pu être prises en compte de la meilleure façon du fait d'un relatif éparpillement des fonctions chargées de les porter. Si la connaissance du champ de la santé publique s'est améliorée, elle doit

être encore perfectionnée à tous les niveaux étant donné qu'elle va déterminer les grands axes de l'action scientifique et technique du Service. De même, le parcours de santé, priorité du projet SSA 2020, doit être porté par des acteurs mieux positionnés au sein de la direction centrale.

Enfin, le pilotage des deux dimensions « performance » et « transformation » a été réalisé dans des conditions délicates du fait du nombre d'acteurs impliqués. Ces fonctions doivent être regroupées au sein de la division « performance, synthèse ».

4.3. Modèle retenu

Le modèle retenu pour la nouvelle gouvernance du service consiste tout d'abord à recentrer l'administration centrale sur ses fonctions de direction, de conception, d'animation, de contrôle et de pilotage. L'administration centrale sera tournée vers le niveau stratégique et assurera l'interface avec le niveau ministériel, interministériel et international.

Ainsi, les enjeux majeurs seront portés par des autorités de coordination afin de gagner en réactivité et en transversalité. La division « performance, synthèse » verra son organisation et son fonctionnement modifiés et renforcés avec la mise en place de deux officiers généraux chargés respectivement de la transformation et de la performance. La comitologie prendra en compte les nouveaux acteurs et attachera une importance toute particulière à la démarche stratégique qui devra être menée de manière collégiale.

Ensuite, le modèle vise à déconcentrer. Sans brûler les étapes et en se donnant le temps nécessaire au rodage du fonctionnement en mode « Balard », le regroupement, à terme, des fonctions de production et des fonctions supports au sein de quelques grandes entités avec changement de rattachement des établissements sera entrepris. Dans le même temps, les fonctions de gestion seront transférées dans des directions déconcentrées chargées de la mise en œuvre. Les directions déconcentrées contribueront toutefois à l'élaboration de la politique sur leur domaine et participeront à la coordination ou à la mise en œuvre de cette politique.

Enfin, le modèle visera à sécuriser la mise en œuvre de SSA 2020 en prenant en considération l'ensemble des acteurs du Service et en mettant en œuvre une stratégie de communication adaptée.

4.3.1. Gagner en réactivité et en transversalité

Ce gain sera réalisé en recentrant et en professionnalisant l'échelon central sur les fonctions de direction, d'animation, de conception, de contrôle et de pilotage.

4.3.1.1. Faire porter les enjeux majeurs par des autorités de coordination

Ces enjeux majeurs portent tout particulièrement sur les risques identifiés et/ou émergents auxquels la communauté de défense est soumise.

Les dimensions « sciences et techniques de la santé », « soutien santé opérationnel » et « parcours de santé et offre de soins » correspondent à l'identité du service : soignants et militaires. Elles portent deux des enjeux définis dans le projet de service : la performance technique et la performance opérationnelle.

Tout d'abord, la mission du Service est le soutien médical des forces au sein duquel le soutien médical des opérations représente la raison d'être du SSA. La performance médicale opérationnelle garantit aux armées un soutien médical cohérent avant, pendant et après leur engagement permettant une prise en charge optimale des blessés et des malades militaires.

Ensuite, la performance technique est une condition nécessaire au maintien et à la consolidation d'une relation de confiance entre les armées et le service de santé, prestataire majeur, voire exclusif du soutien médical des forces.

Enfin, des nécessités nouvelles sont apparues, liées en particulier au développement des axes du projet de service (politique de santé publique, orientation des activités hospitalières et de premier recours, parcours de soins, coordination des efforts, harmonisation des processus, cohérence des actions) qui demandent à être coordonnées par un acteur chargé du parcours de santé et de l'offre de soins.

Ces trois dimensions sont portées par des autorités de coordination qui œuvrent en pleine synergie et partagent une même équipe de soutien.

L'autorité de coordination « Soutien santé opérationnel »

Afin de délivrer une vision claire de l'engagement opérationnel du Service et de son aptitude à répondre aux défis opérationnels de demain, il apparaît nécessaire de localiser dans la nouvelle gouvernance, en commençant dès l'entrée à Balard, un référent en matière de soutien médical opérationnel chargé de porter cet enjeu : l'autorité de coordination « soutien santé opérationnel ». Cette autorité contribue à assurer la préparation de l'avenir en matière capacitaire, participe à l'élaboration des orientations doctrinales du soutien médical des opérations extérieures et des missions intérieures, suit la préparation opérationnelle, s'assure de la mise en œuvre des bonnes pratiques médicales ainsi que du respect des contraintes éthiques et juridiques en opération et prend en compte les éléments du retour d'expérience. Elle doit veiller à maintenir à un niveau d'excellence le soutien santé opérationnel des forces armées. A ce titre, elle apporte un conseil sur tout sujet relatif au soutien médical des opérations, répond aux demandes d'études et de synthèse dans ce domaine et assure la transversalité des dossiers relatifs au soutien médical opérationnel en fédérant et pilotant les différentes expertises. L'autorité de coordination « soutien santé opérationnel » garantit au directeur central que les grands dossiers de son domaine d'activité sont pris en compte dans leur globalité et gérés efficacement. Elle est donc responsable devant lui et lui rend compte, directement, du pilotage stratégique de ces dossiers d'intérêt majeur traitant du soutien médical opérationnel et de la qualité des soins en opération. Elle est par ailleurs en interactions privilégiées avec l'EMA et les états-majors d'armées.

Pour cette mission, l'autorité de coordination « soutien santé opérationnel » s'appuie sur un réseau d'experts du SSA (consultants nationaux, référents techniques, référents « milieux », autres experts). Elle doit pouvoir aborder toutes les entités, bureaux et sous-directions et appuyer son action en particulier sur les bureaux « cohérence capacitaire opérationnelle » (SD PC), « expertise des risques sanitaires » (SD PC), « coopérations internationales » (SD PC), « politique hospitalière » (SD HR), « parcours de soins » (SD HR), « politique des approvisionnements en produits de santé » (SD AA) ainsi que sur l'EMO Santé.

L'autorité de coordination « Sciences et techniques de la santé »

La performance technique 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 pour ce qui concerne les hôpitaux. 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.

Le service de santé des armées est un service dont les dimensions scientifiques et techniques sont essentielles et doivent être portées par un référent : l'autorité de coordination « sciences et techniques de la santé ». La création de ce poste d'autorité traduit ainsi la volonté de maintenir une forte expertise scientifique et technique au regard de la prégnance des normes civiles tant techniques qu'administratives qui demandent un renforcement des fonctions chargées de porter ces normes. Il répond à la prise en compte des dimensions transverses non assurées par les différentes fonctions.

Cette autorité de coordination porte une réelle dimension de santé publique au niveau de la collectivité militaire. Elle rend compte de l'état de santé de la population soutenue, particulièrement au regard des risques spécifiques auxquels elle est exposée, non seulement en opération mais également du fait du service et des activités non opérationnelles ou encore des conditions de vie spécifiques du milieu militaire.

L'autorité de coordination « sciences et techniques de la santé » donne au directeur central, « l'assurance raisonnable » que les grands dossiers de cette sphère d'activité sont pris en compte et gérés efficacement. Elle est donc responsable devant lui et lui rend compte du pilotage stratégique de ces dossiers d'intérêt majeur traitant de l'expertise scientifique et/ou technique, et du projet médical du Service. Elle doit garantir l'adéquation entre le besoin de santé de la population soutenue et le projet médical et scientifique du SSA. C'est l'équivalent d'un directeur général de la santé.

Elle est le référent en matière de sciences et de techniques liées à la santé de la communauté militaire dont elle promeut, oriente et coordonne l'expertise. Elle apporte un conseil sur tout sujet scientifique ou relatif à l'évolution des techniques relevant du domaine de la santé, répond aux demandes d'études et de synthèse dans le champ scientifique et/ou technique, assure la transversalité des dossiers scientifiques et/ou techniques en fédérant et pilotant les différentes expertises, conseille le comité stratégique sur les choix politiques et stratégiques dans ces domaines et pilote le déploiement des projets.

Elle contribue, avec l'autorité de coordination « parcours de santé et offre de soins » (cf. infra), à l'élaboration des politiques. Elle doit être en mesure de conseiller les professionnels de santé du SSA et les états-majors sur les questions relevant de l'expertise en sciences et techniques de la santé dans le domaine médical (premier recours, hospitalier ou de recherche). En matière de recherche, elle doit être en mesure d'orienter la politique de recherche du SSA dans l'optique de répondre aux besoins des forces, de veiller à son application et à la mise en conformité des activités de recherche. Elle doit fédérer et orienter les expertises du SSA.

Pour ce faire, elle anime le réseau d'experts du SSA (titulaires de chaires, consultants nationaux, référents techniques dans les domaines médical et scientifique, autres experts). Les fonctionnalités prises en charge par les bureaux (SD PC) qui se sont substitués au bureau « études et expertise scientifique » lui sont également utiles de même que celles du bureau « politique de recherche » (SD HR) ou encore du bureau « expertise des risques sanitaires » (SD PC).

L'autorité de coordination « Parcours de santé et offre de soins »

Cette autorité est en charge, au niveau stratégique (Balard) de la mise en œuvre adaptée et coordonnée de l'ensemble des prestataires de « soins » au sens large, incluant le dimensionnement capacitaire, organisationnel, gouvernance, etc. C'est l'équivalent d'un directeur général de l'offre de soins.

Le Service de santé doit apporter aux armées l'assurance que l'ensemble de la communauté de défense dispose d'une prise en charge médicale de qualité dans le cadre d'un parcours coordonné, ouvert sur le territoire de santé. Ainsi, l'autorité de coordination « parcours de santé et offre de soins » doit étudier l'évolution de l'environnement « Défense et Santé » du Service, estimer les besoins militaires et civils,

analyser l'adéquation de l'offre de soins proposée par le SSA, en cohérence avec les projets établis par les autorités régionales de santé et faire toutes propositions utiles à la meilleure définition des moyens de la politique d'offre de soins du Service. Il porte la qualité des soins en synergie avec l'autorité de coordination « sciences et techniques de la santé » et l'autorité de coordination « soutien santé opérationnel ».

Ainsi cette autorité précise l'offre de soins et son dimensionnement, définit les parcours de santé, en tenant compte des ressources civiles disponibles au sein du territoire de santé. Elle devra développer des relations privilégiées avec les acteurs des territoires de santé amenés à intervenir au profit des militaires, notamment dans le domaine de l'expertise et des soins.

Pour cela, cette autorité s'appuie sur une équipe de soutien et associe le bureau « offre de soins » de la direction centrale mais également l'ensemble des acteurs impliqués.

4.3.1.2. Refondre la division « Performance, synthèse »

Développer la fonction « transformation »

Par sa dimension systémique, la durée de sa mise en œuvre, ses conséquences fonctionnelles, opérationnelles, sociales et patrimoniales, et du fait des évolutions à venir, la mise en œuvre du modèle du Service doit faire l'objet d'un pilotage particulier par un officier général « transformation ».

Cet officier aura pour mission d'évaluer en permanence l'atteinte qualitative et quantitative des objectifs et le respect des délais. Il identifiera les risques potentiels ou avérés de la mise en œuvre du modèle, notamment au regard des évolutions des environnements défense, sécurité nationale et santé, proposera des arbitrages ou des ajustements. Il sera chargé d'informer les hautes autorités ministérielles de l'avancée du modèle et participera à la communication interne et externe.

L'officier général « transformation » (OGT) s'appuie principalement sur le bureau « transformation », mais également sur les quatre autres bureaux qui en partagent les dossiers : « études et prospective » pour l'alimentation en éléments d'environnement et options possibles, « cohérence-synthèse » pour la partie synthèse et préparation des arbitrages, « programmation des ressources » pour la soutenabilité financière du modèle et « pilotage de la performance » pour leur expertise dans la maîtrise des risques. Les sous-directions lui apportent leur concours.

Renforcer la fonction « performance »

Il s'agit ici de performance économique et financière, les objectifs de performance technique et opérationnelle relevant des autorités de coordination « soutien santé opérationnel », « sciences et techniques de la santé » et « parcours de santé et offre de soins ».

La performance économique et financière est entendue au sens du ministère du budget, à savoir : « la capacité à atteindre les objectifs préalablement fixés, exprimés en termes d'efficacité socio-économique, de qualité de service et d'efficience de la gestion ».

Les mutations du SSA se sont accélérées et amplifiées depuis 2008, dans un contexte de nécessaire optimisation des crédits et financements publics et de réforme de la politique de santé initiée au niveau national.

Le pilotage de la performance sera réalisé par un officier général « performance » (OGP) au sein de la division « performance, synthèse » qui s'inscrit dans la démarche d'objectifs et de performance mise en œuvre par l'état-major des armées. La performance globale du Service n'étant pas la simple somme des performances sectorielles, l'OGP appuiera chacune des composantes dans cette démarche et en

contrôlera la mise en œuvre. Il dynamisera ainsi la réflexion sur la performance au sein du SSA.

Cette démarche de performance doit intégrer la définition d'une politique de valorisation des capacités de production du service de santé des armées et piloter l'ensemble des éléments financiers relatifs aux accords-cadres interministériels. La DAPSA constituerait la structure d'appui mutualisée pour l'ensemble des porteurs de projets de valorisation.

Consolider la fonction anticipation-analyse stratégique

Le livre blanc souligne qu'une capacité d'appréciation autonome des situations est la condition de décisions libres et souveraines. Cette fonction est liée à la stratégie car la veille et la prospective permettent l'anticipation stratégique qui éclaire l'action.

Le Service s'est doté depuis de nombreuses années d'une fonction anticipation constituée d'un bureau « études et prospective » et d'un réseau de cellules prospectives au sein des sous-directions et des établissements. Les travaux réalisés par cet ensemble ont permis d'alimenter la réflexion stratégique lors de la conception du projet de service.

Toutefois, le retour d'expérience des deux dernières années a montré que la veille prospective et stratégique n'était pas encore assez finement structurée, alors qu'un croisement des visions des acteurs de cette veille est requis, et qu'il existait une certaine discontinuité entre l'anticipation et la stratégie. Or, cette analyse va devenir de plus en plus importante dans un contexte de transformation pérenne et d'accélération des mutations de l'environnement.

Aussi, il importe de finaliser le réseau de veille permettant de donner à la fonction anticipation toute sa puissance et sa solidité. Cette fonction sera en particulier utile aux autorités de coordination dans leur réflexion stratégique. Par ailleurs, l'animation d'un groupe d'orientation de la stratégie du SSA sera réalisée par le bureau « études et prospective », à l'aune de ce que l'état-major met en œuvre (groupe d'orientation de la stratégie militaire générale). Il réunira, autour du DC et du DCA, non seulement les autorités de coordination, mais également les AAD et tout acteur porteur d'une expertise nécessaire.

Ainsi la nouvelle division « Performance, synthèse, transformation » voit l'ensemble de ses cinq bureaux mis à la disposition des deux officiers généraux Transformation et Performance.

4.3.1.3. Sécuriser la mise en œuvre du Modèle par la considération portée au personnel

L'officier chargé de la considération doit s'assurer que l'ensemble du personnel bénéficie du respect, de l'équité, de la reconnaissance et de la valorisation liés à son investissement et son engagement au sein du Service. Elle porte une attention particulière à la concertation et au dialogue dans le Service.

A cet effet, trois axes forts structurent son action, dans le respect du rôle de la sous-direction RH :

- la condition du personnel au sens de conditions de travail en prenant en compte leur impact sur sa vie privée et sociale ;
- la concertation et le dialogue social qui doivent être considérés dans une approche transverse par la mise en cohérence des acteurs impliqués et dans une dimension verticale par la prise en compte de toute la chaîne du niveau central au niveau local. Au sein de ces deux domaines, la communication est un levier spécifique supposant une relation étroite avec le chargé de communication ;
- la valorisation et la reconnaissance en ayant le souci de l'équité.

Le suivi du moral est un indicateur majeur de son action, pour laquelle elle est en interaction forte avec la sous-direction « ressources humaines ».

Pour conduire cette mission, l'officier chargé de la considération anime un réseau reposant, entre autres, sur les compétences du secrétaire général du conseil de la fonction militaire du SSA, des présidents de catégories (CPO et CPNO) et du bureau « chancellerie et officiers généraux » dont elle assure la coordination des actions. De même, elle entretient des relations proches avec les instances représentatives du personnel civil et porte une attention spécifique à la réserve opérationnelle du Service. Enfin, les expertises des conseillers du personnel officier et du personnel non officier lui seront associées.

4.3.1.4. Développer les fonctions « interministérielles et internationales »

Le chargé de mission « interministériel »

De même qu'il prépare et soutient les armées, le Service est 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 de compétences spécifiques et de capacités d'expertise uniques, il détient un personnel qui peut être mobilisé immédiatement, exercer en conditions dégradées, résister en milieu hostile et durer en relative autonomie.

D'ores et déjà, le service met à disposition d'autres ministères, en particulier de l'intérieur, certains de ses personnels. Toutefois, il souhaite promouvoir son action dans le champ interministériel.

Ainsi, le chargé de mission « interministériel », rattaché à la division « performance, synthèse » assurera le référencement du Service en interministériel, particulièrement dans le domaine de la gestion des crises en étroite concertation avec l'autorité de coordination « soutien santé opérationnel » et diffusera cette dynamique au sein du SSA. Il préparera les conditions qui permettent une action concertée et synergique en cas de crise, facilitant ainsi l'action de l'autorité de coordination « soutien santé opérationnel » dans la réalisation de la doctrine et de l'état-major opérationnel santé qui planifie et conduit le soutien santé opérationnel.

Pour cela, il s'attachera à suivre les accords-cadres déjà signés avec différents partenaires du Service et à en identifier de nouveaux. Ces accords-cadres devront être déclinés en conventions, et ce, autant que de besoin. L'organisation de réunions bilatérales et la création de comités techniques lui permettront d'identifier précisément les besoins du Service et d'y répondre.

Sa mission s'exercera aussi, et sans que cela soit limitatif, dans les domaines de la gestion « technique » du personnel détaché dans les autres ministères et de la veille documentaire d'origine interministérielle intéressant le Service. Une attention particulière sera portée à la dimension « valorisation des activités du Service ». A ce titre, sa mission prendra également en compte la société civile.

Le chargé de mission relations internationales

Le SSA entretient des relations avec de nombreux services de santé étrangers tout en étant présent dans les instances internationales. Pourtant, le retour sur investissement est très faible au regard des actions engagées.

Si de nombreux facteurs incitent naturellement les services de santé à coopérer, les réductions budgétaires accélèrent actuellement les coopérations multinationales en Europe. Par ailleurs, le mode d'action du soutien médical opérationnel du SSA, qui lui permet d'avoir une capacité reconnue d'entrée en premier, est quasiment unique sur le continent. Sa compatibilité avec la doctrine OTAN doit être garantie. Enfin, travailler

avec des partenaires suppose une approche commune. Ainsi, malgré une excellente réputation à l'étranger, le SSA apparaît dans une position isolée.

Les relations internationales du SSA doivent répondre à un impératif opérationnel en s'appuyant sur plusieurs axes :

- créer un réseau de partenaires, particulièrement au travers des relations bilatérales;
- développer l'interopérabilité avec les autres services de santé en opération. Pour cela, et particulièrement en tant que nation cadre, il est indispensable d'acquérir une dimension internationale dans les domaines capacitaires, de formation et d'entraînement, de planification opérationnelle et de commandement médical en opération ;
- faire prendre en compte la doctrine du SSA par les organisations internationales, particulièrement au travers des relations multilatérales. L'objectif visé est double : que des partenaires puissent être interopérables avec le SSA et que les unités médicales opérationnelles soient clairement identifiées et certifiées.

La nature transverse et particulière du domaine amène à créer à Balard, auprès du directeur central, un poste de chargé de mission relations internationales.

Ce chargé de mission proposera et conduira la politique du SSA en matière de relations internationales. Il veillera à la cohérence et à la coordination des actions entreprises par les différentes entités du Service dans ce domaine.

Il sera chargé de l'animation et de la coordination des relations techniques avec les services de santé étrangers, notamment africains, et avec les structures médico militaires des organisations internationales, notamment de l'Union européenne et de l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord. A cet effet, il coordonnera la position du SSA, qui sera portée par tous les membres du service de santé français, au sein des organisations internationales traitant des questions de soutien médical. Il pilotera et coordonnera l'action des experts du SSA qui participent à ces organisations.

Pour l'exercice de ses attributions, le chargé de mission relations internationales s'appuiera sur le bureau de coopération internationale.

4.3.2. Améliorer le pilotage de l'ensemble des fonctions du SSA

4.3.2.1. Confier des grands projets transversaux à des acteurs hors administration centrale

Le projet de service a souligné le souhait de confier des grands projets transverses à des acteurs de terrain, hors du champ de l'administration centrale. Cette démarche, visant à rapprocher l'administration centrale de ses effecteurs de terrain, doit également permettre de mieux prendre en considération l'expertise acquise par ces acteurs essentiels. Elle peut aussi s'apparenter à une sorte de délégation favorisant l'adaptabilité au contexte local. Il s'agit aussi d'une vraie déconcentration de la conception notamment. Elle permet aussi l'implication des acteurs de terrain et l'appropriation de la construction du modèle SSA 2020. Enfin, c'est une forme majeure de valorisation, d'optimisation de la ressource humaine, des compétences et des expertises détenues. Ainsi, ces éléments seront pris en compte dans le parcours des individus. Leur engagement sera tracé, reconnu et valorisé notamment au travers de leur parcours professionnel.

Cela permettra de mettre en situation, en particulier, le personnel n'ayant pas encore de grandes responsabilités managériales. Cette démarche procède des parcours nécessaires aux potentiels identifiés. Elle sera mise en œuvre dès 2015 en confiant, à des acteurs de toutes composantes, la conduite de dossiers transverses ayant vocation, en cas de réussite, à essaimer dans les autres établissements de même type.

4.3.2.2. Créer des directions déconcentrées

Le service de santé devra être organisé en directions déconcentrées dont le périmètre doit encore être précisé pour certaines d'entre elles :

- la direction des hôpitaux, commandement organique des HIA et du SAHMA ;
- la direction de la médecine des forces, commandement organique des CMA, CMIA, DIASS ;
- la direction des approvisionnements en produits de santé des armées, commandement organique des établissements de ravitaillement et pharmacie centrale des armées et du CTSA ;
- la direction de la recherche et de l'expertise, commandement organique de l'IRBA, du CESPAS et du SPRA ;
- la direction de l'enseignement et de la formation (EVDG et ESA) ;
- la direction des systèmes d'information et du numérique du SSA ;
- la direction du personnel et sa chaîne technique (BLRH et BCAPMSSA).

4.3.2.3. Piloter l'ensemble par des regroupements fonctionnels

Dans le cadre des études que l'administration centrale sera amenée à poursuivre pendant les mois à venir, elle envisage le regroupement des différents ensembles fonctionnels afin de décloisonner et de donner plus de synergie.

Une direction de l'organisation des soins doit pouvoir rendre cohérent le parcours de santé du militaire. Cette entité « organisation des soins » à construire aura pour objectif d'arrêter la politique du SSA en matière d'emploi des moyens et d'offre de soins. Elle validera les politiques sectorielles de premier recours et hospitalière que la direction du soutien médical des forces et la direction des hôpitaux seront chargées de mettre en œuvre.

Sur le même principe, le pilotage de l'enseignement, de la formation, de l'expertise et de la recherche pourrait être regroupé au sein d'une entité « enseignement, formation, recherche », chargée de valider les politiques sectorielles de la recherche et de la formation. Disposant en particulier des bureaux « recherche », « politique de formation », « études et expertise scientifique », elle pilotera la direction de l'enseignement et de la formation ainsi que la direction de la recherche.

Les fonctions « support » seraient regroupées au sein d'une entité unique d'administration et de soutien dans une configuration à valider pour tenir compte des autorités fonctionnelles déléguées et des niveaux de représentation.

4.3.3. Sécuriser la mise en œuvre du modèle par une communication adaptée

Le contexte général de restructurations successives depuis 2008 est une source légitime d'inquiétudes pour le personnel. Au-delà des conséquences sur le moral, qui incitent à porter l'effort sur la considération due au personnel, des risques peuvent peser sur le modèle de service. En effet, il peut se développer un sentiment d'incompréhension sur la pertinence du modèle et s'installer un doute sur la préservation de l'efficacité opérationnelle d'un service reconfiguré. Cette incertitude et cette perte de confiance peuvent avoir un impact négatif sur la mise en œuvre de la transformation. Vis-à-vis de l'extérieur, le Service peut être considéré comme un acteur de santé sans spécificité par rapport aux autres acteurs de santé et ce manque de visibilité peut être source d'un manque de crédibilité sur nos capacités et nos expertises, vis-à-vis de collaborateurs potentiels dans la perspective de développement de partenariats.

Aussi, la fonction communication représente une fonction stratégique en appui de la transformation. Elle doit contribuer à maintenir l'esprit de corps, la motivation, le lien, la confiance du personnel. Au-delà de la simple diffusion de l'information, la communication interne a pour objectif de créer du lien, de dynamiser les échanges en proposant des démarches qui favorisent l'écoute et le décloisonnement.

La communication externe doit permettre de promouvoir nos expertises, nos compétences, nos capacités, afin de donner de la visibilité à nos spécificités et à nos complémentarités avec nos partenaires en interministériel comme en international. Il s'agit ici d'un véritable changement de portage par rapport au bureau de la communication et de l'information puisque sa mission ne se résumera pas à la seule communication interne passant par des médias classiques mais prendra en compte l'ensemble ressortissant de l'évènementiel, tant en interne qu'en externe. Le chargé de communication aura sans doute un rôle plus important dans la conduite du changement. Cette fonction sera pilotée par le chargé de communication qui disposera pour cela du bureau de la communication et de l'information du SSA.

Trois axes majeurs de communication seront suivis : le sens de l'action conduite qui devra être rappelé, la mise en œuvre du modèle et le développement de la visibilité du Service. Cette communication s'inscrira dans la durée. Rythmée par les grands jalons de la transformation, elle sera pilotée, coordonnée et évaluée. Ce sera une communication « 360 » qui s'appuiera sur des outils digitaux, centrés sur les réseaux sociaux où se jouent la « *e-compréhension et la e-réputation* » des organisations et des personnes.

4.4. Eléments de conduite et de cadencement

4.4.1. Septembre 2015 : l'emménagement de la direction centrale à Balard

L'installation de la direction à Balard est effective depuis septembre 2015.

Avant cette date, l'organisation cible à Balard a été définie, de même que les éléments persistants à Vincennes. Cette organisation nouvelle se traduit en particulier par un organigramme et une comitologie adaptés.

Au sein de cette nouvelle gouvernance, la conduite de la transformation doit faire l'objet d'une attention particulière. A cet effet, le dispositif de conduite de la transformation est mis en place avec la nomination de l'officier général transformation et une organisation structurée de pilotage.

4.4.2. Juin 2017 : le nouvel arrêté d'organisation du service

Après une année de fonctionnement, l'organisation de la direction centrale à Balard aura pris en compte les impacts du rapprochement avec les services du ministère et les états-majors et sa traduction sur la comitologie. Les différents circuits de décisions auront été évalués et il sera temps de traduire l'organisation et le fonctionnement dans un nouvel arrêté. Ce travail prenant au minimum une année, il devra être débuté dès 2016 afin d'obtenir un arrêté à l'été 2017.

LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU MODELE

1. Les caractéristiques de la transformation à conduire

1.1. Une visibilité et une lisibilité aux niveaux ministériel et interministériel

La mise en œuvre du nouveau modèle de Service, intégrant la rénovation de sa gouvernance, de son organisation et de ses modes de fonctionnement se décline du cadre d'ensemble défini par le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale (LBDSN) de 2013 et par la loi de programmation militaire (LPM) 2015 - 2019.

S'il s'inscrit dans le dispositif de pilotage de la réforme ministérielle (à travers le mandat ministériel « Santé »), le plan de transformation SSA 2020, programme d'ensemble de déclinaison et de mise en œuvre du modèle SSA 2020, bénéficie toutefois, par son ambition, par sa dimension interministérielle, par son ampleur, d'un suivi rapproché de la part des tutelles (cabinet du ministre, état-major des armées). Il ne peut par ailleurs se concrétiser qu'au gré d'une collaboration aboutie et partenariale avec l'ensemble des directions fonctionnelles du secrétariat général pour l'administration (SGA).

La coordination avec la réforme de la santé publique, structurant le principe d'ouverture vers le service public de santé, constitue également un élément dimensionnant, nécessitant une interaction permanente avec le ministère de la santé dans son ensemble et plus particulièrement avec la direction générale de l'offre de soins (DGSOS) et les agences régionales de santé (ARS), mais aussi avec la DGS.

Plus largement, les principes d'actions portés par le plan de transformation SSA 2020, en matière de simplification, de transformation numérique, d'implication des personnels dans des démarches de type participative, d'engagements de service auprès des bénéficiaires trouvent un écho auprès des structures interministérielles de coordination de la réforme de l'action publique : secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) et direction interministérielle des systèmes d'information et de communication (DISIC). Le plan de transformation SSA 2020 s'inscrit donc pleinement dans la modernisation de l'action publique (MAP) qui se traduit par le programme ministériel de modernisation et de simplification (PMMS).

1.2. Une transformation proactive, systémique et synchrone

Le plan de transformation SSA 2020 rompt fondamentalement avec les principes structurants de mise en œuvre de la réforme précédente, issue de la révision générale des politiques publiques (RGPP). Il ne s'agit plus de réformer individuellement et indépendamment chaque composante ou fonction métier du Service, sous la pression des évolutions de son environnement mais bien de construire un nouveau modèle.

Le modèle se doit d'être adapté aux réalités du moment ou prévisibles et suffisamment robuste pour s'adapter à celles qui n'ont pas été anticipées.

Toute évolution d'une fonction du Service ayant un impact immédiat sur les autres, le modèle et sa mise en œuvre doivent faire interagir les évolutions de chaque composante dans une dynamique d'ensemble, à caractère systémique.

La démarche de construction du modèle doit être conduite en mettant en cohérence les calendriers des transformations de chacune des composantes.

Il s'agit donc de mettre en œuvre de façon quasi simultanée les cinq dynamiques impulsées par le projet de service :

- l'évolution des cinq composantes, avec la mise en œuvre coordonnée de nouveaux modèles de fonctions garantissant une performance opérationnelle, technique et économique ;
- l'inscription des fonctions supports (ressources humaines, systèmes d'information et de communication, achats, finances, infrastructures) dans une logique de service et d'efficacité, directement contributive à la performance des activités « cœur de métier » du SSA ;
- l'ajustement de la gouvernance et de l'organisation pensé pour répondre à l'enjeu de performance et aux nouveaux modèles des cinq composantes ;
- la conception d'un nouveau modèle RH, assorti d'une manœuvre RH de grande ampleur, avec une déflation alignée sur les objectifs ministériels mais ne devant pas altérer l'attractivité du Service ;
- la cohérence d'ensemble, pour organiser les travaux en interne, assurer la communication en externe, en particulier auprès des tutelles, et conduire le changement.

C'est la quasi-totalité du Service qui sera amenée à évoluer dans les prochaines années.

1.3. Une transformation conduite en partenariat

Une telle transformation ne peut se construire en autonomie.

En interne à la défense, l'ampleur de la transformation implique obligatoirement des acteurs appartenant à l'EMA et au SGA.

Le principe d'ouverture vers le service public de santé et la place revendiquée par le Service dans les territoires de santé, nécessiteront d'avancer de concert avec les partenaires impliqués dans les évolutions projetées.

Le tempo législatif devra être pris en compte pour certains aspects de la transformation reposant sur des éléments de la future loi de santé publique.

2. Les principes présidant la structuration de la mise en œuvre

2.1. L'impératif de la continuité du service

Pendant toute la durée de la mise en œuvre du Modèle, le SSA doit continuer de remplir sa mission, d'assurer ses activités au quotidien, avec le niveau de qualité actuelle, notamment dans la mission opérationnelle, tout en se transformant pour atteindre la cible 2020.

Le respect de ce principe, fondamental, a lourdement pesé sur les choix qui ont présidé à la conception du modèle. Ce principe est également à la base de la structuration de la mise en œuvre. Pour cela, des équipes dédiées à la transformation sont mises en place pour certains programmes. Ces équipes, tout en étant bien individualisées, collaborent étroitement avec les sous-directions afin de garantir le lien avec les réalités quotidiennes et de favoriser l'intégration progressive des nouvelles structures qu'elles ont pour mission de concevoir aux chaînes organiques

2.2. L'impératif de fondations stables

Réforme d'ampleur inégalée dans l'histoire récente du Service, la mise en œuvre du nouveau modèle SSA 2020 a nécessité une phase de cadrage ambitieuse mais réaliste, s'écoulant de janvier à fin mars 2015. Compte tenu de l'impératif de garantir la cohérence entre les jalons de transformation et les ressources allouées, en lien avec le cycle de programmation budgétaire, il s'agissait à la fois de :

- élaborer la feuille de route globale de la transformation et les feuilles de route détaillées par composante ou fonction ;
- traduire le modèle SSA 2020 en programmes et projets de transformation afin de mettre en œuvre la cible retenue ;
- définir, concevoir et mettre en œuvre les modalités de conduite de la transformation : organisation en mode projet, identification des directions de programme, périmétrage des programmes de transformation et des projets constitutifs, structuration détaillée des programmes et de la méthodologie retenue ;
- préciser les modalités de coordination entre les différents programmes et projets de transformation ;
- valider les modalités de gouvernance de la transformation et le processus de décision associé.

A l'issue de cette phase de cadrage, un premier comité transformation SSA 2020, présidé par le Directeur Central réunissant, en date du 24 mars 2015, le comité exécutif du SSA et les directions de programme, a permis le lancement effectif des travaux de déclinaison. Trois mots clés ont constitué le fil rouge de ce comité, à savoir cohérence, cohésion et responsabilité :

- cohérence afin de faire apparaître la dimension systémique de la transformation et de garantir une coordination efficace entre les programmes et projets ;
- cohésion, afin d'animer une communauté de directeurs de programmes, appelés à jouer un rôle clé dans la dynamique de transformation (2015-2020) du Service, et dont la qualité des échanges et des interactions garantira la réussite de la mise en œuvre du modèle ;
- responsabilité, afin de s'assurer que chaque direction de programme de transformation, en lien avec les structures organiques du SSA, se positionne en relai du Directeur Central, à même de présenter tant le modèle d'ensemble SSA 2020 que le modèle de composante qu'il est chargé de mettre en œuvre, en vue de favoriser l'adhésion et la mobilisation des subordonnés du Service.

2.3. La nécessité d'une cohérence d'ensemble

La structuration de la transformation doit permettre de faire émerger une vision d'ensemble et de garantir la mise en cohérence des actions de transformation. Pour ce faire, une composante « transformation » a été ajoutée à la division Performance – Synthèse qui devient ainsi la Division « performance, synthèse, transformation » (DPST). La structure transformation, dirigée par un officier général transformation (OGT), est armée par un bureau transformation et permet ainsi un pilotage consolidé des objectifs, des coûts, des délais et des risques. Véritable chef d'orchestre de la transformation, elle est un relai privilégié du Directeur Central et s'assure de la mise en cohérence des actions de transformation.

Dans un monde en évolution permanente, la transformation est un impératif managérial incontournable : cette composante a donc vocation à perdurer.

Une comitologie dédiée à la transformation est mise en œuvre, avec un lien direct entre les comités transformation SSA 2020, présidés par le DC SSA, et les comités

ressources. Il s'agit ainsi de garantir la cohérence entre l'avancée des actions de transformation, la concrétisation des résultats et les priorisations validées par les hautes autorités du Service d'une part, l'allocation des ressources (humaines, financières, matérielles) au regard de ces priorités, et en cohérence avec la programmation budgétaire issue de la LPM, d'autre part.

Plus globalement, la réorganisation de la DPST autour de deux volets, transformation et performance, garantit une articulation efficace entre l'action quotidienne du Service et la transformation.

Pour garantir une coordination efficace, un mode projet est privilégié, *a minima* sur la période 2015 – 2017. A l'issue, une fois la nouvelle organisation de la DCSSA stabilisée en environnement « Balard », le mode projet pourra être réinterrogé, la transformation devenant progressivement une partie significative du « quotidien » des structures organiques et pouvant être totalement réintégrée dans l'activité de ces structures.

2.4. Une progression par paliers

Il est fondamental de se prémunir de « l'effet tunnel », en séquençant les paliers de transformation (autant « d'effets cliquets » caractérisés par leur irréversibilité et par l'atteinte de premiers gains métiers et financiers), en créant une dynamique positive par la concrétisation de gains rapides et de premières victoires. Pour chacun de ces paliers, il convient de mettre en cohérence les leviers de transformations et les gains économiques associés, en lien avec les objectifs de réforme.

Le plan de transformation SSA 2020 se déroulera en deux grandes étapes 2015-2017 et 2017-2019. Il doit être séquencé en paliers de transformations, caractérisant des états stables successifs :

- un premier palier en 2015 correspondant à la mise en place de la structure transformation et à la préparation des composantes à s'engager dans une entreprise longue et complexe ;
- un palier 2017, correspondant à un premier bilan de la transformation et à la mise en œuvre de la future organisation de la DCSSA, nouvelle organisation qui aura un impact sur l'ensemble du Service ; à ce palier sera décidé, par composante, du maintien ou non d'une structure projet ;
- un palier 2019, correspondant à la nouvelle loi de programmation militaire et dernier contrôle avant l'arrivée sur la cible du projet de service SSA 2020.

L'objectif du plan de transformation est fixé en 2020 mais celui-ci doit être vu comme une étape de la convergence du Service sur le nouveau modèle d'armées 2025. En effet, la période 2020 – 2025 permettra la stabilisation du modèle, qui aura été mis en place pendant les 5 années précédentes, ainsi que l'atteinte du niveau de performance optimal.

2.5. Le renforcement du pilotage économique de la transformation

Le pilotage économique de la transformation revêt donc une importance majeure. Il s'agit ainsi de réussir la mise en œuvre d'un nouveau modèle économique (correspondant au nouveau format du Service, conformément au principe de concentration, mais également à une dynamique de valorisation volontariste des prestations et productions) et de piloter la trajectoire financière 2015-2019. Dans ce cadre, il est fondamental de disposer d'un pilotage consolidé des gains, au regard des moyens engagés et de l'évolution des recettes extrabudgétaires, qu'elles soient hospitalières ou extra-hospitalières, fondant la spécificité du pilotage économique et budgétaire du SSA. Le rapprochement des bureaux « programmation des ressources »

et « transformation » au sein d'une même division est ainsi porteuse de sens et de performance.

2.6. Un processus de décision réactif et une application du principe de subsidiarité

Le pilotage de la transformation ne peut être effectif qu'au moyen de la définition et de la mise en œuvre d'un processus de décision réactif. Il convient en effet de faciliter les prises de décision, tout en appliquant le principe de subsidiarité nécessaire à la responsabilisation des acteurs sur leurs périmètres respectifs et à la prise des arbitrages structurants et transverses au niveau du DC SSA.

2.7. Une capacité à capitaliser sur l'expérience, tout en préparant l'avenir

Enfin, le lancement d'une telle transformation ne peut réussir qu'au gré d'une mobilisation forte des hautes autorités du SSA et des acteurs les plus expérimentés, à même de capitaliser sur leur connaissance du Service et de ses modes de fonctionnement pour initier la mise en œuvre d'un nouveau modèle, ambitieux et projeté vers l'avenir, fondamentalement en évolution. Mais cette phase de lancement devra également, dans une logique de « passage de témoin progressif », mettre en perspective les « acteurs de demain », ceux qui vivront et expérimenteront au quotidien le modèle SSA 2020, une fois la transformation finalisée. Le plan de transformation SSA 2020 revêt donc une dimension managériale importante, faisant coexister plusieurs générations de responsables, dans une logique de mise en situation croissante des acteurs clés de demain.

3. Le référentiel de management et d'organisation retenu

Le plan de transformation SSA 2020 s'appuie sur un ensemble de concepts clés.

3.1. Un management par les enjeux et objectifs assorti d'un management par les risques

La mise en œuvre d'un nouveau modèle de Service doit contribuer durablement et significativement à la performance du SSA, tant technique qu'opérationnelle et financière. Ce pilotage par les enjeux et objectifs préside dans la conduite des arbitrages éventuels menés par les comités transformation, ainsi que par les directions de programmes. Cette orientation permet de fonder toute prise de décision sur une criticité métier avérée et une mise en perspective des gains escomptés au regard des coûts et moyens alloués.

3.2. La recherche d'une efficacité éprouvée des modes de pilotage

Elle repose sur :

- une efficacité et réactivité de la communication interne. Cette communication doit être facilitée :
 - de façon ascendante pour faire remonter le suivi, les risques et les demandes d'arbitrage au bon niveau (direction de programme, comité de pilotage SSA 2020, comité directeur programme de composante voire comité transformation SSA 2020),
 - de façon descendante pour informer les programmes et projets concernés des décisions prises et des demandes de travaux effectués,
 - de façon transversale : entre programmes, entre projets d'un même programme, pour garantir une cohérence dans la conception des solutions d'organisation et de processus et une bonne coordination dans leur mise en place ;
- une efficacité dans l'articulation avec les partenaires externes au SSA, positionnés à la fois en contributeurs majeurs et en clients bénéficiaires du plan de transformation SSA 2020, renforcée par :
 - un suivi rapproché du plan de transformation par les tutelles (cabinet du ministre, EMA),
 - la mise en œuvre d'une relation partenariale avec les directions fonctionnelles du SGA,
 - la mise en place de relations institutionnelles et opérationnelles avec les acteurs du service public de santé, tant au niveau national que régional et local,
 - la participation des armées, clients bénéficiaires de la démarche d'ensemble, à certains comités de pilotage, notamment au niveau du programme médecine des forces ;
- une efficacité de la prise de décision, qui est conditionnée par :
 - la nécessité d'une mise en cohérence des situations, des questions soulevées, des arbitrages à réaliser et des risques associés à l'aide d'une analyse préalable,
 - la constitution de dossiers d'arbitrage étayés par une mise en perspective des gains escomptés et des coûts potentiels. Des analyses de la valeur sont systématisées pour les arbitrages structurants du programme, avec une dimension économique prégnante,
 - la nécessité d'une analyse de la pertinence des actions préconisées au regard des objectifs de la transformation,
 - la mise en place d'instances non redondantes et complémentaires au périmètre bien défini ;
- une efficacité dans l'action par :
 - une responsabilisation forte des acteurs concernés sur la réalisation effective de ces actions,
 - la mise en place d'un suivi des actions lancées,
 - le pilotage par les risques.

3.3. L'identification et la séparation des processus

Il convient de séparer les tâches de production (ce qui est à réaliser), des tâches de management (comment s'organiser pour réaliser les tâches de production : pilotage, management opérationnel, organisation, planification, qualité).

Pour ce faire, le plan de transformation observera à tous niveaux un certain nombre de principes directeurs fondamentaux :

- le principe de subsidiarité selon lequel toute instance possède un périmètre défini d'autonomie d'action et de décision. Sorti de ce périmètre, les questions remontent au niveau supérieur ;
- le principe d'anticipation par la mise en place d'une maîtrise des activités. Chaque direction de programme est responsable de l'identification des risques et de leur signalement auprès des instances idoines ;
- le principe de transversalité afin de tenir compte de l'intégration du plan de transformation SSA 2020 dans un écosystème complexe, à la confluence des réformes de la Défense et de la Santé ;
- le principe d'évaluation systématique des options considérées, évaluation de la valeur notamment, afin de piloter les coûts et les gains du programme.

CONCLUSION

Le projet SSA 2020 indiquait les orientations stratégiques devant guider la transformation du Service jusqu'à l'horizon 2020.

Le Modèle SSA 2020 décrit ce que devra être le Service à ce même horizon. Il définit pour chaque grande fonction, sa gouvernance, son organisation, son fonctionnement et les missions à accomplir ainsi que les ressources qui lui seront allouées et le cadencement des travaux à conduire.

Parallèlement à la description des diverses composantes du Service, l'accent est mis sur les modifications des équilibres entre ces composantes.

Le Modèle SSA 2020 ne se résume pas au présent document. Il s'assortit du plan de management de la transformation SSA 2020 et des feuilles de route plaçant les jalons pour chaque objectif à atteindre. Si ce fond n'a pas sa place dans ce document synthétique qui se veut lisible par tous, il est disponible dans un document annexé.

Le Modèle SSA 2020 a été voulu robuste, capable de résister, dans ses grands principes, aux évolutions à venir. Il n'en est pas pour autant un cadre figé duquel on ne pourrait pas sortir. La transformation doit être considérée comme un processus permanent, qui impliquera inévitablement des évolutions dans les organisations, le fonctionnement et sans doute aussi, les ressources.

La conduite de la transformation restera, cependant, toujours guidée par le strict respect de l'identité du Service, de ses valeurs et de sa mission.

Du fait de son caractère systémique, elle va se construire progressivement dans le respect des contraintes propres à chaque composante du Service et des contraintes propres aux partenaires extérieurs au Service.

Du fait de son ampleur, sa réussite ne sera possible qu'au prix de l'investissement de chacun.

GLOSSAIRE

1. Différenciation

1.1. Le principe de différenciation appliqué à la Défense

La différenciation des forces est l'un des 4 principes directeurs du Livre blanc de la défense et de la sécurité nationale de 2013.

« Le principe de différenciation des forces en fonction des missions qu'elles sont appelées à remplir vise à permettre l'entretien et le développement de notre capacité d'action sur l'ensemble du spectre des actions possibles.

Nos forces armées seront confrontées à des crises ou à des conflits aux caractéristiques militaires sensiblement différentes, qu'il s'agisse de tenir la posture de dissuasion, de protéger notre territoire, de participer à des opérations de gestion de crise ou de nous opposer à des forces de niveau étatique. Le principe de différenciation consiste à équiper et entraîner prioritairement les forces de protection du territoire, les forces d'accompagnement de nos moyens de dissuasion, les forces de gestion de crise et les forces de coercition en fonction des exigences propres à leur mission et à les rendre ainsi plus performantes dans leur domaine d'action. Il s'agit également d'appliquer un principe d'économie en ne finançant les capacités les plus onéreuses ou les plus modernes que là où elles sont indispensables, notamment au bénéfice des forces prévues pour affronter des acteurs de niveau étatique. La définition de ce noyau critique est essentielle pour le renouvellement et la modernisation de nos équipements »

Ce principe nouveau implique de donner la priorité (équipement et entraînement) aux forces qui concourent à la protection du territoire, à la dissuasion, à la gestion des crises et à la coercition, en prenant en compte leurs spécificités et ce afin d'améliorer leur performance opérationnelle. Et en veillant à l'économie des moyens (ce qui est cher et moderne doit être prévu pour les situations opérationnelles les plus exigeantes).

Il introduit la notion de noyau critique.

Il concourt à la maîtrise de l'ensemble du spectre des activités, capacités, même si cette compétence est détenue par un petit nombre d'individus ou de petites structures.

A l'opposé s'inscrit le principe de polyvalence, inaccessible sinon dénué de sens ou de pertinence. Ou de non spécificité, de non connaissance des milieux.

Le principe de différenciation, sa déclinaison, son application, valent aussi par leur compatibilité et leur synergie, avec les trois autres principes directeurs.

1.2. Le principe de différenciation appliqué au SSA

Pour le SSA satisfaire aux impératifs du principe de différenciation c'est participer, à son niveau et dans ses domaines de compétences, à l'entraînement, l'équipement et les activités de ces forces en prenant en compte les principes de juste besoin et d'économie de moyens.

Cela implique notamment de :

- connaître et maîtriser les caractéristiques des conflits et des crises, les environnements, les contraintes et les risques dans les quatre grands domaines cités ;

- anticiper et maîtriser les impacts en termes de soutien médical pour les forces qui y participent ;
- assurer des prestations adaptées à ce type de force, par un effecteur dédié ou identifié, formé, équipé et entraîné en conséquence. Identifier et maîtriser les spécificités d'emploi et leurs impacts sur le soutien médical ;
- mettre en place les outils du soutien médical concourant à l'optimisation de la performance opérationnelle dans chaque domaine ;
- employer les capacités et les moyens avec le souci de l'économie et du juste besoin ;
- identifier les capacités rares et critiques.

2. Gouvernance

La gouvernance désigne le processus de prise de décisions et d'application de celles-ci. Elle décrit ainsi l'ensemble des règles et méthodes organisant la réflexion, la décision et le contrôle de l'application des décisions, c'est-à-dire le pilotage.

La gouvernance est l'ensemble des mécanismes qui contribuent à aligner la réalité du fonctionnement d'une organisation sur les objectifs qui lui sont assignés.

3. Comitologie

La comitologie est la description de l'ensemble des instances indispensables à la prise de décision et des relations fonctionnelles entre les acteurs du processus de décision. Elle permet de normer ce processus.

La comitologie peut également être considérée comme l'art ou la science de résoudre des affaires par le biais de comités.

4. Agilité

Facteur de supériorité opérationnelle déclinable pour le SSA, l'agilité est sous-tendue par trois aptitudes :

- l'initiative, consistant à anticiper les problèmes et à saisir les opportunités ;
- la réactivité, reposant sur une capacité d'analyse rapide des situations pour apporter une réponse prompte et pertinente ;
- l'adaptabilité, fondée sur la capacité humaine et matérielle à faire face à des situations opérationnelles diverses. Elle suppose souplesse des organisations et ouverture d'esprit.

5. Pilotage

Le pilotage est un ensemble d'activités destiné à établir et déployer les lignes directrices d'une organisation, à contrôler et corriger ses activités et à analyser et améliorer son fonctionnement.

Les processus de pilotage peuvent donc aussi être appelés processus de management ou processus de direction. La finalité d'un processus de pilotage est de transformer des informations en directives.

6. Opérationnel

Est opérationnel ce qui relève de la mise en œuvre. C'est la déclinaison, dans son périmètre de responsabilités, des décisions stratégiques. Est opérationnel ce qui est a priori du domaine du fonctionnel et donc du court terme. Par conséquent, le management d'une structure organisationnelle est du domaine de l'opérationnel, contrairement à la gestion du périmètre de l'entité qui est du domaine du management stratégique.

Lorsqu'un responsable de la production change par exemple de place une machine dans un atelier, il recherche une amélioration de la production par un management opérationnel. Si un dirigeant choisit de racheter une entreprise concurrente, il engage l'entreprise pour le long terme, c'est alors une démarche de management stratégique.

