

N° 501

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 juin 2020

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées (1) sur le suivi de l'action du service de santé des armées pendant la
crise sanitaire,

Par M. Jean-Marie BOCKEL et Mme Christine PRUNAUD,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : M. Christian Cambon, *président* ; MM. Pascal Allizard, Bernard Cazeau, Olivier Cigolotti, Robert del Picchia, Jean-Noël Guérini, Joël Guerriau, Pierre Laurent, Cédric Perrin, Gilbert Roger, Jean-Marc Todeschini, *vice-présidents* ; Mme Joëlle Garriaud-Maylam, M. Philippe Paul, Mme Marie-Françoise Perol-Dumont, M. Olivier Cadic, *secrétaires* ; MM. Jean-Marie Bockel, Gilbert Bouchet, Michel Boutant, Alain Cazabonne, Pierre Charon, Mme Hélène Conway-Mouret, MM. Édouard Courtial, René Danesi, Gilbert-Luc Devinaz, Jean-Paul Émorine, Bernard Fournier, Mme Sylvie Goy-Chavent, MM. Jean-Pierre Grand, Claude Haut, Mme Gisèle Jourda, MM. Jean-Louis Lagourgue, Robert Laufoaulu, Ronan Le Gleut, Jacques Le Nay, Rachel Mazuir, François Patriat, Gérard Poadja, Ladislav Poniatowski, Mmes Christine Prunaud, Isabelle Raimond-Pavero, MM. Stéphane Ravier, Hugues Saury, Bruno Sido, Rachid Temal, Raymond Vall, André Vallini, Yannick Vaugrenard, Jean-Pierre Vial, Richard Yung.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
REDONNER DU SOUFFLE AU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES.....	7
I. L'OPÉRATION RÉSILIENCE : LE SSA AU SERVICE DE LA NATION.....	8
A. UNE RÉACTIVITÉ REMARQUABLE DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE	9
B. LES 5 COMPOSANTES DU SSA FACE À LA PANDÉMIE : UNE MOBILISATION TOUS AZIMUTS	13
II. UN SERVICE À BOUT DE SOUFFLE : L'INDISPENSABLE MISE À NIVEAU LORS DE L'ACTUALISATION DE LA LOI DE PROGRAMMATION MILITAIRE EN 2021	17
A. DES MOYENS ÉREINTÉS.....	17
B. UNE SOUS-ESTIMATION DU RISQUE PANDÉMIQUE DANS LA LOI DE PROGRAMMATION MILITAIRE.....	20
C. DES QUESTIONS SUR LE RÔLE ET L'ORGANISATION DU SSA MISES À JOUR À L'OCCASION DE LA CONTAMINATION DU PORTE-AVIONS CHARLES DE GAULLE PAR LE CORONAVIRUS.....	20
EXAMEN EN COMMISSION.....	23

Rapport de suivi de l'action du service de santé des Armées pendant la crise sanitaire, de M. Jean-Marie Bockel et Mme Christine Prunaud

Avertissement : Pendant le confinement lié à la crise sanitaire du coronavirus, les sénateurs rapporteurs de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées ont poursuivi activement leur travail d'information et de contrôle du Gouvernement, via des auditions réalisées via Internet, destinés à mesurer l'impact de la crise sanitaire sur les secteurs dont ils avaient la charge, et à proposer des mesures pour y faire face.

Ce rapport de suivi de l'action du service de santé des Armées pendant la crise sanitaire a ainsi été réalisé sur la base du déplacement de Jean-Marie Bockel, co-rapporteur du programme 178 le 25 mars 2020 à l'Élément Militaire de Réanimation du SSA (EMR-SSA) à Mulhouse et d'auditions de la commission menées entre le 3 avril et le 22 mai 2020.

Publié d'abord sous forme de communication écrite le 22 mai 2020, il a été adopté par la commission des affaires étrangères et de la défense, sous forme de rapport d'information, lors de sa réunion plénière du 10 juin 2020.

REDONNER DU SOUFFLE AU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

(Situation au 22 mai 2020)

Pris en tenaille entre la diminution de ses moyens et l'augmentation de ses missions, le SSA est aujourd'hui dans une situation critique. Malgré l'engagement remarquable de ses personnels, et sa grande réactivité, manifestés lors de l'opération Résilience, le modèle est à bout de souffle. Les sénateurs demandent une réévaluation de ses moyens à l'occasion de l'actualisation de la loi de programmation militaire en 2021 et tirent les leçons de la contamination du porte-avions Charles de Gaulle. Ils saluent la décision de tester tout militaire au Coronavirus avant son départ en opérations.

Le service de santé des armées (SSA), éternel sacrifié, a subi de plein fouet d'abord la révision générale des politiques publiques (RGPP), puis les réductions de personnel (« déflations ») des précédentes lois de programmation militaires (LPM). La fermeture assumée de l'hôpital du Val-de-Grâce, véritable traumatisme, montre l'ampleur du plan de réforme « SSA2020 » mis en place pour s'adapter à l'attrition des moyens. Avec moins de 15 000 personnes, et 1,4 milliard d'euros de budget, le SSA, qui a perdu 1600 postes en 5 ans, où il manque 100 médecins, ne « tourne » aujourd'hui que grâce à ses 3 000 réservistes.

Avec ces moyens éreintés, le service de santé a dû accompagner l'engagement intense en opérations des armées françaises (accentué à partir de 2013 par l'engagement au Sahel), puis, à partir de 2015, la remontée en puissance de la force opérationnelle terrestre (FOT), conséquence des attentats sur le territoire national. Le SSA, désormais mieux inséré dans l'offre de soins civile, est aujourd'hui projeté auprès des 31 000 militaires en opérations sur les théâtres extérieurs.

Cet effet de ciseaux entre la diminution des moyens et l'intensité des missions a mis le SSA sous très forte tension, pesant sur des personnels, sur-engagés. Le taux de projection des équipes médicales est de 106 %, malgré l'apport des réservistes, et de 200 % pour les équipes chirurgicales.

Face à la pandémie, le SSA a fourni, à la mesure de ses moyens, une contribution significative à l'opération « Résilience », en mobilisant toutes ses composantes au service de la santé de nos concitoyens, inventant un hôpital de réanimation de campagne à Mulhouse puis Mayotte, mettant en œuvre un « service de réanimation volant » (Morphée).

Pourtant, face à la tension extrême sur ses moyens, le SSA est aujourd'hui proche d'un point de rupture.

Les sénateurs demandent que ses moyens et son rôle soient renforcés à l'occasion de l'actualisation de la loi de programmation militaire en 2021.

Face à la crise sanitaire qui a frappé le porte-avions, le forçant à rentrer à Toulon, son rôle de conseil du commandement militaire, et l'organisation de la remontée d'information en son sein, doivent aussi sans doute être réexaminés.



Le SSA en chiffres

- 14 760 **personnes** auxquelles s'ajoutent un peu moins de 3 000 réservistes ;
- **1,4 milliard d'euros** de budget d'environ ;
- 8 hôpitaux d'instruction des armées (HIA), 17 centres médicaux des armées, 14 centres médicaux interarmées, 3 écoles, 1 institut de recherche, 3 établissements de ravitaillement en médicaments et matériels chirurgicaux, 1 service de protection radiologique, 1 centre de transfusion sanguine, 1 centre d'épidémiologie et de santé publique ;
- Activité opérationnelle : en 2018, 1 667 personnels de la fonction de santé ont été projetés sur des théâtres extérieurs, 1 700 interventions chirurgicales ont eu lieu, 280 tonnes/2 900 m³ ont été expédiés en OPEX, 194 889 actes paramédicaux ont été effectués. En 2019, ont été **projetés 1 966 militaires** du SSA en opérations : 544 officiers, 809 sous-officiers et 13 militaires du rang. Environ 350 militaires du SSA sont actuellement déployés en opération (embarquée/OPEX).
- Activité sur le territoire national : 86 600 séjours en hôpitaux militaires (2017) d'une part, et 818 000 actes médicaux et 1 360 000 paramédicaux en médecine des forces, d'autre part.

I. L'OPÉRATION RÉSILIENCE : LE SSA AU SERVICE DE LA NATION

Alors qu'il ne représente que 1 % de l'offre de soins en France, le Service de santé des armées participe, à la hauteur de ses moyens, à la gestion de cette crise sanitaire exceptionnelle, mettant ses compétences au service de la résilience de la Nation sans se détourner de sa mission première : le soutien médical des forces armées.

Pour cela tous les établissements et toutes les composantes¹ du Service ont été mobilisés. Deux dispositifs sont particulièrement remarquables : l'un n'avait jamais été déployé sur le territoire national, (le dispositif MORPHEE, transport aérien des malades), et l'autre a été créé pour répondre à la pandémie : l'Élément Militaire de Réanimation du SSA (EMR-SSA).

¹ Les 5 composantes du service de santé des armées sont : la médecine des forces, la médecine hospitalière, le ravitaillement sanitaire, la formation et la recherche.

A. UNE RÉACTIVITÉ REMARQUABLE DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE

La création ad-hoc et le déploiement en 7 jours d'un élément de réanimation

Si le service de santé des armées déploie de manière régulière des structures hospitalières et chirurgicales sur les théâtres des opérations extérieures pour prendre en charge les militaires et les blessés de guerre, il met alors en œuvre des procédures dites de « *Damage Control* », normalisées par les standards de l'OTAN¹ selon lesquels un blessé doit avoir accès à un infirmier dans les 10 minutes, à un médecin dans l'heure et à un chirurgien dans les deux heures.

L'« hôpital de campagne » dont le SSA devrait être pourvu, en application de la loi de programmation militaire, n'est pas encore disponible. C'est donc en s'appuyant sur son savoir-faire dans le domaine de la projection de moyens hospitaliers sur les théâtres d'opération, et en partant de structures existantes, les unités médicales opérationnelles (UMO), que le SSA a créé de toutes pièces et déployé en 7 jours à Mulhouse un « Élément Militaire de Réanimation » (EMR-SSA). Ce concept est né du travail collaboratif des experts des différentes chaînes du service de santé des armées².



Visite avec le Président de la République à l'EMR de Mulhouse le 25 mars 2020



Visite à l'hôpital militaire Béjin avec la médecin général des armées, Maryline GYGAX GÉNÉRO, directrice centrale du service de santé des armées en novembre 2017

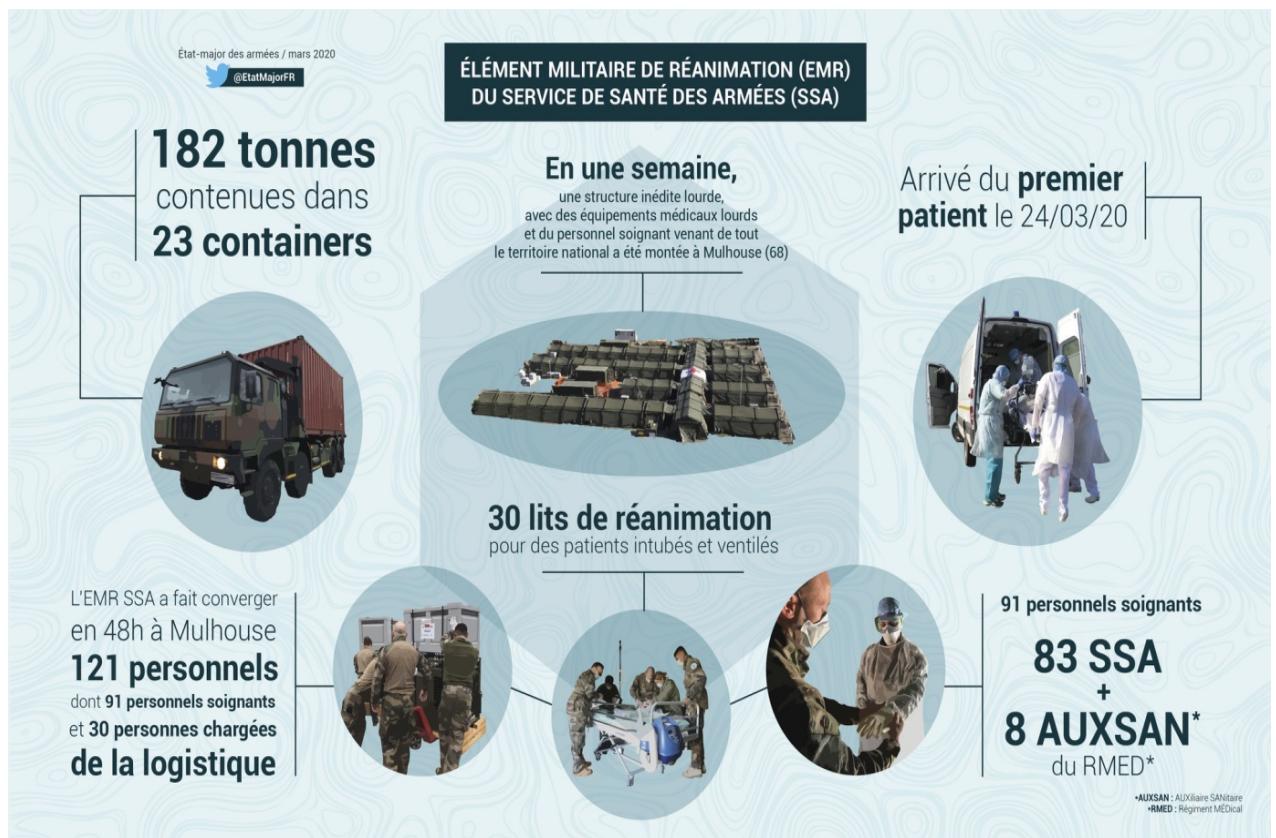
¹ L'expertise du SSA est reconnue au niveau OTAN, les Alliés acceptant de lui confier les blessés les plus graves sur les théâtres d'opérations extérieures. De même en octobre 2019, l'IRBA a accueilli un atelier de l'OTAN Software tools for Triage of the Acute Radiation Syndrome (StTARS) à Brétigny-sur-Orge pour présenter des outils d'aide au diagnostic en cas d'accident radiologique (d'origine terroriste ou industrielle).

² Le Président de la République a annoncé le déploiement d'un renfort du SSA le 16 mars à 20H. Ont contribué à la mise en œuvre de l'EMR-SSA : le Régiment médical (RMED) de l'armée de Terre (projeté dès le mercredi 18 mars à Chanteau), la Direction des approvisionnements en produits de santé des armées (DAPSA), en coordination avec la Direction générale de la Santé (DGS). Le 19 mars a eu lieu la reconnaissance du site de déploiement de l'EMR-SSA à proximité de l'hôpital de Mulhouse (Haut-Rhin). Le 20 mars le convoi logistique de l'EMR-SSA a quitté Chanteau pour rejoindre Mulhouse. Samedi 21 mars, ont débuté la création et l'installation de la structure de l'EMR.

L'EMR-SSA, un dispositif destiné à une adaptation rapide aux besoins

- C'est un service de **réanimation sous tente**, dédié à la prise en charge de patients COVID-19 intubés et ventilés, atteints d'un syndrome de détresse respiratoire sévère (SRAS), composée de trois travées, il permet de mettre **30 lits** à disposition, organisés en trois travées.
- Il est adossé au centre hospitalier de Mulhouse bénéficiant de son plateau technique et permettant de désengorger des lits de réanimation de l'hôpital civil.
- L'EMR est armé par **107 personnels** de santé et des personnels administratifs et logistiques (essentiellement du RMED). Le personnel de santé est composé d'une quinzaine de médecins, dont 11 anesthésistes/réanimateurs, 33 infirmiers anesthésistes, des infirmiers en soins généraux et aides-soignants, mais également des kinésithérapeutes, des techniciens de laboratoires et des ingénieurs biomédicaux. L'EMR est dirigé par un directeur médical de zone, médecin général du service de santé des armées rappelé en première section.
- L'EMR-SSA est un **dispositif adaptatif**. Le 17 avril, une travée de lits (10 lits) a été démontée, dans le cadre du dialogue permanent avec les autorités sanitaires locales. Le régiment médical a transporté les deux containers de matériel médical de la travée de l'EMR démontée vers l'établissement de ravitaillement sanitaire des armées (ERSA) à Vitry-le-François. Ce matériel y a été bio-décontaminé, vérifié et reconditionné. 10 lits de réanimation sont ainsi rendus disponibles pour un engagement ultérieur.
- L'EMR-SSA a aidé à **former et à armer l'unité de post-réanimation** de 12 lits créée le 7 avril au sein du centre hospitalier Émile Muller de Mulhouse pour accueillir les patients en phase de réadaptation après une période de lourde réanimation. Le service de santé des armées a prêté du matériel médical nécessaire à la lutte contre le COVID-19. Par ailleurs, des formateurs du SSA ont effectué des formations au profit des soignants civils en trachéotomie et fibroscopie bronchique.

Opérationnel à partir du 24 mars, date d'accueil du premier patient, l'EMR-SSA a pris en charge **47 patients**, représentant **600 jours d'hospitalisation**, il a ensuite été progressivement réduit au fur et à mesure que le besoin de lits de réanimation diminuait et pour permettre son déploiement là où l'évolution de la pandémie l'exige. Après Mulhouse, c'est donc au tour de **Mayotte** de bénéficier du renfort de l'EMR-SSA. Ce sont ainsi 10 lits de réanimation qui y seront acheminés par deux rotations d'A400M Atlas d'ici la fin du mois de mai.



© Ministère des armées

La première mise en œuvre de MORPHEE, service de réanimation volant, sur le territoire national

Le Module de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation (MORPHEE) permet d'assurer l'évacuation simultanée d'une dizaine de blessés graves depuis une zone d'opération n'importe où dans le monde jusqu'à la métropole pour sa prise en charge dans un hôpital militaire. Il est né du retour d'expérience de l'attentat de Karachi au Pakistan en 2002 (11 morts français et 12 blessés). Opérationnel depuis 2006, il a été utilisé la première fois au Kosovo en 2008, puis mis en œuvre à cinq reprises, au Kosovo et en Afghanistan. Mis en œuvre à bord des avions A330 Phénix pendant la crise sanitaire, il n'avait jamais été déployé sur le territoire national, non plus que pour gérer des patients non blessés mais hautement infectieux.

Le déploiement du dispositif MORPHEE sur le territoire national

- Dans le cadre de Résilience, le module MORPHEE, compatible avec l'A330 MRTT (Multi Role Tanker Transport) et le Boeing C135 de l'armée de l'air, a été déployé pour la première fois sur le vecteur aérien militaire **A330 MRTT**. Il a été opérationnel dès le **16 mars** au soir. Pour une mise en œuvre sous 24 heures.

- Il s'agit d'un « service de réanimation volant » permettant le transfert des personnes gravement atteintes par le Covid-19 depuis les hôpitaux métropolitains les plus saturés pour faciliter leur prise en charge dans d'autres structures, en lien avec la Direction générale de la Santé. Ce dispositif permet de prendre en charge **6 patients en réanimation, c'est-à-dire** sous oxygénothérapie, **intubés et ventilés**, nécessitant des soins intensifs et un monitoring constant.
- MORPHEE est mis en œuvre par **18 personnes, dont 12 membres du SSA** pour la prise en charge des blessés, membres soignants qui peuvent être renforcés selon les besoins de certains patients et 6 membres d'équipage de l'avion de l'armée de l'Air (AA).

Le dispositif d'évacuation médicale aéroportée a été mis en place dès le 16 mars entre Mulhouse et Toulon pour désengorger les services de réanimation de Mulhouse. À ce jour, **six rotations** ont été effectuées permettant l'évacuation de **36 patients**.



© Ministère des armées

La mobilisation exceptionnelle des porte-hélicoptères amphibies au profit de l'Outre-mer

De façon exceptionnelle, le porte-hélicoptères amphibie (PHA) Tonnerre a évacué douze malades de la Corse vers Marseille le 23 mars.

Déployés par la Marine Nationale en lien avec le SSA, les deux autres PHA Dixmude et Mistral apportent un soutien aux régions et collectivités d'Outre-mer (ROM-COM). Équipés d'un hôpital embarqué de 750 m² avec 69 lits médicalisés, de deux blocs opératoires et d'une salle de radiologie, soit l'équivalent d'un hôpital de rôle 3 (équivalent à celui d'une ville de 20 000 habitants), les PHA n'auront pas vocation à accueillir des malades atteints de Covid-19 mais assureront d'abord le ravitaillement des ROM-COM, y compris en fret médical.

Les porte-hélicoptères amphibies en Outre-mer

Le Mistral a été envoyé dans le sud de l'océan Indien. Il devait se rendre dans la région Indo-Pacifique et prendre part à l'exercice amphibie « Croix du Sud », dans le cadre de la mission Jeanne d'Arc. Brièvement engagé au sein de la Force opérationnelle combinée 150 contre les trafics, le Mistral a mis le cap vers Mayotte, où a débarqué le sous-groupement tactique de l'armée de Terre (armé par des marsouins du 2^e Régiment d'Infanterie de Marine, du Régiment d'Infanterie Chars de Marine et de sapeurs de Marine du 6^e Régiment du Génie) pour renforcer le Détachement de la Légion étrangère. Le PHA fera la navette avec La Réunion pour y charger plusieurs tonnes de fret, renforçant l'action Bâtiment de soutien et d'assistance outre-mer (BSAOM) « Champlain »,

- le Dixmude a été déployé le 3 avril au départ de Toulon vers la zone des Antilles et de la Guyane ; il est arrivé à Saint-Martin après avoir réalisé en mer sa quatorzaine. Outre deux équipes de désinfection du 2^e Régiment de Dragons, il a également embarqué deux Puma du 3^e Régiment d'hélicoptères de combat de l'ALAT, un Écureuil de la Gendarmerie nationale et un EC-145 de la Sécurité civile, un camion de pompier, et 120 tonnes de fret, dont 4,5 tonnes de matériel médical et 58 tonnes de produits alimentaires. Le Dixmude doit se rendre en Guadeloupe, puis en Martinique, où est prévu le transfert du fret médical à bord du BSAOM Dumont d'Urville. Le BSAOM qui vient d'entrer en service actif acheminera ce fret en Guyane. Comme après la tempête Irma, les forces françaises, britanniques et néerlandaises vont coordonner leurs actions, en unissant les efforts du Dixmude, du Karel Doorman (Pays-Bas) et du RFA Angus (Royal Navy).

Répondant à une recommandation de la commission des affaires étrangères et de la défense, la ministre des armées a confirmé lors de son audition que les militaires qui mettraient pied à terre seraient préalablement testés au coronavirus.

B. LES 5 COMPOSANTES DU SSA FACE À LA PANDÉMIE : UNE MOBILISATION TOUS AZIMUTS

La direction centrale du SSA a mis en place une cellule de coordination COVID-19 le 6 février 2020, devenue cellule de crise au passage de la pandémie au stade 3. Le SSA a notamment mis à disposition ses experts en biosécurité et ses épidémiologistes pour réaliser les différentes enquêtes épidémiologiques et la prise en charge de clusters éventuels au sein des forces.

La chaîne hospitalière militaire a pris en charge près de 3% des réanimations

Au 30 avril, les 8 HIA avaient pris en charge 8817 patients, dont 6441 ont été vus en consultation et 2376 ont été hospitalisés. Il y a eu 449 passages en réanimation.

Les HIA

L'ensemble des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) ont été pleinement impliqués dans le dispositif de prise en charge des patients COVID-19 dès le 23 février. L'HIA **Bégin**, établissement de **première ligne** habilité à recevoir des patients COVID-19 a été le premier concerné par cette prise en charge. Puis les **HIA Percy, Sainte-Anne, Laveran, et Clermont-Tonnerre**, établissements de santé de **deuxième ligne**, ont été à leur tour rapidement mobilisés pour augmenter les capacités des établissements de première ligne et recevoir des patients COVID-19.

Le passage au stade épidémique le 14 mars a mobilisé l'ensemble du système de santé français. À ce titre, les **HIA de Metz, Lyon et Bordeaux, établissements de rang 3**, ont participé aux prises en charge et accueilli selon leurs capacités et les besoins de la santé publique des patients COVID-19.

Des unités de réanimation supplémentaires ont été ouvertes, permettant de porter le **nombre total de lits de réanimation à 171 contre 57** avant le début de la crise. Mi-avril, les HIA accueillent **2,76%** des malades du COVID en réanimation.

L'ensemble des ressources humaines du SSA a été mobilisé pour renforcer les HIA, soit mi-avril **624 renforts** de réservistes, d'élèves des écoles du SSA, de personnel des autres chaînes du SSA ainsi que des bénévoles. Au même moment, le personnel de la chaîne hospitalière continue à assurer sa contribution à la mission première du service, de soutien des forces en opérations avec **92 soignants des HIA en OPEX ou mission de courte durée**.

La médecine des forces se prépare à intervenir en cas d'infection en OPEX

La médecine des forces s'est impliquée dans la mise en place de l'élément de réanimation ainsi que dans les différentes opérations d'évacuations aériennes, navales et terrestres de patients COVID-19 pour désengorger l'est de la France, la Corse et l'Île-de-France. La médecine des forces participe au fonctionnement des HIA en assurant les gardes hospitalières notamment.

Les quatre priorités de la médecine des forces

- Assurer le **soutien médical** des missions stratégiques et des missions opérationnelles prioritaires, avec **432 personnels en opérations** ;
- Contribuer à la conception et à l'exécution des missions opérationnelles liées au COVID-19 et de l'opération RESILIENCE, être en mesure de soutenir un renforcement de SENTINELLE;
- Garantir une offre de soins sécurisée à la communauté de défense via un maillage territorial suffisant et par la **téléconsultation** mise en place le 27 mars et généralisée le 6 avril. Ce dispositif est opérationnel 24h/24h et concerne l'ensemble des ayants-droits (militaires, civils de la défense et leurs familles). En quinze jours, le nombre cumulé de téléconsultations s'est élevé à 5 953 dont 84% en lien avec le COVID-19. La médecine des forces contribue également au dispositif de **soutien médico-psychologique** mis en place au profit du personnel du ministère et des soignants du SSA ;

- Conseiller en toutes circonstances et à son niveau le commandement en matière de lutte contre l'épidémie, de prise en charge des militaires, de protection des forces armées et de préservation des capacités opérationnelles.

La médecine des forces a constitué **cinq équipes de deux binômes (un urgentiste et un infirmier expérimentés) de « renfort COVID-19 » pour renforcer les théâtres d'opération en cas de dégradation de la situation sanitaire.** Ces équipes seront déployées, si nécessaire, dans des modules de **Capacité de réanimation projetable (CARPE)** ; elles ont reçu une formation spécifique à la prise en charge des patients atteints du coronavirus dans des circonstances opérationnelles.

Lors de son audition devant la commission, la ministre des armées a indiqué qu'au 11 mai 2020, les armées comptaient 1 771 cas confirmés de Covid-19 et 5 400 cas probables ; le chef d'Etat-major des armées ayant chiffré fin avril à une cinquantaine le nombre de cas en Opex proprement dites.

La chaîne du ravitaillement médical a constitué des stocks de précaution

Le service du ravitaillement médical assure l'approvisionnement journalier en produits de santé des différents hôpitaux, antennes, centres médicaux, mais également de l'EMR-SSA et des différents vecteurs (évacuations aériennes et maritimes) de l'opération Résilience. De plus, le RAVMED a assuré la livraison de 5 millions de masques chirurgicaux au profit du ministère des solidarités et de la santé.

Le 24 avril, le ministère des Armées a confirmé l'achat de barils de chloroquine de phosphate, provenant de Chine. Il s'agissait de sels de chloroquine qui auraient permis de fabriquer une solution injectable d'hydroxychloroquine si cette solution thérapeutique avait été validée. Dans un contexte de rareté de la ressource et de concurrence internationale exacerbée à l'achat, la constitution d'un stock de précaution est assumée par le ministère. La ministre des armées Florence Parly a d'ailleurs déclaré le 12 mai devant la commission : *« Le décret du 25 mars 2020 du ministre de la santé et des solidarités a autorisé l'utilisation de l'hydroxychloroquine en milieu hospitalier pour les patients atteints par le Covid-19. La pharmacie centrale des armées a donc procédé, après le 25 mars, à des achats de précaution de ce produit pharmaceutique dont on ne savait pas s'il allait donner des résultats. Il n'y a rien de plus à en dire. »*

La chaîne de formation, de recherche et d'innovation s'est mobilisée en renfort

Les futurs acteurs de santé militaires, les élèves médecins, pharmaciens, infirmiers et aides-soignants ont été déployés en renfort, encadrés par les professionnels du service de santé, au sein des hôpitaux

mais aussi de l'EMR-SSA déployé à Mulhouse. Au 15 avril, 129 élèves médecins et pharmaciens, 154 élèves infirmiers de la 1^{ère} à la 3^{ème} année et 37 élèves infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE) et infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) étaient ainsi en renfort dans l'ensemble des établissements du SSA.

L'institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) a mobilisé toutes ses ressources pour contribuer à la lutte contre le COVID-19

Les actions de l'IRBA

- La chaîne diagnostic biomédicale de l'IRBA a permis de réaliser les analyses des prélèvements du personnel du ministère en soutien des capacités de l'HIA Bégin. Les experts biosécurité ont été déployés pour accompagner la prise en charge du cluster de Creil, assurer la biosécurité des vols MORPHEE, participer à la formation des personnels à la biosécurité pour permettre la **constitution d'équipes « Biosécurité/prélèvements »** comprenant un médecin, un pharmacien et un technicien, prêts à intervenir,
- **15 projets de recherche** impliquant la personne humaine ont été soumis, 8 ont reçu un avis favorable pour une promotion SSA, 3 ont reçu un avis défavorable, et 4 étaient encore en cours d'instruction,
- dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le COVID-19, l'agence de l'innovation de défense (AID) a lancé un appel à projets qui porte sur la recherche de solutions innovantes qui pourraient être directement mobilisables afin de protéger la population, soutenir la prise en charge des malades, tester la population, surveiller l'évolution de la maladie au niveau individuel et l'évolution de la pandémie, ou aider à limiter les contraintes pendant la période de crise. **Le SSA a reçu le soutien de l'Agence Innovation Défense (AID) pour 3 projets d'innovation,**
- enfin, l'IRBA étudie la **production scientifique** autour du COVID-19 et l'intérêt des **différentes solutions technologiques** proposées par les industriels au travers d'une Task Force « Recueil, Analyse, Propositions techniques et scientifiques », TF RAPTS COVID-19. Des fiches de synthèse bibliographiques ou des rapports d'expertise sont rendus (notamment sur l'utilisation et l'efficacité des masques Safran/Mistral et Décathlon/Easybreath®).

La bascule vers la téléconsultation a été accélérée

La direction des systèmes d'information et du numérique a permis le déploiement très rapide de la **téléconsultation** au sein de la médecine des forces, au profit de la communauté de défense et dans les hôpitaux militaires pour le suivi des patients atteints de maladie chronique. Elle travaille au déploiement d'un suivi des patients atteints du COVID-19 dans le système d'information de la médecine des forces.

II. UN SERVICE À BOUT DE SOUFFLE : L'INDISPENSABLE MISE À NIVEAU LORS DE L'ACTUALISATION DE LA LOI DE PROGRAMMATION MILITAIRE EN 2021

A. DES MOYENS ÉREINTÉS

Le déploiement de « SSA 2020 » : un modèle imposé par l'attrition des moyens

Les engagements opérationnels accrus, un système national de santé en pleine mutation, et un contexte budgétaire de plus en plus contraint, ont conduit le SSA à élaborer, dès 2013, une nouvelle vision stratégique : le projet « SSA 2020 ». Ce modèle visait en fait à s'adapter à la réduction des moyens du SSA, tant en termes de ressources humaines, que de moyens hospitaliers. **La fermeture de l'hôpital du Val-de-Grâce** a été le symbole des renoncements demandés, dont la commission des affaires étrangères et de la défense a interrogé la pertinence lors de chaque loi de finances. **En pleine pandémie, nombreuses ont été les voix pour regretter que l'Île-de-France ne dispose plus de ce qui était, il y a encore quelques années, un fleuron de la médecine militaire.**

Le SSA a fourni des efforts considérables pour s'adapter aux attritions décidées et au recentrage forcé sur la médecine en opérations extérieures. La trajectoire des effectifs prévus par la LPM 2014-2019 prévoyait une baisse progressive du recrutement initial jusqu'en 2014 pour atteindre un seuil de 100 médecins et 5 pharmaciens par an et des aides au départ pour certaines spécialités de praticiens et tranches d'âge, en accord avec le modèle « SSA 2020 ».

Le modèle « SSA 2020 »

Recentrage sur la médecine des forces, diminution du format

Le modèle « SSA 2020 » reposait sur trois principes :

- la concentration : recentrage sur la mission opérationnelle (médecine des forces), densification des équipes et des structures,
- l'ouverture au service public de santé, à l'interministériel, à la société civile et à l'international, pour en devenir un acteur à part entière et bénéficier de leur soutien,
- et enfin, la simplification, basée sur la délégation et la transversalité.

La médecine des forces doit devenir le centre de gravité du SSA. Son organisation est simplifiée et différenciée garantissant aux forces armées proximité, disponibilité et compétences spécifiques, en opérations comme sur le territoire national. Des centres médicaux des armées de nouvelle génération sont créés, en nombre réduit par rapport aux structures préexistantes (19 en 2018 contre 54 en 2014).

Les hôpitaux militaires sont réduits à **huit composantes seulement**. Les quatre hôpitaux d'instruction des armées (HIA) composant les groupes hospitaliers militaires nord (HIA Percy et Bégin) et sud (HIA Sainte-Anne et Laveran), et quatre établissements en partenariat civil/militaire** qui ont « **vocation à s'intégrer dans leurs territoires de santé dans le cadre de partenariats** ».

« Leur format sera réduit pour dégager les ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre du modèle SSA 2020. »

* Le SSA n'a plus aujourd'hui à prendre en charge, de la même façon que lors de sa création, la communauté de la défense située en métropole, qui trouve désormais dans le secteur public hospitalier une offre de soins satisfaisante. De la même façon, la disparition des appelés du contingent et la réorganisation des bases de défense ont réduit le besoin d'implantation nationale du SSA.

**HIA Robert Picqué (Bordeaux) en partenariat avec la Maison de santé protestante Bagatelle, HIA Desgenettes (Lyon) en partenariat avec les Hospices civils de Lyon, HIA Legouest (Metz) en partenariat avec le Centre hospitalier régionale de Metz - Thionville et HIA Clermont-Tonnerre (Brest) en partenariat avec le Centre hospitalier régional universitaire de Brest.

La réduction de 10 % des effectifs alors que les missions s'intensifiaient a entraîné pénurie de personnel et problèmes de fidélisation.

Durant la précédente loi de programmation, le SSA a ainsi perdu **10 % de ses effectifs, alors que l'engagement opérationnel dépassait largement les prévisions. La tension a été aggravée par la remontée en puissance de la force opérationnelle terrestre, avec le déclenchement de l'opération Sentinelle. Le SSA s'est ainsi trouvé confronté à un fort effet de ciseau.**

L'évolution des effectifs

Le « périmètre employeur », qui comprend, outre les personnels du budget opérationnel de programme, le personnel fourni au service par les armées, les services et la gendarmerie pour les missions de soutien du périmètre de l'État-major des armées (cette dernière population constitue près d'un tiers de l'ensemble du personnel employé par le SSA) atteint en 2019 **14 756 personnes contre 15 827 en 2015**. Au 1^{er} janvier 2019, **1 611 suppressions de poste (déflations)** ont été réalisées, soit une **diminution de 10 % de ses effectifs employeurs en 5 ans**.

La commission des affaires étrangères et de la défense a obtenu **l'arrêt de la déflation des effectifs en 2017 (pour l'année 2018)**. La LPM 2019-2025 a maintenu cet **arrêt de la déflation des effectifs du SSA et prévu leur stabilisation jusqu'en 2023, puis leur remontée, modérée, au-delà**. Cette nouvelle trajectoire positive se traduira par :

- la mise en œuvre du nouveau modèle hospitalier militaire (selon le dispositif SSA 2020 présenté),

- **l'accentuation de la préparation de l'avenir (15 postes d'élèves médecins et 10 postes d'élèves infirmiers supplémentaires ouverts chaque année à compter de 2019 au titre de la formation *ab initio*),**

- et la poursuite de la remontée en puissance de la médecine des forces. Le service dispose de 700 médecins des forces, il lui en **manque une**

centaine, ce qui conduit à concentrer sur les mêmes personnels la charge de projection du service. **Le taux de projection des équipes médicales était de 106 %, malgré l'apport des réservistes, et de 200 % pour les équipes chirurgicales.**

Alors que les déficits de personnels sont déjà criants dans certaines spécialités telles que les chirurgiens orthopédistes, les dentistes, les infirmiers en soins spécialisés de bloc opératoire diplômés d'État et les masseurs kinésithérapeutes, la **surprojection des mêmes personnels** finit par les pousser à quitter le service. Leur **fidélisation** est un **défi difficile** à relever dans de telles conditions, et alors que la **concurrence de la fonction publique hospitalière sur certaines spécialités est réelle.**

À ceci s'ajoute la longueur des formations pour nombre des métiers de la santé, générant des effets retardés sur les viviers. Ces facteurs incitent à la **civilianisation progressive** des postes sans contrainte opérationnelle directe et au recours croissant aux praticiens contractuels. Alors que ces **officiers contractuels représentaient 7 % des effectifs des praticiens en 2016**, leur recrutement va s'intensifier lors des prochaines années, avec une **cible établie à 16 % d'ici 2021 et 30 % à l'issue de la LPM.**

Pour faire face aux besoins de projection, 10 à 20 % du contrat opérationnel du SSA en OPEX est assuré par des **réservistes**. À ce jour **2 900 réservistes** participent aux missions du SSA, 50 % d'entre eux sont appelés à partir à la retraite à court terme. La directrice du SSA travaille activement à l'augmentation de leur nombre pour atteindre l'objectif de **3 500 réservistes**. Les relations entre le SSA et les réservistes sont **fructueuses** : elles permettent de pourvoir le service en tant que de besoin en attendant que les médecins et infirmiers supplémentaires soient formés (les besoins sont réels chez les chirurgiens orthopédistes ou les dentistes) et elles garantissent l'irrigation des savoir-faire du SSA au sein de notre société lorsque les réservistes retournent à leur pratique.

La situation du SSA reste cependant fragile :

- la **fémminisation** du corps médical pose certains défis,
- le fonctionnement quotidien des centres médicaux des armées est également marqué par un **accroissement des besoins en expertise médicale d'aptitude** et une **intensification des activités de soutien des activités à risque**, du fait de l'augmentation de la force opérationnelle terrestre et du plan Réserve 2019,
- enfin, **l'attractivité du secteur civil**, particulièrement forte pour certaines spécialités hospitalières (radiologie, anesthésie-réanimation et chirurgie), favorise de nombreux départs de l'institution. **La stabilisation du SSA reste donc à surveiller** alors que les attentes à son égard vont croissantes.

B. UNE SOUS-ESTIMATION DU RISQUE PANDÉMIQUE DANS LA LOI DE PROGRAMMATION MILITAIRE

Si la revue stratégique a bien pointé le risque d'une crise pandémique, les chiches moyens accordés par la loi de programmation militaire au SSA montrent que les conséquences n'en ont pas réellement été tirées.

La ministre des armées a d'ailleurs déclaré devant la commission le 12 mai : « *La crise sanitaire a montré combien la menace NRBC est d'actualité. Souvenons-nous de l'intérêt porté à l'arme biologique par Al-Qaïda ou Daech ! En prenant mes fonctions de ministre, j'ai découvert que ce domaine avait été totalement abandonné : il est donc indispensable de remonter en puissance sur les NRBC. C'est un sujet que nous devons réexaminer dans le cadre de la LPM.* »

Les rapporteurs estiment qu'un plan de remontée en puissance du SSA doit être mis en place à l'occasion de l'actualisation de la loi de programmation militaire, en 2021, occasion également de mieux prendre en compte le risque pandémique.

C. DES QUESTIONS SUR LE RÔLE ET L'ORGANISATION DU SSA MISES À JOUR À L'OCCASION DE LA CONTAMINATION DU PORTE-AVIONS CHARLES DE GAULLE PAR LE CORONAVIRUS

Les conclusions des enquêtes menées suite à l'épidémie de covid-19 sur le porte-avions Charles de Gaulle amènent à s'interroger sur le rôle de conseil au commandement que joue le SSA, et sur la remontée d'information en son sein.

En effet, parmi les problèmes identifiés dans la gestion de l'épidémie, on remarque que **les signaux faibles** d'une possible épidémie de COVID-19 à bord n'ont pas été détectés et que la contamination semble avoir été détectée tardivement.

La ministre des armées a ainsi indiqué devant la commission : « *Les signaux faibles de la présence du virus à bord n'ont malheureusement pas été identifiés à temps. Le virus a circulé parmi une population jeune, en bonne santé et entraînée, et les symptômes qui ont été développés par quelques marins ont été interprétés comme étant des états grippaux.* »

Les enquêtes ont montré que le service médical du bord utilisait, pour critère de définition des cas Covid-19, des signes cliniques d'infection respiratoire et de fièvre sans seuil de température, ainsi que d'exposition à un cas confirmé ou probable, ou d'exposition à une zone à risque. Si ce critère n'était pas rempli, les symptômes auraient été classés simple état grippal.

Or, **l'inclusion des critères de perte d'odorat et/ou de goût** dans la définition de cas possible aurait sans doute permis de détecter le signal épidémiologique dès le 23 mars, voire dès la fin de l'escalade. **Pour rappel, la diffusion de ces critères cliniques par la Direction générale de la santé s'est faite le 22 mars.**

Les enquêtes ont montré un **décalage de perception** de la situation entre le commandement, focalisé sur la mission, et le service médical, « confiant » sur la situation sanitaire, et l'équipage inquiet par la situation épidémique en métropole.

Au-delà de la prise de conscience tardive de la situation, la **remontée d'information pose question** : alors que le nombre de cas augmente significativement le 5 avril, et qu'un marin débarqué au Danemark le 30 mars informe le porte-avions le 5 avril qu'il est testé positif au Covid, la directrice centrale du SSA (tout comme la ministre des armées) ne sont informées, comme elles l'ont l'une et l'autre indiqué devant la commission, que le 7 avril.

La secrétaire d'État auprès de la ministre des armées, Mme Geneviève Darrieussecq, déclare ainsi devant la commission le 12 mai : « *La transmission de l'information s'est avérée difficile à ce niveau-là et nous devons l'améliorer. Nous avons aussi besoin de regards croisés pour prendre les décisions les plus adaptées. Les remontées d'informations ont été insuffisantes pendant quarante-huit heures, ce qui a favorisé la diffusion de l'épidémie.* »

Les rapporteurs du programme 178 se demandent si le rôle de conseil du SSA ne doit pas être réexaminé à la faveur de cette expérience, afin qu'en des circonstances particulières, telles que celles que nous connaissons actuellement, son rôle de conseil puisse être renforcé, en veillant naturellement à préserver l'impératif d'autonomie et de responsabilité du principe de commandement.

Devant la commission, le chef d'Etat-major des armées, le Général François Lecointre, a décrit en ces termes ce rôle de conseil : « *Le commandement ne saurait abdiquer sa responsabilité. Bien sûr, le service de santé a une compétence technique et une expertise à faire valoir. Il exerce un rôle de conseil. Mais en aucun cas je n'accepterai que cet avis d'expert vienne se substituer à la responsabilité du commandement qui, in fine, doit décider après avoir développé une vision la plus globale possible, et en endossant seul l'entière responsabilité des ordres donnés. Pour autant, des avis très précis sont donnés à toutes les forces engagées en opération, jusqu'au plus haut niveau.* » (Audition du 23 avril 2020).

Sans remettre en cause cette responsabilité du commandement, en charge des opérations, des procédures complémentaires, permettant un « regard croisé » ou un « travail en plateau », possibilités évoquées par la ministre devant la commission, pourraient permettre d'éclairer davantage le

commandement sur la conduite des opérations dans un cadre aussi exceptionnel que celui d'une pandémie mondiale.

Les rapporteurs seront très attentifs aux propositions que l'Etat-Major doit faire à la ministre en ce sens.

L'absolue nécessité d'un dépistage systématique des soldats avant projection en opérations et des équipages avant appareillage

Depuis plusieurs semaines, la commission des affaires étrangères et de la défense demande au Gouvernement que les forces projetées en opérations, équipages avant appareillage et relèves d'OPEX, soient testés systématiquement avant leur départ.

Ceci non seulement afin d'assurer la sécurité des forces, leur efficacité opérationnelle, mais aussi pour en garantir l'acceptabilité politique pour les pays qui reçoivent sur leur sol les soldats français.

La ministre des armées a fait droit à cette demande et a annoncé devant la commission le 12 mai : « *Nous veillerons, en complément des quatorzaines, et en fonction des règles des pays de destination de nos forces, à ce que l'autorité médicale utilise les tests virologiques et sérologiques* ».

Les rapporteurs se félicitent de la mise en œuvre de ce dépistage systématique des forces combattantes.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 10 juin 2020, la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, présidée par M. Christian Cambon, président, a procédé à l'examen du rapport d'information de M. Jean-Marie Bockel et Mme Christine Prunaud.

Mme Christine Prunaud, rapporteure. – Nous le soulignons depuis des années, le service de santé des armées (SSA) a été l'éternel sacrifié des mesures successives d'économie appliquées au budget de la défense. Il a subi de plein fouet d'abord la révision générale des politiques publiques, puis les réductions de personnel dites « déflations » des précédentes lois de programmation militaires (LPM). La fermeture de l'hôpital du Val-de-Grâce, véritable traumatisme, a symbolisé toute l'ampleur du plan de réforme « SSA 2020 » mis en place pour s'adapter à l'attrition des moyens.

Avec moins de 15 000 personnes, et 1,4 milliard d'euros de budget, le SSA a perdu 1 600 postes en 5 ans. Il manque d'au moins 100 médecins et ne « tourne » aujourd'hui que grâce à ses 3 000 réservistes pour assurer ses missions auprès des 31 000 militaires en opérations sur les théâtres extérieurs.

Un véritable effet de ciseaux que nous avons déjà dénoncé s'est mis en place : la diminution des moyens a été concomitante à l'intensification des missions en OPEX d'une part, avec à partir de 2013 l'engagement au Sahel, et en OPINT d'autre part, avec à partir de 2015, la remontée en puissance de la force opérationnelle terrestre (FOT), conséquence des attentats sur le territoire national.

Ce sont les personnels déjà sur-engagés du SSA qui ont dû faire face, avec un taux de projection des équipes médicales de 106 % et de 200 % pour les équipes chirurgicales.

C'est dans ces conditions et alors qu'il ne représente que 1 % de l'offre de soins en France, que le SSA a mis ses compétences au service de la Nation sans se détourner de sa mission première : le soutien médical des forces armées.

Face à la pandémie, le SSA a donc fourni, à la mesure de ses moyens, une contribution significative à l'opération « Résilience », en mobilisant toutes ses composantes au service de la santé de nos concitoyens. Il a ainsi inventé et déployé en 7 jours un hôpital de réanimation de campagne à Mulhouse puis à Mayotte. Rappelons qu'à Mulhouse, le SSA a fourni l'équivalent de 600 jours d'hospitalisation ! Il a également mis en œuvre un « service de réanimation volant » (Morphée) pour la première fois sur le territoire national prenant en charge non des patients blessés mais des malades hautement infectieux. Si l'on doit saluer la réactivité du SSA, son inventivité visait d'abord à pallier un manque cruel : en effet, l'« hôpital de

campagne » dont le SSA devrait être pourvu, en application de la LPM, n'est toujours pas disponible faute de moyens budgétaires suffisants.

M. Jean-Marie Bockel, rapporteur. - Je vais pour ma part insister sur les moyens et le rôle du SSA.

Face à la tension extrême sur ses moyens, le SSA est aujourd'hui proche d'un point de rupture. Ses moyens et son rôle doivent être renforcés à l'occasion de l'actualisation de la LPM en 2021.

La LPM 2019-2025 a prévu l'arrêt de la déflation des effectifs du SSA, puis leur stabilisation jusqu'en 2023, et enfin leur remontée, modérée, au-delà. Cela paraît insuffisant. Si la revue stratégique a bien pointé le risque d'une crise pandémique, les chiches moyens accordés par la loi de programmation militaire au SSA montrent que les conséquences n'en ont pas réellement été tirées.

D'autres mesures doivent être envisagées pour permettre de fidéliser des personnels sur-engagés et attirer des personnels civils en attendant la formation des futurs médecins militaires dont le nombre doit être revu à l'aune des besoins. L'actualisation de la LPM l'année prochaine sera le moment de calibrer la rénovation du SSA.

Enfin, face à la crise sanitaire qui a frappé le porte-avions, le forçant à rentrer à Toulon, le rôle du SSA de conseil du commandement militaire, et l'organisation de la remontée d'information en son sein, doivent aussi sans doute être réexaminés.

Devant notre commission le 12 mai dernier, la secrétaire d'État auprès de la ministre des armées, Mme Geneviève Darrieussecq, a déclaré que « la transmission de l'information s'est avérée difficile (...) et nous devons l'améliorer. Nous avons aussi besoin de regards croisés pour prendre les décisions les plus adaptées. Les remontées d'informations ont été insuffisantes pendant quarante-huit heures, ce qui a favorisé la diffusion de l'épidémie. »

Le rôle de conseil du SSA doit donc être repensé à la faveur de cette expérience, afin qu'en des circonstances particulières, telles que celles que nous connaissons actuellement, son rôle de conseil puisse être renforcé, en veillant naturellement à l'articuler avec l'impératif d'autonomie et de responsabilité du principe de commandement. Sans remettre en cause cette responsabilité du commandement, en charge des opérations, des procédures complémentaires, permettant un « regard croisé » ou un « travail en plateau », évoqués par la ministre devant la commission, pourraient permettre d'éclairer davantage le commandement sur la conduite des opérations dans un cadre aussi exceptionnel que celui d'une pandémie mondiale.

Nous devons être très attentifs aux propositions que l'Etat-major doit faire à la ministre en ce sens.

Après la présentation des rapporteurs, un débat s'est engagé.

M. Bruno Sido. – Je voudrais remercier nos deux rapporteurs pour leur rapport particulièrement intéressant sur lequel j'ai deux questions. Vous expliquez que la féminisation du corps médical pose certains défis, je voudrais savoir lesquels.

Ma deuxième question, qui demandera peut-être plus d'approfondissement, porte sur la crise du coronavirus sur le Charles-de-Gaulle. J'ai lu très attentivement les conclusions des deux rapports du Ministère des armées qui, de façon problématique, apportent peu d'éléments. On y emploie des expressions : « le commandement », qui n'ont pas cours dans les armées, surtout dans la Marine nationale, qui est très structurée. Il y a un commandant qui sait tout, qui signe tout. Cette affaire de covid-19 sur le Charles-de-Gaulle est une catastrophe opérationnelle et nous n'en connaissons pas les responsabilités. Je crois savoir qu'il y avait sept médecins à bord du Charles-de-Gaulle, pour un équipage de 7 000 membres jeunes et en bonne santé. C'est beaucoup plus encadré que dans nos milieux ruraux où nous avons un médecin pour 2 000 personnes vieillissantes. Dans ces médecins il y a des réservistes, c'est à dire des civils en uniforme qui connaissent parfaitement cette question de covid-19, si on peut penser que les médecins militaires avaient autre chose à penser. On ne me fera pas croire que le Service de Santé des Armées n'a pas prévenu le commandant qu'il y avait un problème, que le commandant n'a pas prévenu son supérieur direct qui était à bord, l'amiral, qui lui-même n'a pas prévenu le Chef d'Etat-major des Armées et le Chef d'Etat-major de la Marine puisque de toute façon, tout message qui part d'un bateau est envoyé en copie au Ministère des armées et au Chef d'Etat-major de la Marine. Par conséquent, je voudrais savoir quel est le rôle du SSA dans cette crise majeure sur le porte-avions.

M. Jean-Marie Bockel, rapporteur. – Je ne suis pas l'avocat de la Marine ni du commandement et d'ailleurs lors des auditions nos questions étaient assez directes sur ces sujets. Je voudrais néanmoins que nous ayons à l'esprit que les faits et réactions à ces faits se sont déroulés dans un contexte qui n'est pas celui d'aujourd'hui. La question n'est, à certains moments, pas d'avoir l'information, de voir arriver les documents, mais d'avoir la capacité, au vu des informations dont on dispose à un moment donné, de l'interpréter et d'en tirer des enseignements. Aujourd'hui, cela nous paraît évident, mais sur le moment cela ne l'a pas forcément été. Je reprends l'expression du ministère après l'enquête de commandement qui parle d'« erreur d'appréciation » mais pas de « faute ». On ne peut pas, de mon point de vue, considérer que le Ministère et le commandement ont fait preuve après coup de langue de bois. Ils ont essayé d'être honnêtes dans la compréhension de ce qu'il s'est passé. La chaîne de commandement a été, comme beaucoup d'autorités civiles et militaires dans un contexte donné, dans un entre-deux où la compréhension a été difficile. D'où d'ailleurs, nos propositions sur le rôle renforcé du SSA, non pour se substituer au commandement, mais pour

être davantage dans la boucle, de manière que, en temps réel, il puisse y avoir les bonnes réactions au bon moment.

Pour ce qui est de la féminisation, c'est la question de la compatibilité des contraintes militaires avec les vies de famille, ou encore de la maternité, ce qui nous ramène en réalité à la question des effectifs. Ce sont des choses qui s'anticipent en termes d'effectifs globaux, permettant d'assumer cette dimension heureuse de la féminisation.

Mme Christine Prunaud, rapporteure. – Concernant la féminisation, il y a les arrêts liés à la maternité certes, mais le problème est en fait celui du manque de médecins. Pour y faire face, le SSA a recours à un nombre élevé de réservistes, comme nous l'avons rappelé. Pour les femmes comme pour les hommes, cela constitue des difficultés de travail du fait d'une pression constante, dont nous sommes peut-être moins conscients par rapport à celle que subit la médecine publique de nos hôpitaux. Le problème se situe également au niveau de la rémunération.

M. Jean-Marc Todeschini. – Je ne pouvais pas ne pas intervenir. Les choses sont claires. Nous avons assisté à une protection totale de la Ministre, qui s'est protégée dans toutes ses interventions. Il y a eu des modifications sous le gouvernement Hollande et il est très clair qu'en haut de la chaîne de commandement, c'est désormais la Ministre et personne d'autre. Ce n'est pas le chef d'état-major de la Marine, qui va peut-être payer les pots cassés. Je pense qu'il y a eu à ce niveau-là une communication et que celle-ci a fonctionné. Je pense qu'il y a des choses que nous ne savons pas et que nous saurons peut-être un jour. Il est vrai que de nombreux médecins étaient présents à bord. Je ne peux croire que le Chef d'Etat-major de la Marine ne soit pas informé immédiatement. Le Chef d'Etat-major particulier du Président de la République, je le rappelle, est un amiral et est l'ancien chef d'état-major de la Marine. Le directeur du cabinet militaire de la Ministre est un vice-amiral. De plus, le cabinet compte un conseiller santé. Comment est-ce possible que les informations ne leur soient pas remontées ? Je crois qu'il y a eu une faille. Le service de santé des armées a dû être avisé et faire son travail. Nous aurions dû immédiatement ramener le Charles de Gaulle à quai. Cela dit clairement pour l'avenir, que si nous ne réglons pas les problèmes de pandémie, si nous n'avons pas une reformulation totale de la sécurité à bord des navires, il ne servira à rien de faire un nouveau porte-avions. D'ailleurs le porte-avions sera peut-être inutile au moment où il faudra le changer puisque nous aurons peut-être un autre type de guerre.

M. Bernard Cazeau. – J'ai fait moi-même mon service dans la Marine et je connais bien la responsabilité des médecins dans la Marine. Il y avait sept médecins sur ce porte-avions, certainement de haut niveau. Je pense que la responsabilité leur incombait auprès du commandant de prendre des décisions plus rapides que celles qui l'ont été. La responsabilité n'a pas été peut-être suffisamment comprise sur quelque chose de tout à fait

nouveau qu'a été le covid-19, par une équipe médicale qui n'a pas su faire preuve de la force du médecin dans un diagnostic, y compris sur un bateau.

Le rapport est adopté à l'unanimité.