

VIE DE L'ACADÉMIE

CONFÉRENCE INVITÉE

Présentation du modèle du Service de Santé des Armées 2020

Jean-Marc DEBONNE*

Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire perpétuel,
Mesdames et messieurs les membres de l'académie de médecine.

Je tiens avant tout à vous remercier pour l'honneur que vous me faites en m'invitant à nouveau à venir m'exprimer devant vous.

Il y a deux ans en effet, je vous présentais ici même les grands principes du projet SSA 2020. La mise en œuvre du modèle de service qui en découle nous a amené à faire des choix et à prendre des décisions, dont certaines ont été particulièrement difficiles. Vous m'avez fait part, monsieur le Secrétaire perpétuel, de votre inquiétude peu de temps après l'annonce de la fermeture de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) du Val-de-Grâce.

En réponse à votre courrier, je vous ai proposé de venir vous éclairer sur les raisons qui ont conduit à cette décision. Comme je vais m'attacher à vous le montrer, notre but n'était bien sûr pas de fragiliser le Service de santé des armées, mais au contraire de le préparer à relever les défis que nous lancent l'époque et l'environnement dans lesquels nous évoluons.

Dans le temps qui m'est imparti je ne décrirai pas le nouveau modèle de service dans ses multiples aspects. Je ne souhaite pas non plus résumer mon propos aux seuls motifs de la fermeture de l'HIA du Val-de-Grâce. Je me tiens prêt à répondre à vos questions sur ce sujet.

En fait, j'ai considéré qu'au-delà de la fermeture de cet hôpital et du symbole qu'il représente, c'est le devenir de la Médecine Militaire qui vous préoccupait. Il me semble personnellement, sans remettre en question la notoriété du Val et l'excellence

* Médecin général des armées. Directeur central du Service de santé des armées.

qu'il a très longtemps incarnée, que le vrai sujet est bien celui-là. Il n'y a guère de meilleur lieu pour en parler que l'Académie de Médecine, dont plusieurs membres éminents ont été des médecins militaires.

La finalité de la Médecine Militaire est le soutien des forces armées en opérations, et particulièrement en opérations extérieures. Il s'agit en fait de la mission *princeps* du Service de santé des armées.

Pour remplir cette mission, le service a développé au fil du temps un domaine de compétences global qui se met en œuvre bien avant l'engagement opérationnel des armées et se poursuit bien après leur retour sur le territoire national, dans un cycle continu d'activités souvent portées par les mêmes personnels. Il s'agit en effet pour ceux-ci d'assurer au quotidien :

- tout d'abord la préparation des militaires à l'engagement, étape qui comprend en premier lieu la sélection et la détermination des aptitudes requises pour l'exercice de métiers multiples dans des milieux d'une grande diversité. Mais aussi la prévention, qui va bien au-delà des seules vaccinations, pour faire une large place à l'éducation pour la santé d'une population exposée à bien d'autres risques. La formation des soldats et des auxiliaires sanitaires au secourisme au combat est un autre aspect essentiel de cette préparation à l'engagement ;
- le soutien direct des forces sur le terrain constitue l'étape qui relève le plus des compétences et aptitudes exclusives du Service de santé des armées. Vous percevez aisément l'extrême complexité que représente la coordination permanente des nombreux acteurs qui œuvrent au sein de la chaîne santé opérationnelle. Véritable chaîne de vie qui débute souvent sous le feu, son objectif est de rapatrier blessés et malades sur le territoire national en vue de leur prise en charge dans un hôpital d'instruction des armées. Le déploiement d'une chaîne santé opérationnelle complète, autonome et réactive, est toujours un défi tant les conditions sont différentes d'un théâtre à l'autre ;
- la troisième étape enfin est la prise en charge des blessés et malades rapatriés sur le territoire national, en vue de leur guérison et de leur réhabilitation. C'est une étape souvent longue et difficile pour les blessés les plus graves et leurs familles, car il s'agit souvent de leur apprendre à vivre avec des séquelles, physiques ou psychiques, d'autant plus difficiles à accepter qu'elles touchent une population jeune.

Ce domaine de compétences global que je viens d'évoquer au travers des trois grandes étapes du soutien santé des forces en opérations constitue le cœur de la Médecine Militaire. Une médecine pratiquée par des militaires au profit de militaires. Une médecine qui impose à ses praticiens une parfaite connaissance des armées, de leurs personnels, des risques auxquels ils sont exposés, des affections qui en découlent, et des modalités de leur prise en charge qui ne sauraient s'affranchir des spécificités des milieux d'exercice. Mais une médecine aussi qui exige de ses praticiens, au-delà de leurs compétences techniques, des aptitudes tout aussi difficiles à

acquérir car elles demandent une formation adaptée, longue et intensive, pour leur permettre d'exercer en contexte opérationnel et en milieu hostile. Une médecine enfin qui, au-delà des compétences et des aptitudes, demande des qualités humaines qui se forment progressivement tout au long d'une carrière, au sein d'une communauté dont la cohésion repose sur un socle commun de valeurs dont le ciment est avant tout la fraternité.

Si la Médecine Militaire est une somme de compétences, d'aptitudes et de qualités, sa finalité comme je le disais en introduction est bien le soutien des forces en opérations extérieures. Ce soutien santé demande une interaction permanente entre les cinq composantes du SSA que sont la médecine des forces, la médecine hospitalière, le ravitaillement sanitaire, la formation et la recherche. Le SSA français est l'un des rares au monde à disposer encore de ces cinq composantes qui lui permettent de déployer une chaîne santé opérationnelle complète et d'apporter ainsi à tout militaire soumis à un risque lié à son engagement opérationnel la garantie que tout sera mis en œuvre pour préserver, en cas de blessure ou de maladie, ses chances de survie, et le cas échéant, de moindres séquelles.

Le Service de santé remplit cette mission au quotidien, avec une efficacité unanimement saluée. Il est pourtant mis à rude épreuve et a dû relever récemment le défi d'un engagement opérationnel des forces sans précédent depuis plusieurs dizaines d'années. **Mais combien de temps restera-t-il aussi efficace ? Cette question se pose avec de plus en plus d'acuité aujourd'hui pour plusieurs raisons que je rappellerai brièvement.**

1) En premier lieu parce que la sujétion opérationnelle n'a en effet cessé de s'accroître ces dernières années. De ce fait le service a de plus en plus de difficultés à assurer les fonctions du socle, ce qu'il ne fait qu'au prix d'une dégradation progressive des conditions de travail de ses personnels. Chaque année c'est près de 250 équipes médicales et 35 équipes chirurgicales qui ont été projetées sur les différents théâtres d'opérations avec un pic d'engagement simultané qui a atteint jusqu'à 70 équipes médicales et 12 équipes chirurgicales.

2) Et pourtant, le niveau des menaces qui pèsent sur la sécurité nationale aujourd'hui ne permet pas d'envisager une diminution à court ou moyen terme de la charge opérationnelle qui pèse sur nos armées. Bien au contraire, la diversité de ces menaces, la dispersion des forces sur de très vastes territoires, la dureté des conditions de vie et la dangerosité des affrontements ne peuvent qu'accentuer dans les années à venir la pression opérationnelle qui s'exerce sur le Service. Le Service de santé ne saurait pour autant devenir un facteur limitant de la capacité d'intervention des armées françaises.

3) Dans le même temps, les évolutions du système national de santé, lui-même en pleine réorganisation depuis plusieurs années, interrogent fortement la place et le fonctionnement des établissements du SSA au sein de l'offre de soins nationale. D'importantes restructurations sont en cours, particulièrement dans le domaine

hospitalier. Déjà fortement mis en cause ces dernières années, les hôpitaux militaires ne sont pas en situation de résister aux évolutions à venir, sauf à se réformer en profondeur.

4) Il nous faut aussi prendre en compte les évolutions de notre société, et les exigences croissantes de nos concitoyens dans le champ de la santé. Celles-ci concernent, et c'est légitime, la qualité des soins qui substitue progressivement l'obligation de résultats à celle de moyens, y compris sur les théâtres d'opérations. Mais elles concernent aussi les professionnels de santé qui n'acceptent plus les conditions d'exercice qu'ont connues les générations précédentes. Dans le contexte actuel de la démographie médicale, de telles attentes ne peuvent être ignorées.

5) Enfin nul ne saurait minimiser les difficultés économiques et financières que traverse le pays. La loi de programmation militaire (LPM) de 2013 a dimensionné au plus juste les ressources allouées à la Défense avec un impact significatif sur ses effectifs. Le SSA est directement concerné et doit à ce titre rendre 2 000 postes, sur les 16 000 qu'il compte. La récente actualisation de la LPM et l'allègement consenti pour faire face à une menace qui s'exprime aujourd'hui sur le territoire national, n'ont pas eu d'incidence sur l'effort que doit fournir le service.

Alors comment faire face au défi sécuritaire, sanitaire et sociétal que je viens d'évoquer, avec des ressources humaines et financières réduites ? Sachant que le Service a déjà mis en œuvre ces dernières années, des réformes visant à rationaliser son organisation et à optimiser ses ressources. Sachant qu'une réduction homothétique de ses capacités n'est pas compatible avec l'état de tension que connaissent ses cinq composantes. Sachant que l'abandon de l'une ou de l'autre de ses composantes compromettrait définitivement sa capacité à déployer une chaîne santé opérationnelle complète.

En réalité, relever un tel défi dans un tel contexte n'est envisageable qu'à la condition de se remettre en question, d'accepter de changer et de prendre certaines décisions, fussent-elles douloureuses. Le SSA dispose encore de ressources suffisantes pour honorer son contrat opérationnel, même si celui-ci se durcit d'année en année. En effet, la variété des missions et des bénéficiaires qui nous ont été confiés au long de notre histoire nous a amené à développer au fil du temps une offre de soins très diversifiée, qui n'est plus justifiée aujourd'hui. Initialement dédié au soutien santé de la communauté de défense dans sa globalité, incluant familles et retraités, et pendant très longtemps la population des appelés du contingent, le SSA a aussi eu en charge des populations entières en zone tropicale. Les compétences qu'il a été amené à développer l'ont progressivement structuré et dimensionné, mais ce qui a fait sa force jadis, le fragilise aujourd'hui. Car si nombre de ces missions n'ont plus aucune réalité, les capacités qui les portaient ont perduré, générant une dispersion des ressources. D'autre part, l'indépendance du Service vis-à-vis du service public de santé, pour justifiée qu'elle ait pu être, l'a progressivement isolé au sein d'une offre de soins nationale qui se réorganise sans lui. Avec le risque à terme de s'en voir exclu.

Face à une situation de moins en moins tenable malgré des réformes incessantes, le service de santé a décidé en 2012 de changer de modèle, sur la base d'un projet dont je vous ai présenté ici-même les grandes lignes il y a deux ans. Vous en connaissez les deux principes majeurs, la concentration et l'ouverture. Je ne ferai donc que les rappeler :

- la concentration vise à recentrer le Service, ses activités et ses ressources, sur le besoin actuel et à venir des armées, ainsi qu'à densifier ses équipes et ses établissements,
- l'ouverture du Service sur son environnement, tout particulièrement le service public de santé, doit lui permettre d'y trouver sa juste place et d'interagir avec les autres acteurs de la santé grâce à des partenariats institutionnels forts.

Le modèle SSA 2020, qui décline ces deux principes, présente cinq caractéristiques majeures que j'énoncerai brièvement car elles éclairent les décisions que nous avons dû perdre.

- 1) SSA 2020 c'est d'abord un Service de santé dont la vocation opérationnelle est fortement réaffirmée. C'est bien le soutien santé des forces en opérations, englobant les trois étapes que j'ai décrites et considérant les opérations au sens large du terme, qui doit définir les compétences à détenir et le niveau des capacités à réaliser.
- 2) SSA 2020 c'est ensuite un service plus robuste, capable de résister demain à une pression opérationnelle au moins égale voire supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui. Pour cela, la densification des équipes, et tout particulièrement celles qui sont projetables sur les théâtres d'opérations, est impérative.
- 3) SSA 2020 c'est nécessairement un nouvel équilibre entre les cinq composantes du Service. La médecine des forces, médecine de premier recours militaire sur les théâtres d'opérations comme sur le territoire national, doit d'urgence être renforcée car elle porte l'indispensable proximité entre le service et les armées. Le corollaire de ce renforcement est un nouveau dimensionnement du modèle hospitalier militaire qui, malgré l'importance des ressources qui lui sont allouées, a lui-même de grandes difficultés à remplir ses missions.
- 4) SSA 2020 c'est encore une cohérence renforcée entre les cinq composantes du service dont les synergies doivent être développées pour plus d'efficacité, mais aussi pour plus d'efficience. L'enjeu ici est la performance du service, condition nécessaire de sa pérennité et de sa capacité à progresser.
- 5) SSA 2020 enfin, c'est un modèle ouvert sur son environnement de santé, mais aussi interministériel pour mieux se préparer avec les acteurs civils à la gestion de crises sanitaires, et international pour améliorer son interopérabilité avec les services de santé alliés.

Ces cinq caractéristiques, vous l'imaginez sans peine, ne sauraient résulter que d'un changement profond, global et synchrone des cinq composantes du service, qu'il

nous faut conduire tout en assurant sans rupture le soutien des forces engagées en opérations et l'ensemble des fonctions du socle au quotidien. Je ne présenterai pas ici le vaste programme de transformation que nous avons élaboré et qui pilote depuis plusieurs mois déjà les changements en cours au sein du Service. Je m'arrêterai seulement sur les évolutions à venir de l'offre de soins militaire.

J'évoquerai en premier lieu la médecine des forces, qui ne saurait être considérée comme la seule déclinaison de la médecine générale en milieu militaire, tant elle présente de spécificités. Je tiens à insister sur le fait que cette composante, par sa proximité au quotidien, incarne le lien entre le SSA et les armées, sur le territoire national comme en opérations, lien sans lequel il ne saurait y avoir de confiance, et donc d'efficacité.

Cette composante a débuté une profonde restructuration qui vise à garantir la qualité du service rendu sans sacrifier à la proximité que je viens d'évoquer, en conciliant pour cela les exigences de compétence technique et d'aptitude opérationnelle. Si les centres médicaux des armées (CMA) ont succédé en 2011 aux services médicaux d'unité que certains d'entre vous ont peut-être connus, c'est autour des CMA de nouvelle génération (CMA NG) que s'organisera demain la médecine des forces. Structures densifiées, regroupant 150 à 200 professionnels de santé pour soutenir 15 à 20 000 militaires, les CMA NG seront les pivots du parcours de soins et de santé de la population militaire. Fortement responsabilisés, ils seront rattachés directement à la direction de la médecine des forces, les directions régionales du SSA disparaissant au profit d'échelons intermédiaires exclusivement consacrés à l'expertise des milieux, et placés de ce fait au plus près des grands états-majors opérationnels d'armées.

Les personnels des CMA se sont engagés il y a deux ans déjà dans l'élaboration de leurs projets d'établissement. L'analyse de ces projets a permis de faire émerger les bases d'un projet médical global pour l'ensemble de la médecine des forces. L'étude des besoins exprimés par la population militaire, confrontée à l'offre de soins disponible, militaire ou civile, a permis de dégager les axes forts qui seront structurants en termes de compétences et d'équipements dans les domaines du soin, de l'expertise et de la prévention. Ces axes portent en priorité sur la pratique de l'urgence dans toute sa diversité, sur la traumatologie dans ses dimensions physiques et psychiques (de la prise en charge initiale à la réhabilitation), sur la pathologie des contraintes physiques au-delà de la seule médecine du sport (qui en constitue néanmoins un aspect important), sur la pathologie des milieux extrêmes dans lesquels évoluent les forces, sur les risques générés par la vie en collectivité dans des conditions rudimentaires (d'ordre infectieux, nutritionnel ou encore psychologique).

Mais il ne saurait y avoir de projet médical sans dimension pédagogique et de recherche. La spécificité de la médecine des forces est telle aujourd'hui qu'elle doit être enseignée aussi par ceux qui la pratiquent au quotidien, dans les CMA comme dans les postes médicaux sur les théâtres d'opérations, ou dans les vecteurs

d'évacuation tactique, voire à l'extrême avant sans autres moyens techniques que ceux contenus dans le sac que l'on porte sur son dos. **Nul ne peut prétendre enseigner ce qu'il n'a lui-même vécu.** Nos jeunes internes ne s'y trompent pas, qui savent vers qui se tourner pour cet aspect spécifique de leur formation. Comme il n'est pas d'enseignement crédible sans questionnement, le projet médical de la médecine des forces doit impérativement s'inscrire dans une dynamique de recherche clinique, dans son domaine d'expertise et en collaboration avec les hospitaliers, les chercheurs de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées, et les épidémiologistes du Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées. De plus en plus de travaux sont produits par les praticiens de la médecine des forces et les internes qui se préparent à ce métier. Le Service se doit de les encourager et de promouvoir cette démarche sans laquelle son efficacité opérationnelle sera inévitablement compromise à terme.

Vous l'aurez compris, une telle réforme et une telle ambition ne vont pas sans moyens. La médecine des forces sera significativement renforcée dans les années à venir et ne subira à ce titre aucune déflation de postes. Au contraire, il nous faut compenser un déficit de plus d'une centaine de praticiens dans cette composante et d'autant de personnels paramédicaux dont les responsabilités sont appelées à augmenter avec la création des CMA NG. Un programme d'infrastructure dédié à la médecine des forces a été sanctuarisé, non seulement pour satisfaire aux normes de qualité croissantes, mais aussi pour soutenir les nouvelles activités techniques qu'ils développeront avec la mise en œuvre de leur projet médical. Enfin, il est urgent maintenant de rattraper, et de dépasser, le retard accumulé depuis vingt ans dans le domaine des systèmes d'information et de communication. Un effort sans précédent a été consenti pour leur développement, sur le territoire national comme en opérations. Le CMA NG sera demain un CMA numérique !

Mais projet médical et moyens renforcés ne seraient rien sans la rénovation des parcours professionnels de l'ensemble des personnels de cette composante. Encore trop peu formalisés et insuffisamment attractifs, ces parcours font actuellement l'objet d'une réflexion dédiée. Garants de l'acquisition et du maintien des compétences, ils sont aussi la meilleure façon de valoriser ceux qui veulent progresser dans l'institution, jusqu'au plus haut niveau de responsabilités, s'ils en ont les aptitudes et la volonté. La médecine des forces doit devenir, à l'instar de la filière hospitalière, une filière d'excellence du service de santé des armées. En nommant cette année à l'agrégation du Val-de-Grâce deux praticiens issus de cette filière, nous nous sommes résolument engagés dans cette voie.

Deuxième pilier de l'offre de soins militaire, la composante hospitalière connaîtra elle aussi une profonde réforme. J'en évoquerai ici les aspects majeurs.

1) Je commencerai par le plus déterminant, à savoir la réduction globale du format hospitalier militaire qui répond à trois raisons principales. La première est la contraction des ressources du SSA, qu'il n'est plus possible de faire porter par les autres composantes comme cela fut le cas lors des précédentes réformes. Les

hôpitaux supporteront donc la grande majorité des déflations de postes à réaliser, sachant qu'à terme cette composante représentera encore 45 % de l'ensemble des ressources humaines du Service. La deuxième raison est la surcapacité hospitalière du service de santé au regard du besoin actuel des armées. L'offre de soins hospitalière très diversifiée, très lourde (avec notamment neuf services de réanimation) n'est plus justifiée aujourd'hui et doit être adaptée aux missions confiées aux HIA. La troisième raison enfin se réfère à l'évolution générale de l'hôpital et des pratiques hospitalières dans notre système national de santé. Le développement rapide des pratiques ambulatoires et des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle a un impact certain sur les capacités hospitalières nationales, il doit aussi en avoir sur les capacités hospitalières militaires.

2) Le deuxième aspect majeur de cette réforme concerne le projet médical hospitalier militaire. Certaines spécialités projetables sur les théâtres d'opérations se trouvent aujourd'hui dans une situation préoccupante, tout particulièrement la chirurgie orthopédique et la chirurgie viscérale. Le SSA détient dans ses neuf HIA une quarantaine d'équipes chirurgicales projetables pour une cible de 65 en 2020. La sujétion opérationnelle qui s'accroît pour ces équipes vient s'ajouter à des conditions d'exercice non optimales dans les hôpitaux, par exemple en termes d'accès au bloc opératoire ou encore de permanence des soins. Il est de ce fait urgent de reconsidérer les activités développées au sein des HIA ainsi que la répartition des ressources qui leur sont allouées. Les spécialités qui ne répondent plus aux besoins des armées aujourd'hui doivent être progressivement transférées vers des établissements civils. D'autres activités, utiles bien que non projetables, doivent être préservées et justement dimensionnées. Si la cohérence de l'offre de soins d'un hôpital militaire doté d'un service d'accueil des urgences doit être impérativement respectée, les effectifs des différentes équipes, comme le statut de leurs personnels, doivent tenir compte de la pression opérationnelle qui s'exerce sur elles.

3) Le troisième aspect majeur de la réforme hospitalière décline le principe de différenciation. Le modèle actuel, globalement homogène, entretient la dispersion des ressources spécialisées sur neuf sites, fragilisant l'ensemble du dispositif. Les HIA ne contribuent pas de la même façon au soutien des forces, c'est un fait. Il n'est donc pas nécessaire qu'ils aient tous le même profil d'activités. Le nouveau modèle hospitalier militaire différencie les HIA en deux catégories : d'une part quatre HIA situés sur deux plateformes, en Île-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et d'autre part, quatre HIA hors plateforme, à Bordeaux, Brest, Lyon et Metz. Les plateformes hospitalières militaires ont vocation à assurer la part la plus contraignante du contrat opérationnel et doivent être capables de déployer chacune une chaîne santé complète. Leurs hôpitaux ont aussi vocation à assurer la prise en charge des malades et blessés rapatriés des théâtres d'opérations. Pour remplir efficacement et durablement ces missions, les HIA de plateforme doivent être densifiés. Trois d'entre eux verront leurs effectifs augmenter significativement. Les spécialités projetables seront renforcées, leurs personnels bénéficieront d'une préparation opérationnelle permanente, tandis que leur disponibilité et leur réactivité

seront garanties. Les quatre HIA hors plateforme contribueront également au contrat opérationnel, plus particulièrement (mais non exclusivement) à la régénération des équipes projetées sur les théâtres d'opérations stabilisés. Ils n'ont pas vocation à détenir l'ensemble des spécialités du contrat opérationnel et seront soumis à des contraintes moins prégnantes, ce qui influencera leurs ressources et leurs modes de fonctionnement. De ce fait ces quatre HIA verront leurs effectifs diminuer significativement. Le complément d'équipes projetables qui pourrait être nécessaire sera réalisé par la réserve opérationnelle du SSA, qui assure déjà un nombre non négligeable de missions, et le cas échéant par l'insertion d'équipes militaires au sein d'établissements civils.

4) Le quatrième aspect de la réforme concerne la place et le rôle des HIA dans l'offre de soins territoriale. Ceux-ci n'en sont aujourd'hui que des acteurs optionnels. Cette posture de simple concours au service public visait à préserver la disponibilité des hôpitaux pour le soutien des forces, alors qu'une faible partie seulement de leur personnel est réellement concernée par la projection. Cette posture n'est plus tenable aujourd'hui car les HIA peuvent apparaître comme des concurrents de l'hôpital public, particulièrement dans les spécialités d'intérêt pour le soutien opérationnel. Les hôpitaux militaires doivent devenir des acteurs à part entière de l'offre de soin territoriale, et en assurer les responsabilités sans compromettre pour autant leur disponibilité pour le soutien des forces en opérations. Seul un dialogue renforcé avec les agences régionales de santé peut leur permettre de trouver leur juste place, respectueuse du service public territorial comme de leur mission de défense.

Cette place nouvelle des HIA dans l'offre de soins passe également par la construction de partenariats avec les autres acteurs de santé des territoires et particulièrement avec les établissements du service public hospitalier. Ces partenariats, conformes aux orientations actuelles de la stratégie nationale de santé, visent à construire des parcours de soins adaptés aux besoins des patients, civils comme militaires. Ils passent par l'élaboration de projets médicaux partagés entre équipes et établissements mais aussi, dans un souci d'efficience, par des mutualisations de moyens et des répartitions judicieuses d'activités. Concernant les hôpitaux militaires, ces partenariats prendront des formes différentes entre HIA de plateforme et HIA hors plateforme, ces derniers ayant vocation à se rapprocher plus fortement de leurs partenaires civils compte tenu de la réduction de leur format. Le nouveau positionnement des HIA dans l'offre de soins territoriale et régionale est un défi qui concerne donc aussi l'ensemble des acteurs de la santé, du niveau ministériel à l'échelon local. L'article 222 de la future loi de santé publique, dédié au SSA et à l'Institution Nationale des Invalides, vise à leur permettre de réussir ce changement de posture qui va dans le sens d'un renforcement du lien Armée-Nation, dans un esprit à la fois de service public et de défense. Ceci dans le respect des identités et des missions de chacun des acteurs.

5) Le dernier aspect de cette vaste réforme que je souhaite évoquer est celui de l'organisation interne et de la gouvernance des hôpitaux d'instruction des armées. Il convient dans un premier temps de poursuivre la réorganisation interne de leurs

activités pour l'adapter aux nouvelles modalités du fonctionnement hospitalier. Le décloisonnement des services doit être poursuivi au-delà de la création de simples fédérations. La prise en compte des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, et particulièrement de la pratique ambulatoire, doit être organisée et intégrée jusque dans leur schéma d'infrastructure. Ces hôpitaux doivent penser leur organisation en fonction des besoins des patients, plus qu'en logique de spécialités qui prévaut encore aujourd'hui.

Leur gouvernance interne, à l'instar de leur organisation, doit également évoluer. Il est urgent de responsabiliser plus les acteurs du soin, praticiens et paramédicaux, dans la stratégie médicale de l'établissement et la gestion des ressources. Il faut pour cela former ces personnels et leur déléguer des responsabilités aujourd'hui quasi exclusivement détenues par les chefferies. Les instances de gouvernance des HIA doivent s'ouvrir plus largement à leurs bénéficiaires, au premier rang desquelles viennent les armées et le commandement, ainsi qu'aux usagers militaires et civils. Ils doivent enfin intégrer, conformément à la démarche d'ouverture, des représentants des agences régionales de santé et des populations des territoires. Cette gouvernance sera adaptée au type de partenariat développé avec d'autres établissements de santé, et donc potentiellement différente entre HIA de plateforme et HIA hors plateforme. En tout état de cause les hôpitaux militaires devront disposer de plus de marges de manœuvre pour mieux s'adapter aux contextes locaux dans lesquels ils évoluent.

Pour conclure, et après vous avoir présenté les grandes évolutions de l'offre de soins militaire découlant de la mise en œuvre du modèle SSA 2020, je souhaite revenir sur la question que pose aussi la fermeture de l'HIA du Val-de-Grâce : quelle excellence pour la médecine militaire demain ?

Le nouvel équilibre entre médecine hospitalière et médecine des forces, au profit de celle-ci, a pu apparaître comme un risque pour le niveau d'excellence des praticiens militaires. Si l'excellence ne se décrète pas, elle ne saurait non plus se générer spontanément. Elle doit être voulue, favorisée, accompagnée, tandis que des moyens pérennes doivent lui être consentis. **Cette volonté d'excellence est une dimension essentielle du modèle SSA 2020, en ce sens qu'elle a été prise en compte dans les choix que nous avons faits et les décisions que nous avons prises.** Longtemps fondée sur les qualités exceptionnelles de certains de ses personnels, l'excellence du SSA doit avoir maintenant une véritable dimension institutionnelle et n'écarter personne. Pour cela elle doit se développer dans les domaines d'intérêt spécifique de la médecine militaire, répondre aux besoins de Défense non couverts par ailleurs, et concerner des personnels de l'ensemble des composantes du service, quel que soit leur métier ou leur statut. Hospitaliers et chercheurs certainement, mais aussi praticiens et soignants de la médecine des forces ou encore acteurs du ravitaillement sanitaire. Il est essentiel pour le service, sans limiter les initiatives individuelles ni restreindre leur diversité, de définir clairement les grands domaines d'intérêt de la médecine militaire, de fédérer des acteurs aux compétences complémentaires au sein d'équipes multidisciplinaires, et de leur garantir des moyens et des parcours professionnels attractifs. C'est pour cette raison que nous allons créer une direction commune de la

formation et de la recherche du service de santé. C'est ainsi que se pérennisera l'excellence du Service au-delà de la fermeture de l'hôpital du Val-de-Grâce qui l'aura longtemps incarnée. Cette direction commune de la formation et de la recherche, comme celle de l'offre de soins militaire à laquelle nous travaillons, seront localisées au sein du site historique du Val-de-Grâce qui deviendra ainsi, au-delà du symbole, le creuset de la réflexion, de la conception et de la direction des domaines scientifique et opérationnel du service de santé des armées.

L'excellence n'est pas un statut mais un défi que la Médecine Militaire n'a pas renoncé à relever. J'espère vous en avoir convaincus.

Je vous remercie de votre attention.

