

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission de la défense nationale et des forces armées

– Audition, ouverte à la presse, du Médecin général des armées Jacques Margery, directeur central du service de santé des armées (SSA) (cycle « condition militaire ») ..... 2

Mercredi  
18 février 2026  
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 37

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence**  
**de M. Jean-Michel**  
**Jacques,**  
*Président*



*La séance est ouverte à onze heures.*

**M. le président Jean-Michel Jacques.** Nous concluons nos auditions consacrées à la condition militaire en accueillant le médecin général des armées Jacques Margery, directeur central du service de santé des armées. Monsieur le médecin général, vous êtes responsable du soutien des forces des armées et d'un service qui représente 14 500 personnels, civils et militaires, auxquels il convient d'ajouter près de 4 500 réservistes opérationnels. Le service de santé des armées (SSA) intervient à chaque étape du parcours du militaire. À ce titre, vous êtes un témoin et un acteur privilégié de la condition militaire, l'objet de nos présents travaux.

Le médecin du service de santé est présent dès l'entrée dans les armées à travers la visite médicale d'aptitude des candidats à l'engagement. Il accompagne ensuite le militaire au long de sa carrière par la médecine des forces, le suivi régulier, la prévention et le soutien en opération. Mettant en œuvre sa doctrine de médecine de l'avant, il détient la capacité de soigner au plus près les blessés des forces engagées en toutes circonstances, qu'il s'agisse de blessures physiques ou psychiques, tout en assurant un accompagnement dans la durée, un élément essentiel à la reconstruction et la fidélisation.

Enfin, le service de santé intervient au moment du retour dans la vie civile, à travers la visite de fin de service, un moment important pour nos militaires. À ce titre, il sera précieux de vous entendre sur l'évolution de la condition sanitaire des militaires et du soutien proposé par le service de santé des armées. Nos travaux, en particulier budgétaires, montrent régulièrement l'importance que les membres de notre commission attachent à ce service.

Le bureau de la commission a d'ailleurs récemment approuvé le lancement d'une mission d'information consacrée spécifiquement au SSA. Nous serons donc naturellement intéressés de vous entendre évoquer tous ces enjeux pour le service de santé des armées, notamment en matière d'effectifs.

**M. le médecin général des armées Jacques Margery, directeur central du service des armées.** Je vous remercie pour cette invitation à m'exprimer, au nom du service de santé des armées, sur le sujet de la condition militaire, thème central qui interroge à la fois les sujétions propres à l'état militaire et les réponses que la nation y apporte. Depuis mon arrivée à la tête du SSA le 1<sup>er</sup> juillet 2023, j'ai eu l'occasion d'échanger à différentes reprises avec plusieurs d'entre vous, notamment dans le cadre des discussions budgétaires, mais c'est la première fois que j'ai l'honneur de m'adresser à la commission en séance plénière. Je sais combien elle est attentive aux armées dans leur ensemble, et au SSA en particulier, et je veux vous dire combien ce soutien est essentiel à l'action que nous conduisons.

Tout d'abord, je vous présente l'équipe qui m'accompagne aujourd'hui : le médecin général Jean-Baptiste Meynard, chef de la division Offre de santé, le médecin-chef Nicolas Brossard, le numéro deux de la sous-direction Études et politiques RH, et M. Antoine Bourdeaud'huy, mon officier de liaison pour les relations parlementaires.

Je souhaiterais, pour débiter, préciser la manière dont j'aborde la notion de condition militaire. Elle recouvre naturellement ce qui fonde la singularité de l'état militaire : des obligations spécifiques, des sujétions, des devoirs, mais aussi la reconnaissance par la nation de cet engagement particulier, qui est repris dans le code de la défense.

En effet, la condition militaire ne se limite pas à un statut. Elle prend également en compte de tout ce que peut impliquer, concrètement, le service sous les drapeaux. En tant que soignants militaires, nous savons mieux que quiconque que si l'engagement peut être source de fierté, de cohésion et d'accomplissement, il peut aussi exposer à des épreuves profondément marquantes, parfois traumatiques, voire dramatiques. Ces épreuves affectent le militaire lui-même, sa famille, son unité, mais plus largement la communauté de défense dans son ensemble.

Le service de santé des armées est à la fois garant de cette aptitude et le premier accompagnant des trajectoires rompues par la maladie, le traumatisme ou l'exposition à la brutalité des théâtres d'opérations. C'est dans ce double registre que je souhaite inscrire mon propos : la condition militaire au sens large, et la condition du militaire : sa condition physique et psychique, celle qui lui permet d'être prêt à remplir sa mission le moment venu – y compris celles des femmes et des hommes du SSA.

Il revient à mon service de s'assurer que celles et ceux qui rejoignent les armées, comme ceux qui y servent, répondent aux exigences opérationnelles. Mais il lui revient tout autant d'accompagner, sur la durée, ceux qui ont été blessés dans leur corps ou dans leur esprit, qu'ils soient combattants ou soignants.

Mon propos liminaire s'articulera donc en deux temps. Je souhaite tout d'abord revenir sur les singularités du service de santé des armées en matière de condition militaire, à la fois au regard des autres armées et services interarmées, mais aussi par rapport au monde de la santé civile. Je ferai ensuite le point sur la manière dont le SSA, en tant qu'opérateur unique de soins, contribue concrètement à la condition militaire et à celle du militaire, en commençant par la nôtre, celle de nos propres troupes.

Avant toute chose, il est indispensable de rappeler ce qui fonde l'identité du SSA, une double appartenance indissociable. Nous sommes à la fois militaires et soignants. Depuis plus de trois siècles, le service de santé des armées accompagne les forces sur tous les théâtres, sans exception. Cette double identité impose une double exigence : en tant que militaires, nous partageons pleinement la condition de nos frères d'armes. Nous connaissons les sujétions, nous acceptons l'exposition au danger et, le cas échéant, le sacrifice suprême. Certains des nôtres, dont le souvenir résonne dans les murs du Val-de-Grâce, ont payé cet engagement au prix de leur propre sang.

En tant que soignants, nous avons l'obligation permanente d'être au meilleur niveau de la médecine moderne. Nous devons être en phase avec les standards et les innovations du monde de la santé civile pour être au rendez-vous, le moment venu, et fournir aux armées le meilleur service possible – même si ce terme peine à rendre compte de ce qu'il recouvre réellement, c'est-à-dire sauver, soigner, réparer.

Réfléchir à la condition militaire au sein du SSA impose également de prendre en considération le contexte stratégique actuel et les retours d'expérience des conflits récents, en particulier les nouvelles réalités du champ de bataille observées à l'est de l'Europe. La masse, le niveau d'attrition, la létalité des combats et plus largement l'émergence de nouveaux modes d'action militaires nous conduisent à repenser en profondeur notre modèle, auparavant fondé sur un soutien médical « sur-mesure ». Mais cette réflexion ne peut se mener en faisant abstraction de la condition de nos propres personnels. La haute intensité se prépare d'abord

par la solidité morale, médicale et sociale de ceux qui devront soutenir, parfois au plus près du feu, la prise en charge des blessés.

Au-delà de ce cadre général, plusieurs éléments structurants font du SSA un service de santé singulier. Le premier concerne le recrutement et la formation. Une part importante de notre personnel est recrutée directement après le baccalauréat et effectue l'intégralité de ses études au sein des écoles militaires de santé de Lyon-Bron. Ces années forgent un esprit de corps, une cohésion et une culture communes. Elles témoignent surtout d'un choix fort : ces jeunes femmes et ces jeunes hommes ne viennent pas juste chercher un emploi ; ils s'engagent pour servir les armées et la nation, par sens du devoir.

Cette formation est d'emblée conçue comme un investissement dans la condition militaire future de ces soignants : encadrement militaire de proximité, préparation à la projection, apprentissage des risques spécifiques – y compris psychiques – du métier des armes, et accompagnement social des élèves pour limiter l'isolement et la précarité au cours d'études longues et exigeantes.

Cette réalité se prolonge naturellement dans la question de la fidélisation. Cet enjeu concerne l'ensemble des armées, directions et services, mais il est particulièrement aigu pour le SSA, du fait de la pression constante du secteur civil. Les dispositifs indemnitaires et statutaires votés récemment par le Parlement – qu'il s'agisse de la nouvelle politique de rémunération des militaires, des revalorisations issues du Ségur de la santé ou des rattrapages indiciaires prévus par la loi de programmation militaire – constituent à cet égard des leviers essentiels pour maintenir l'attractivité de nos métiers de soignants militaires.

Pour nos personnels, ces mesures se traduisent très concrètement par la revalorisation des grilles de nos infirmiers, de nos techniciens des hôpitaux des armées et de nos praticiens, par l'extension de compléments indemnitaires spécifiques aux soignants paramédicaux et par des échelons terminaux mieux adaptés aux responsabilités exercées par nos médecins, pharmaciens, vétérinaires et cadres paramédicaux. Ces mesures figurent au cœur de la condition matérielle de nos troupes.

Mais la fidélisation ne repose pas uniquement sur la rémunération ; elle suppose aussi une politique de ressources humaines exigeante, capable de rendre plus acceptables les sujétions militaires. Cela passe par des parcours professionnels cohérents, des outils de gestion adaptés, et des mobilités de plus en plus finement construites par nos gestionnaires, en tenant compte à la fois des besoins de l'institution et des contraintes personnelles. Cela passe aussi par un accompagnement à toutes les phases de la carrière, du recrutement jusqu'au départ de l'institution. Cet accompagnement régulier se traduit notamment par le maintien d'une activité clinique pour les professionnels de santé affectés hors du soin, afin que ces derniers puissent entretenir leurs compétences et préparer une éventuelle reconversion. À cet effet, le SSA a mis en œuvre l'activité régulière en technique de santé l'année dernière et s'engagera résolument dans le chemin tracé par la direction générale de l'offre de santé (DGOS) dans le cadre de la certification périodique des professionnels de santé.

La question des mobilités est d'autant plus sensible que le SSA se caractérise par un fort taux de féminisation et une endogamie élevée. La gestion des couples militaires est donc étroitement coordonnée avec les ressources humaines des armées, tandis que les dispositifs d'accompagnement à la mobilité des conjoints civils sont systématiquement mobilisés lors

des mutations. Nous contribuons, pour nos personnels, au plan « famille » et au plan « fidélisation 360° » du ministère, en veillant à ce que chaque mutation de soignant ne soit pas une épreuve insurmontable pour le foyer.

Ces mobilités concernent très souvent l'Île-de-France : aujourd'hui, près d'un tiers du personnel du SSA y est affecté, notamment au sein des hôpitaux nationaux d'instruction des armées Bégin et Percy. Une part importante de ces personnels, souvent des sous-officiers ou des praticiens en début de carrière, ne dispose pas de marges financières importantes et dépend donc fortement de l'offre de logement du ministère. C'est pourquoi le SSA est particulièrement mobilisé dans les travaux ministériels sur le logement et sur l'amélioration des conditions de vie en caserne et en hébergement hospitalier, un point de vigilance majeur de la condition militaire de nos soignants.

Enfin, les soignants du service de santé des armées ne sont pas à l'arrière : ils sont au contact, exposés à la blessure, à la mort et aux traumatismes psychiques. Comme les combattants qu'ils soignent, ils peuvent, eux aussi, devenir des blessés. Nous avons vu, au fil des opérations extérieures, des crises sanitaires et des engagements intérieurs, combien la pénibilité, la charge émotionnelle et la succession des gardes et astreintes pouvaient peser sur leur santé. C'est la raison pour laquelle nous développons des dispositifs adaptés de soutien médico-psychologique, d'alerte et de prise en charge précoce.

Cette confrontation permanente à la réalité du métier des armes explique la singularité du SSA par rapport à la santé civile, et rappelle qu'il exerce une responsabilité à deux niveaux complémentaires. D'une part, il soigne ; il prend en charge des femmes et des hommes confrontés à la maladie, à la blessure et au traumatisme, dans toutes leurs dimensions physiques et psychiques. Il propose aux militaires, dans les centres médicaux des armées, et à tous les ayants droit dans les hôpitaux des armées, une offre de proximité. Il met en place des parcours de santé, grâce auxquels les militaires et leur famille peuvent accéder à des filières de soins adaptés à leurs justes besoins.

Les politiques du soutien médico-psychologique, odontologique et gynécologique au profit des armées que j'ai signées participent pleinement à l'appréhension globalisée, unifiée et coordonnée de l'offre de santé. Elles s'appliquent à l'ensemble des militaires, dont notre propre personnel.

La délégation de missions au sein du SSA, par la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé, permettra très prochainement d'optimiser l'organisation des équipes de soins. Au-delà du gain d'efficacité, cette évolution vise aussi à mieux répartir la charge de travail, à protéger les temps de repos et de formation, et donc à améliorer la condition de travail de nos équipes, en particulier dans les hôpitaux d'instruction des armées.

D'autre part, le SSA agit comme opérateur de santé en charge de l'aptitude médicale à servir au profit des armées. Il garantit, par son expertise médicale, la capacité opérationnelle des forces, notamment à travers l'évaluation et le suivi de l'aptitude des personnels. Ce sujet fait actuellement l'objet de travaux structurants. Le premier concerne la méthodologie d'évaluation de l'aptitude médicale à servir sur la base de critères définis par les armées elles-mêmes. Le référentiel utilisé jusqu'à présent, le SIGYCOP, sera remplacé et adapté, sans pour autant revoir à la baisse les critères d'aptitude. Cette réforme permettra notamment de

faciliter et d'assouplir le recrutement de réservistes, en corrélant employabilité et nature du poste occupé.

Le deuxième est celui d'EVALUSAN, qui modernise et adapte les modalités de suivi médical des militaires, dans une démarche d'évaluation plus globale de la santé du militaire. Il permettra notamment d'optimiser les temps médicaux, au bénéfice du militaire comme à celui de nos propres soignants, dont la marge de manœuvre médicale est laissée plus libre, à travers des parcours de suivi plus fluides, moins redondants et mieux articulés avec leurs contraintes de service.

Je souhaite aussi insister sur la volonté du SSA de jouer pleinement son rôle dans les politiques menées en faveur des militaires blessés. Le premier axe de travail dans ce domaine est celui du retour à l'activité, qui représente d'ores et déjà d'un enjeu dimensionnant, mais dont l'importance décuplerait en cas d'engagement majeur. Quoi qu'il en soit, il constitue l'un des piliers indispensables de l'amélioration de la condition militaire.

Plusieurs évolutions proposées et instruites par le SSA doivent être soulignées. Le SSA a tout d'abord joué un rôle moteur dans la définition, puis la mise en œuvre de la politique ministérielle de sécurisation du retour à l'activité des militaires blessés, en particulier à travers les travaux d'EVALUSAN. L'objectif consiste ici à améliorer l'employabilité des militaires blessés, tout en maintenant un haut niveau d'implication dans leur suivi médical et médico-administratif.

Ensuite, les commissions pluridisciplinaires de suivi de la réinsertion et de la reconversion des militaires blessés ou malades, auxquelles le SSA participe activement, ont été réformées afin de se recentrer sur le blessé et ses besoins. Il s'agit d'améliorer le « service rendu » et d'avoir un suivi davantage individualisé. Enfin, la réhabilitation psychosociale des blessés est pleinement investie, avec la création d'un pôle dédié au sein de l'institution nationale des invalides et le développement d'une collaboration fructueuse avec les autres acteurs institutionnels concourant à cette réhabilitation.

Le deuxième axe concerne notre inscription territoriale. Depuis 2022, le protocole pluriannuel interministériel « santé-défense-budget » constitue le socle des coopérations entre le SSA et les acteurs civils de santé. Il prévoit notamment les conditions de soutien de la santé civile à la santé militaire, en particulier dans l'hypothèse d'un engagement majeur, et constitue le cadre de notre capacité de réponse conjointe en cas de crise, par exemple face à la gestion d'un afflux massif de blessés militaires. Nous menons actuellement divers travaux structurants avec le ministère de la santé à ce sujet, à tous les niveaux.

Ce cadre, décliné dans chaque région par un contrat spécifique associant l'Agence régionale de santé (ARS), l'officier général de la zone de défense et de sécurité (OGZDS) et le SSA permet plus largement d'élargir l'offre de soins mise à la disposition de la communauté de défense, à travers des projets communs.

Le troisième axe porte sur la continuité du parcours de soin, notamment dans le champ du médico-social. L'accompagnement des blessés et des malades, par la mobilisation des associations, la réorganisation des commissions de réinsertion et le déploiement des maisons des blessés et des familles, constitue un filet de sécurité essentiel qui valorise l'engagement des militaires, limite leur isolement post-traumatique et renforce la résilience globale de la condition militaire.

À cet égard, plusieurs « maisons des blessés et des familles », budgétisées dans le cadre de la loi de programmation militaire (LPM), ont été ouvertes ou seront ouvertes prochainement : à Marseille en 2025, à Bégin et Legouest en 2026 en région parisienne, à Brest en 2027. De même, la création d'un conseil scientifique pour les maisons Athos, présidé par l'officier général « Blessés » de la direction centrale du service de santé des armées et la participation du SSA aux différentes instances de gouvernance de ce dispositif, concourent également à une meilleure efficacité de l'accompagnement proposé.

Par son action, le SSA est un acteur clé de la condition militaire, au profit de l'ensemble de la communauté de défense. Mais il travaille aussi, dans la durée, à améliorer la condition de son propre personnel, en agissant sur la rémunération, les parcours, le logement, la santé physique et psychique, la réinsertion et la reconversion, dans un contexte de tension accrue sur les métiers de la santé.

Cet engagement se heurte toutefois à certaines difficultés, communes à l'ensemble des autres armées, directions et services, mais qui constituent de réels enjeux. L'exemple du logement en Île-de-France, où travaille un tiers des effectifs du SSA, est en cela très parlant. Là où nos confrères de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) bénéficient de conditions favorables et de moyens très conséquents pour attirer et fidéliser leur personnel, le SSA ne dispose pas de facilités analogues pour son personnel, malgré des dispositifs ministériels volontaristes.

**M. le président Jean-Michel Jacques.** Je vous remercie et laisse parole aux orateurs de groupe.

**M. Laurent Jacobelli (RN).** Le SSA a toujours répondu présent, quels que soient les théâtres d'opérations extérieurs, mais aussi intérieurs, pendant la crise du Covid. Nous savons combien votre engagement est difficile, d'autant que la précédente LPM 2014-2019 a fortement fragilisé le SSA par des réductions budgétaires importantes et une perte à peu près de 10 % des effectifs à l'époque.

Ce désarmement est intervenu au pire moment, alors que notre environnement stratégique se durcissait. Une évidence s'impose donc : depuis des années, le SSA ne peut être conçu seulement pour l'appui aux opérations extérieures. Il doit être dimensionné pour l'hypothèse d'un engagement majeur, susceptible d'entraîner en quelques jours un afflux massif de blessés.

Les enseignements de l'exercice Orion 2023 sont à cet égard assez inquiétants. La chaîne santé pouvait y traiter environ vingt blessés par jour, si dont douze en urgence absolue, quand les projections évoquent une centaine de blessés quotidiennement en cas de conflit de haute intensité. La LPM 2024-2030 affiche, au moins sur le papier, une volonté de renforcer les moyens du SSA, notamment humains.

Mais les écarts persistent entre les effectifs cibles de la LPM et les effectifs réellement atteints, interrogeant la crédibilité de cette trajectoire. Dès lors, selon vous, quelles décisions structurelles, notamment en matière de fidélisation, vous paraissent encore nécessaires pour garantir durablement cette capacité opérationnelle et l'attractivité du SSA, dans l'hypothèse de l'implication de la France dans un conflit de haute intensité ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** L'hypothèse de l'engagement majeur demeure le cap vers lequel nous orientons la reconstruction du service, un travail conduit par l'équipe qui m'entoure depuis ma prise de fonction, il y a maintenant deux ans et demi. La LPM encore en vigueur marque un tournant déterminant pour le service. Elle a offert au SSA une attention singulière, probablement inédite dans son histoire récente. Grâce à ce cadre renouvelé, nous pouvons désormais espérer résorber l'ensemble des déficits capacitaires accumulés au fil des années.

Cet effort se traduit concrètement par la ré-acquisition des outils nécessaires pour assurer la projection des forces en cas d'engagement majeur. Nous avons repensé l'intégralité de la chaîne de santé, depuis la prise en charge initiale du blessé jusqu'à l'hospitalisation en métropole. Des modèles nouveaux et en nombre suffisant ont été développés : structures de premiers soins chirurgicaux, capacités d'attente, et même un véritable rôle 3, un hôpital de campagne complet, désormais inscrit dans les surmarchés. Sur le plan capacitaire, nous avançons donc dans la bonne direction. Cette progression n'aurait pas été possible sans une compréhension accrue de notre environnement institutionnel. Pour la première fois, le service a pu synchroniser sa réflexion interne avec les travaux du ministère et des armées, en s'appuyant sur une équipe renouvelée et solidaire.

S'agissant de l'exercice Orion, les objectifs assignés par le directeur central étaient clairs : garantir un soutien médical adapté pour chacune des phases, vignettes et manœuvres définies par les autres états-majors. J'ai souhaité y ajouter plusieurs priorités, au premier rang desquelles la mise en tension de notre chaîne de ravitaillement. En effet, le retour d'expérience (Retex) ukrainien l'atteste : sans logistique robuste, aucune armée n'est en mesure de tenir. Nous avons donc travaillé à éprouver nos flux, y compris par des saturations simulées lors des exercices amphibies, confrontant nos équipes à des arrivées massives de blessés, parfois déclenchées par des attaques de drones non prévues. Il s'agit d'inculquer des réflexes, de former nos personnels à des situations qui seraient, malheureusement, fréquentes en cas d'engagement majeur.

La cible opérationnelle reste la prise en charge de cent blessés par jour. Ce chiffre guide nos travaux en matière d'approvisionnement médical, notamment la production de produits sanguins. L'expérience des conflits récents montre que deux blessés sur dix nécessitent des transfusions intensives. C'est en tenant compte de cette donnée que nous avons planifié la montée en puissance de notre centre de transfusion sanguine, héritier direct, comme l'Établissement français du sang (EFS), de la coopération médico-militaire de la seconde guerre mondiale.

La question des effectifs demeure un défi transversal. Aucun service n'en dispose en nombre suffisant, et les besoins continueront à croître. Nous devons donc travailler sur l'attractivité, l'accueil, la fidélisation. Nous avons déjà renforcé le recrutement initial dans nos écoles de formation à Lyon, doublant le nombre d'infirmiers militaires formés chaque année. Parallèlement, nous repensons les modèles RH du SSA ; celui des praticiens, celui des MITHA, et d'autres encore, afin de les rendre plus attractifs et plus adaptés aux compétences dont nous aurons besoin demain.

**Mme Corinne Vignon (EPR).** Je vous remercie pour vos propos introductifs, extrêmement éclairants. Le SSA constitue l'une des conditions premières de la crédibilité opérationnelle de nos forces. Sans capacités médicales robustes, projetables et durables,

aucune armée ne peut soutenir un engagement dans la durée, *a fortiori* dans un contexte marqué par le retour de la haute intensité.

Nous saluons les évolutions engagées pour adapter la formation des soignants militaires à ces nouvelles réalités. Préparation à des scénarios dégradés, entraînement immersif, montée en puissance de la médecine de combat, formation conjointe des médecins, infirmiers et personnels paramédicaux, ainsi que le renforcement de l'interopérabilité de nos partenaires.

Mais cette ambition opérationnelle se heurte à une difficulté structurelle que chacun connaît. Depuis plusieurs années, le SSA est confronté à une attrition préoccupante de ses effectifs. Des praticiens hautement qualifiés quittent l'institution, attirés par un exercice civil plus attractif sur le plan des rémunérations, comme des conditions de travail. Cette concurrence fragilise la fidélisation des compétences, alors même que les besoins opérationnels augmentent, dans un contexte où la préparation d'un engagement majeur impose de disposer de ressources humaines solides, stabilisées et immédiatement mobilisables.

La question de la réserve, dont le renforcement constitue un levier essentiel de résilience, devient essentielle. Dès lors, pouvez-vous nous indiquer si les mesures engagées ont permis de freiner, voire d'enrayer cette érosion des effectifs ? Le SSA parvient-il aujourd'hui à reconstituer ses viviers, notamment par le développement de la réserve ? Enfin, disposez-vous désormais d'une trajectoire stabilisée permettant de garantir dans la durée un soutien médical pleinement dimensionné pour nos forces ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** Votre propos, insistant sur la nécessité d'une mise en cohérence de l'ensemble des sous-composants de nos armées, touche un point absolument essentiel. Je peux en témoigner directement : cette exigence est aujourd'hui parfaitement comprise par l'ensemble des acteurs ministériels et le chef d'état-major des armées. Ce souci de cohérence irrigue désormais l'ensemble des efforts entrepris.

J'en viens à la question de l'attrition de nos personnels. Dans un contexte où la compétition pour recruter est déjà vive – qu'il s'agisse d'hôpitaux privés ou d'établissements publics –, nos soignants sont naturellement exposés à des sollicitations extérieures. Toutefois, si l'on prend un peu de recul historique, on observe que le service de santé a toujours connu des entrées et des sorties. Lorsque j'ai commencé mes études à Lyon, au milieu des années 1980, cette mobilité existait déjà. Nous ne découvrons donc pas un phénomène nouveau ; la nouveauté concerne l'environnement global et la facilité avec laquelle nos personnels peuvent être attirés par l'extérieur.

L'augmentation massive du nombre de médecins formés chaque année vient également reconfigurer la donne. Lorsque j'ai passé le concours de première année, à peine 3 000 étudiants étaient admis. Aujourd'hui, ce chiffre s'élève à près de 12 000, avec un objectif fixé à 16 000. Par ailleurs, nous subissons les effets de la qualité même de nos propres formations : nos médecins militaires sont bien formés, rigoureux, ponctuels, professionnels. Il n'est donc pas étonnant qu'ils soient attractifs sur le marché civil. Loin d'être un défaut, il s'agit pour moi d'une reconnaissance de la qualité du service. La question ne concerne d'ailleurs pas que les médecins : elle touche aussi les infirmiers spécialisés, les

cadres paramédicaux ou les directeurs de soins. Nos écoles produisent des professionnels reconnus, parfois recrutés en quelques jours par l'AP-HP.

Pour autant, l'attractivité ne se résume pas à la seule dimension financière. Nous travaillons en interne à affiner nos critères de sélection, notamment dans le concours d'entrée aux écoles de santé. À une époque où la première année de médecine n'est plus sélective comme elle l'était, il nous faut identifier non seulement des compétences académiques, mais aussi des qualités humaines propres à la condition militaire : sens de l'engagement, capacité à s'inscrire dans un groupe, aptitude au commandement, empathie. Nous expérimentons à ce titre de nouvelles modalités, à travers des mises en situation, des exercices pratiques, des épreuves dynamiques.

La réserve constitue un autre levier essentiel. Nous comptons aujourd'hui 4 500 réservistes et avons obtenu le droit d'en recruter 1 200 supplémentaires. La cible fixée par le ministre implique de doubler les effectifs actuels. Pour ma part, j'ai plaidé pour un élargissement encore supérieur, dans la mesure où chaque réserviste intégré au service bénéficie non seulement à notre structure, mais également aux autres armées, qui comptent sur nous pour renforcer leurs propres capacités médicales. Toutefois, la gestion de la réserve exige une grande prudence. Nos réservistes sont souvent issus de l'hôpital civil ; si je les retire massivement de leurs établissements d'origine, j'affaiblis potentiellement la chaîne d'accueil des blessés militaires en cas d'afflux massif. Il s'agit donc d'un enjeu que nous gérons en dialogue constant avec le ministère de la santé.

La coopération internationale constitue un autre volet déterminant. Si seules quelques nations – comme les États-Unis ou l'Allemagne – disposent de services de santé militaire comparables au nôtre, de nombreux pays alliés possèdent des capacités partielles, mais précieuses. En additionnant « des petits bouts de quelque chose », comme je le dis souvent, nous obtenons un ensemble robuste. Avec la Belgique et le Luxembourg, nous avons par exemple constitué deux plots chirurgicaux avancés. Nous travaillons également avec plusieurs partenaires européens. La médecine, par nature, dépasse les frontières. Il arrive même que des médecins de pays dont les relations diplomatiques sont difficiles se retrouvent autour d'un café pour échanger sur leurs pratiques.

Enfin, j'évoquerai le vaste chantier de cohérence capacitaire qui doit structurer la prochaine LPM. Nous devons poursuivre l'effort engagé pour notre logistique médicale : approvisionnements, production, transport stratégique. Nous travaillons actuellement à un projet structurel majeur, la reconstruction complète du site de ravitaillement médical de Chanteau, près d'Orléans.

Parallèlement, nous devons affiner la définition de nos besoins humains et analyser les effectifs réellement nécessaires, compte tenu de ce que peuvent fournir nos partenaires civils à travers la réserve. Il est possible que nous devrions demander des effectifs supérieurs à ceux dont nous disposons aujourd'hui, mais cette réflexion est encore en cours.

**M. Abdelkader Lahmar (LFI-NFP).** Le groupe la France insoumise alerte depuis longtemps sur l'austérité brutale qui a touché le service de santé des armées pendant de trop nombreuses années. En 2022, ses capacités ne représentaient plus que 1 % de l'offre de soins en France, y compris pour les opérations extérieures (Opex), avec moins de 10 000 personnels, soit une perte de 10 % par rapport à 2014. Le SSA a montré l'étendue de son

savoir-faire et de ses compétences lors du Covid, mais cette crise a également révélé l'ampleur des manques dus à la sous-dotation chronique de vos services. Nous nous réjouissons donc que la LPM 2024-2030 prévoie des efforts de moyens et d'effectifs, même si ceux-ci pourraient être plus importants et mieux ciblés.

Les différents rapports budgétaires de notre collègue Bastien Lachaud suivent, année après année, la montée en puissance des moyens humains du SSA. Nous resterons vigilants sur la trajectoire réellement suivie et les progrès accomplis. Mais au-delà des besoins en effectifs, dans un contexte géopolitique aussi instable que celui que nous connaissons actuellement, la question des approvisionnements devient cruciale.

Dans un monde en tension permanente, il est vital pour notre pays de s'assurer que nos armées disposent en permanence de stocks de médicaments suffisants pour assurer la souveraineté du pays, l'intégrité de notre territoire et la protection des citoyennes et des citoyens. Ainsi, vos services ont entamé un travail visant à sécuriser les approvisionnements de médicaments, notamment en cherchant à favoriser des fournisseurs nationaux, ou au moins européens. Cependant, dans l'état actuel du droit, le code de la commande publique ne vous permet pas de faire valoir la préférence d'une localisation française ou européenne.

Ma question est donc simple. Y a-t-il eu des évolutions récentes à ce sujet ? Devons-nous aborder cette problématique lors des prochains débats sur la révision de la LPM ? Dans ce dernier cas, quelles sont vos recommandations en la matière ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** Vous avez rappelé que le SSA représente environ 1 % de l'offre nationale de soins. C'est une donnée constante, modeste par son volume, mais essentielle par sa fonction. Je souhaite également saluer la qualité des échanges que nous entretenons avec M. Bastien Lachaud, dont la connaissance fine du service et des enjeux en fait un interlocuteur précieux ; nos rendez-vous constituent des moments attendus et toujours constructifs.

Vous avez également évoqué la logistique, qui demeure un impératif absolu. Il ne sert à rien d'envoyer 100 médecins supplémentaires si ceux-ci ne disposent pas du matériel, des médicaments ou des équipements indispensables à l'exercice de leur mission. La crise Covid l'a montré avec force : le service possède des atouts qu'il a su mettre au service de la nation.

Parmi eux, figure sa capacité propre de production pharmaceutique. Il ne s'agit évidemment pas de compenser toutes les carences industrielles européennes. Mais le SSA peut produire, à l'échelle militaire, des médicaments ou des substances qui n'existent nulle part ailleurs, et qui sont indispensables. Cette responsabilité est assumée, tant pour les armées que, par extension, pour le pays tout entier.

La pharmacie centrale des armées, installée à Chanteau, près d'Orléans, illustre cette compétence. On y trouve bien sûr des pharmaciens, mais aussi des ingénieurs, des techniciens et des spécialistes capables d'adapter les formes pharmaceutiques aux besoins opérationnels. Un comprimé peut devenir un spray utilisable en milieu confiné, une pommade peut être formulée pour résister aux contraintes du terrain, afin d'être employée par un médecin embarqué ou déployé en opérations. Cette capacité d'adaptation a été largement reconnue par les partenaires civils et militaires.

La production de sang, elle, reste pour l'instant centralisée à Paris, à proximité de l'hôpital Percy, mais elle sera bientôt doublée, en miroir, sur le futur hôpital Laveran qui doit voir le jour à Marseille, sur le camp de Sainte-Marthe.

Le renforcement de l'inscription territoriale du service doit également se poursuivre. Il s'agit d'établir des coopérations avec les hôpitaux civils pour garantir aux militaires un accès optimal aux soins, mais aussi pour organiser, en cas d'afflux massif de blessés, une répartition coordonnée des capacités d'accueil.

À cette fin, je participe à une commission interministérielle dédiée à la veille, au contrôle et à l'adaptation en cas de pénurie de médicaments. Ce comité, piloté par le directeur général de la santé, permet d'harmoniser les réponses françaises et, demain peut-être – des travaux sont en cours – d'inscrire ces efforts au niveau européen.

L'action du service s'inscrit également dans le cadre otanien. Nous y participons à travers le Comité des chefs des services de santé militaires au sein de l'OTAN (COMEDS), groupe réunissant les services de santé militaires des États membres de l'Alliance. Nous y travaillons notamment sur les problématiques d'approvisionnement, de logistique médicale et de coordination entre les différents systèmes nationaux. À cela s'ajoute une instance militaro-civile, le *Joint Health Group*, dans laquelle le service de santé militaire français collabore directement avec la direction générale de la santé. La France a d'ailleurs récemment pris la tête du groupe Otan sur la logistique médicale.

**M. Isabelle Santiago (SOC).** Le service de santé des armées n'a jamais été autant sollicité que ces dernières années. Il contribue non seulement à la capacité opérationnelle de nos armées, dont les besoins sont grandissants ; mais aussi à la résilience globale de la nation, en étant sollicité lors de nombreuses crises.

Le SSA joue donc un rôle essentiel dans l'accompagnement des soldats, des soldats blessés, et de leur famille. Mais il faut également mentionner le travail mené autour des blessures invisibles, ces blessures psychiques. Un rapport du Sénat de 2024 mettait en évidence un paradoxe préoccupant, où cohabitent la montée des menaces, l'intensification des missions et des tensions persistantes sur les moyens du SSA.

Nous aborderons bientôt l'actualisation de la LPM. Sur quels points souhaiteriez-vous que nous intervenions de manière majeure ? Que pensez-vous des nouvelles technologies, des progrès réalisés en matière de robotisation ou d'exosquelettes par exemple, qui pourraient être mis au service de nos armées et de SSA ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** Le service de santé des armées est, depuis toujours, très sollicité. Si l'on adopte un instant un regard rétrospectif, on retrouve cette constante à toutes les époques : lors de l'épidémie Ebola, des attentats de 2015 ou encore pendant la crise du Covid.

Cette intense sollicitation fait partie intégrante du métier. Le médecin, *a fortiori* le médecin militaire, est formé à établir des priorités, à hiérarchiser l'urgence, à redistribuer les tâches pour maintenir la qualité du soin. Cette agilité est constitutive de notre identité professionnelle. La gestion simultanée de multiples chantiers génère une charge mentale indéniable, mais elle s'inscrit dans la nature même du métier de soignant.

En médecine militaire, l'un des enseignements majeurs que nous transmettons, parfois davantage qu'en milieu civil, concerne justement la capacité à décider rapidement, à choisir là où l'effort doit être porté. Face à une multitude de besoins, nous commençons par les priorités. Si les moyens manquent, nous les concentrons sur ce qui importe le plus. C'est exactement ce qui se passe lorsque l'on organise la gestion d'un afflux massif de blessés, par exemple dans le cadre de l'exercice Mascal.

J'en reviens à la loi de programmation militaire. J'évoquais la logistique pour rappeler qu'elle constitue la clé de voûte de toute capacité opérationnelle. Mais deux autres domaines méritent qu'on s'y arrête : les technologies nouvelles et la modernisation numérique.

La LPM actuelle ouvre des perspectives importantes dans le champ des innovations qui transforment la pratique médicale. Certaines facilitent la vie du soignant — la robotisation, les outils d'assistance médicale, les technologies d'extraction. D'autres concernent la réparation tissulaire ou l'amélioration de l'évacuation médicale. D'autres encore relèvent de la numérisation. Sur ce volet, nous avons bénéficié en 2024 d'un renforcement budgétaire inattendu. Cette année, nous avons l'opportunité de déployer une ambition numérique solide, qui vise à établir des systèmes d'information performants, coordonner les données entre hôpitaux et unités, créer un réseau capable de relier la médecine des forces et les hôpitaux militaires. Là où le secteur civil avance encore par étapes, nous allons plus loin, pour construire une continuité numérique complète, intégrant notamment l'intelligence artificielle. Cette modernisation nous permettra d'intégrer plus aisément des outils déjà familiers dans certaines disciplines : en radiologie, l'intelligence artificielle accompagne l'interprétation des scanners ; en cancérologie, elle contribue à définir les protocoles les plus adaptés.

La robotisation constitue également un axe essentiel. Un médecin ou un infirmier qui se porte au secours d'un camarade s'expose souvent à la même menace que lui. Une réflexion est ainsi menée sur une forme d'assistance robotisée pour limiter l'exposition de la vie humaine. Dans le même esprit, des drones peuvent transporter une poche de sang, comme on livrerait un colis urgent.

Nous travaillons naturellement avec les autres armées et l'ensemble des services compétents. L'Agence de l'innovation de défense (AID), ainsi que l'Agence de l'innovation de la santé dans le civil, constituent des partenaires essentiels. Les connexions entre ces structures sont de plus en plus riches, dans l'objectif d'améliorer l'équipement capacitaire de nos armées et de la santé.

Enfin, la télésanté constitue un autre levier que nous exploitons pleinement. Dans des régiments éloignés, des cabines de téléconsultation permettent déjà à un militaire d'échanger avec un médecin en direct. Dans le domaine du numérique, nous sommes en relation étroite avec PariSanté Campus. Les problématiques que nous partageons – rythme opérationnel, nécessité de soins rapides, mobilité des équipes – nous rapprochent naturellement.

Tous ces efforts convergent : améliorer les moyens, renforcer les capacités technologiques, protéger les soignants, et faire en sorte que, dans des environnements toujours plus complexes, la chaîne médicale militaire demeure agile, efficace et pleinement opérationnelle.

**Mme Catherine Hervieu (EcoS).** Notre groupe vous remercie pour l'ensemble du travail que vous fournissez dans des conditions parfois précaires. De ce point de vue, le budget du SSA doit continuer d'être soutenu ; mon amendement au projet de loi de finances pour 2026 allait en ce sens.

La prévention et la prise en charge des risques physiques, psychologiques et psychosociaux restent des sujets à approfondir, mais la psychiatrie demeure un parent pauvre dans la médecine en France. Quel est l'état de la psychiatrie militaire, quelles sont vos actions pour prévenir les suicides dans les forces armées et accompagner les personnes concernées ?

Par ailleurs nous nous préparons à une possible guerre de haute intensité, des médecins français sont présents depuis le début de la guerre en Ukraine. La *golden hour*, cette heure fatidique pour traiter un blessé au combat semble être un objectif de moins en moins réaliste.

Quel est votre retour d'expérience (Retex) en tant que militaires et médecins sur l'Ukraine ? De quelle manière est envisagée la mobilisation de la société civile en cas d'engagement majeur ? Quelle est la part des formations pour les prises en charge des victimes d'une arme nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC) et leur suivi ?

Ensuite, vous avez abordé le sujet des territoires. Alors que l'accès aux soins est inégal en France, en lien avec les déserts médicaux, quelles sont vos préconisations, en tant que médecins militaires ? Pouvez-vous préciser le rôle de l'appui entre services de santé et hôpitaux civils, afin de créer des synergies efficaces ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** Les efforts engagés cette année sont réels et soutenus ; ils concernent la poursuite de l'acquisition d'équipements modernes, des mesures catégorielles et des actions en matière de ressources humaines.

La santé psychique du militaire, au sens le plus large, constitue évidemment un enjeu crucial. Vous avez évoqué le suicide, cause de mortalité importante dans une population jeune, nous en sommes pleinement conscients. Le service a développé des politiques de prévention ambitieuses, appuyées sur la formation, la sensibilisation et la diffusion de réflexes de vigilance jusqu'au niveau du combattant lui-même. Dans nos armées comme dans la gendarmerie, nous déployons des dispositifs concrets de premiers secours psychologiques en opération.

Notre psychiatrie militaire est ancienne, et même avant-gardiste. Ainsi, les médecins qui m'ont formé étaient parmi les premiers à écrire sur le stress post-traumatique. Aujourd'hui encore, nos hôpitaux militaires disposent tous d'un service de psychiatrie, y compris les plus petites structures. Cette présence répond à une priorité simple : assurer un suivi durable du blessé psychique au plus près de son domicile. À Bordeaux, Metz, Lyon ou Paris, cette offre existe et fonctionne. Elle existe également au sein des forces : nous avons des psychiatres affectés directement dans des unités, accompagnés par un large réseau de psychologues, à la fois à l'hôpital et dans les forces, en Hexagone comme en outre-mer. Depuis 2015, le service a doublé son nombre de psychologues et a entièrement refondu sa politique de soutien psychologique.

Vous m'interrogez ensuite sur la *golden hour*. Le débat est récurrent et parfois mal posé. La *golden hour* est avant tout une réalité physiologique : lorsqu'un individu saigne

massivement, il faut intervenir en moins d'une heure, où que l'on soit. Ce principe demeure le même ; en revanche, les conditions de l'évacuation diffèrent, c'est-à-dire la capacité réelle de placer un blessé entre les mains d'un chirurgien apte à contrôler une hémorragie.

Au Mali, le dispositif était fluide. En quelques heures, un blessé passait par plusieurs SAMU militaires, puis embarquait dans un Falcon médicalisé, et arrivait à Percy moins de vingt-quatre heures après sa blessure. Mais en Ukraine, l'environnement est différent. Les drones saturent le champ de bataille, les itinéraires d'évacuation sont exposés, et atteindre un chirurgien peut prendre six, douze ou même vingt-quatre heures. Envoyer immédiatement un médecin auprès du blessé expose ce médecin à la même menace.

C'est pourquoi nous travaillons sur de nouvelles approches. Il s'agit d'abord de renforcer la première ligne de secours : développer un métier de soignant de combat doté de compétences avancées, capable de transfuser, de stabiliser et de réaliser certains gestes critiques en attendant une évacuation sécurisée. Nous sommes en train de recréer un métier santé particulier, qui évoluera au cœur des combats. Il s'agit d'un choix lourd, que j'assume pleinement, car ces personnels seront exposés.

Ensuite, nous faisons évoluer nos formations : nos internes et nos jeunes médecins réapprennent désormais des gestes autrefois appris par leurs aînés et réservés aux chirurgiens vasculaires aujourd'hui, comme la suture d'une artère. Cette montée en compétence permet d'assurer la continuité du soin, même en l'absence immédiate de chirurgien.

La problématique du sang est évidemment au cœur de ce soutien. Nos capacités sont spécifiques, et nous travaillons étroitement avec l'Établissement français du sang, afin de renforcer notre coopération. Ensuite, le NRBC constitue un sujet pleinement central et fait aussi partie des modalités d'engagement de l'armée française. La variété des blessés potentiels – brûlés, amputés, victimes d'agents toxiques – impose une telle polyvalence.

Vous m'interrogez également sur les déserts médicaux. En tant que médecin militaire, je me garderai bien de donner des leçons. Je constate simplement que la France n'a jamais compté autant de médecins par habitant qu'aujourd'hui. Les difficultés tiennent peut-être davantage à l'organisation et à la régulation des flux qu'à une absence de professionnels. Ce sont des sujets complexes, qui relèvent de la coordination nationale et territoriale. Je constate autour de moi, chez mes confrères civils, une volonté réelle de faire évoluer la situation.

**M. le président Jean-Michel Jacques.** Dans le cadre de la prise en charge sur le terrain, le SSA a également développé le secourisme de combat, le sauvetage au combat. De plus, dans les situations exceptionnelles, des délégations de compétences peuvent intervenir. Lorsque j'étais infirmier dans les forces spéciales, je pratiquais par exemple des exsufflations, des coniotomies, des sutures.

**Mme Alexandra Martin (DR).** Le moral des forces d'active repose aussi sur la solidarité de leurs familles. Quelle attention particulière le service de santé des armées porte-t-il à la santé des conjoints et des enfants des militaires ?

Ensuite, quelle est votre politique en matière de violences intrafamiliales (VIF), qui peuvent malheureusement toucher également les forces armées ? Comment avez-vous pu vous

adapter au recueil de la parole des femmes, voire des enfants, et au suivi médico-psychologique ?

Enfin, lorsque j'avais participé à un groupe de travail sur les réserves, nous avons pu constater qu'en matière de santé, les critères de recrutement des réservistes étaient parfois plus sévères que ceux qui prévalaient pour être militaires. Dans ces cas-là, pour atteindre les objectifs assignés au développement des réserves, avez-vous pu alléger les critères d'aptitude sans naturellement remettre en cause les capacités opérationnelles ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** Le moral est évidemment un sujet central. Nous sommes conscients qu'au-delà de sa fonction technique, le service de santé constitue un véritable levier de liberté d'action pour le chef d'état-major des armées. Sa présence rassure tout autant le militaire qui quitte sa tranchée que la famille qui, à l'arrière, supporte l'attente.

Vous avez évoqué les violences intrafamiliales. La réponse, pour nous, est simple : comme pour les violences sexuelles et sexistes, la tolérance est nulle. Cette ligne est claire, parfaitement alignée avec la politique ministérielle. Nous n'avons jamais éprouvé de difficulté à y adhérer, car nous y étions déjà pleinement engagés. Le suivi médico-psychologique des conjoints et des enfants, les situations de VIF, mais aussi les difficultés plus ordinaires liées aux absences prolongées, constituent autant d'éléments qui nécessitent un dispositif structuré.

Plusieurs outils existent. Le premier est le dispositif Écoute-défense, plateau téléphonique géré sous l'autorité du contrôle général des armées. Un psychologue du service de santé y répond jour et nuit aux appels de militaires, d'anciens militaires, de familles, et parfois d'autres personnes en détresse. Sa fonction consiste à assurer une première écoute, puis de réorienter, si nécessaire, vers une consultation médicale ou psychiatrique. On y enregistre chaque année entre 1 000 et 1 200 appels, selon les périodes. Ce dispositif est connu, simple et efficace.

D'autres mesures complètent l'ensemble. La direction des ressources humaines du ministère de la défense (DRHMD) a conclu un partenariat avec la caisse de sécurité sociale militaire à Toulon, permettant la prise en charge financière de consultations de psychologue pour les familles, voire d'un bilan pédopsychiatrique pour les enfants. Ce système vise à accompagner durablement les conjoints et les foyers confrontés aux contraintes du métier militaire ou au retour d'un blessé psychique.

Concernant les réservistes, les critères ne sont ni plus souples, ni plus sévères que pour les militaires d'active. Un réserviste demeure un militaire, soumis aux mêmes obligations médicales, telles que la visite initiale, le suivi, la visite de libération. C'est pourquoi nous avons récemment revu notre approche de l'aptitude médicale en lien avec l'augmentation des effectifs de réserve, dans le cadre de l'étude sur l'employabilité des réservistes (EMPRES). Plutôt que de consacrer notre temps à rechercher des contre-indications, nous avons décidé d'évaluer l'employabilité réelle de chaque candidat et de l'orienter vers les postes adaptés, ce qui permet de valoriser les compétences plutôt que d'exclure.

Il ne s'agit pas d'abaisser le niveau d'exigence médicale, mais d'être plus intelligent dans l'appréciation des profils. Certaines limites demeureront toujours nécessaires. Dans un environnement où les risques sont élevés, je ne prendrai jamais la responsabilité d'envoyer un

réserviste souffrant d'une pathologie grave dans une zone où je ne pourrai pas garantir son soutien santé.

**Mme Geneviève Darrieussecq (Dem).** Tout d'abord, je tiens à exprimer toute ma gratitude et mon admiration pour le service de santé des armées. Ce service a constitué un véritable point de bascule à un moment où les infrastructures et les ressources humaines prenaient une direction préoccupante. Il a fallu changer d'échelle, et cette réorientation a heureusement été engagée puis amplifiée par la dernière LPM.

Je n'ai jamais considéré le SSA comme un simple service de soutien. Il s'agit d'un service pleinement stratégique, qui doit être associé aux décisions majeures prises au niveau des états-majors. Sa mission englobe la médecine des forces, des capacités de soin remarquables, ainsi qu'une recherche de haut niveau menée notamment à l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA).

Vous avez également rappelé l'importance de la pharmacie et de la production de médicaments. Votre modèle de formation constitue, à mes yeux, un exemple à suivre, puisqu'il s'agit de former médecins, infirmiers et aides-soignants au sein d'un même établissement, afin de créer une véritable culture du travail en équipe, qui manque encore au secteur civil.

Où en est le redimensionnement des établissements prévu initialement. Par ailleurs, votre rôle dans la résilience nationale est essentiel : vos personnels bénéficient d'échanges indispensables avec le civil, mais ils ont aussi beaucoup à transmettre, notamment en matière de risques NRBC. Existe-t-il aujourd'hui des exercices ou des formations conjointes pour progresser sur ces enjeux ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** En premier lieu, je souligne que certaines compétences relèvent de qualités intrinsèques, presque vitales pour le service. Elles découlent d'un impératif : être en mesure de garantir la complétude de l'offre de santé. Cette exigence fonde l'ensemble de notre action. La santé, par essence, est une valeur duale ; elle ne s'habille pas d'un uniforme. De la même manière, la chirurgie ne se distingue pas par un vêtement particulier, mais par sa capacité à s'exercer dans des environnements variés. C'est d'ailleurs ce qui caractérise notre engagement, nous sommes des femmes et des hommes ordinaires placés dans des conditions d'exercice singulières, lesquelles façonnent notre capacité d'adaptation et d'action.

L'esprit de corps prend alors tout son sens. Vous aviez d'ailleurs raison d'évoquer le rôle des aides-soignants. On parle beaucoup des médecins généralistes, des chirurgiens, des infirmiers, et désormais des infirmiers spécialisés, notamment les infirmiers de bloc opératoire que nous formons en première main depuis peu. Cette évolution répond à une nécessité : dans les antennes chirurgicales, leur présence conditionne la qualité et l'intensité du travail.

Après avoir longtemps négligé le recrutement des aides-soignants, nous l'avons repris, conscients que chaque maillon de la chaîne détient une place essentielle. L'esprit de corps se manifeste ainsi par la confiance réciproque, le transfert de responsabilités, l'appui constant entre les membres de l'équipe. Le chirurgien apprend des gestes élémentaires de sauvetage au médecin, le médecin montre ces gestes à l'infirmier militaire, lequel acquiert une dextérité remarquable et finit par réaliser des actes qu'il n'était pas censé maîtriser initialement. Ce mouvement d'apprentissage permet aussi de transmettre à un combattant des

compétences techniques simples, mais vitales, comme la pose d'une perfusion intra-osseuse lorsque la voie veineuse est inaccessible.

Parallèlement, nos interactions avec le monde civil sont natives. La dualité sanitaire crée des ponts, et ces traits d'union se multiplient au fil des années. Dès la formation initiale, nous avons établi des partenariats avec de nombreuses facultés de médecine. Des unités d'enseignement dédiées à la défense et à la santé, désormais déployées sur presque tout le territoire, permettent ainsi aux soignants militaires de rencontrer des étudiants civils. Ces échanges nourrissent des vocations, parfois en faveur de la réserve, parfois pour intégrer nos rangs en activité.

Pour aller plus loin, nous avons créé le dispositif des cadets de la santé. Ces jeunes, sous statut de réservistes, effectuent des stages validants dans nos structures, qui enrichissent leur parcours et les confronte très tôt à la réalité des soins en contexte militaire. À cela s'ajoutent des formations universitaires au sein de l'Académie de santé et de l'École du Val-de-Grâce. Bien que tous ne soient pas titulaires du titre de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), le SSA dispose d'un corps professoral spécifique reconnu et respecté. Nos professeurs dispensent des enseignements et des savoirs reconnus internationalement.

Certaines formations sont particulièrement remarquables, notamment le master centré sur les risques NRBC, au Val-de-Grâce. Cette discipline, peu connue du grand public, mais cruciale, rassemble médecins, infirmiers et militaires d'autres armes, ainsi que des civils. Plus récemment encore, nous avons ouvert une formation dédiée à la médecine de combat et à la prise en charge en situation isolée ou exceptionnelle. Ce socle, indispensable à tous nos médecins généralistes, est désormais accessible à un public élargi, sans exigence d'appartenance préalable à la réserve.

Enfin, pour assurer une diffusion large et moderne du savoir, nous avons développé un module de formation en ligne (Mooc) consacré à la prise en charge du stress post-traumatique du militaire, à la disposition de l'ensemble de la communauté (psychologues civils, psychiatres civils, médecins généralistes). Ce faisant, nous assurons une diffusion de l'information, de manière totalement naturelle.

**M. le président Jean-Michel Jacques.** Il me semble que vous favorisez également un grand nombre de conventions pour vos médecins d'unité, parfois dans leurs territoires. En tant qu' élu local, je ne peux que souligner l'apport du service de santé des armées dans d'autres structures, telles que les hôpitaux de proximité ou les services départementaux d'incendie et de secours (Sdis).

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** Nous tenons effectivement à conserver cette continuité avec le pays.

**M. le président Jean-Michel Jacques.** De telles actions participent au rayonnement du service de santé et à la résilience du pays.

**Mme Lise Magnier (HOR).** Je vous remercie pour vos propos liminaires dans lesquels vous avez parfaitement souligné l'engagement majeur de l'ensemble de vos personnels. Permettez-moi à mon tour de les saluer et de leur témoigner toute notre reconnaissance.

Ma première question porte sur le rôle du SSA dans la prévention et l'évitement des traumatismes ou des blessures de nos soldats. Quel est votre rôle, peut-être votre expertise sur les équipements de protection de nos militaires et leur évolution ? Je prendrais un exemple concret, celui des protections auditives communicantes, dont les armées françaises ne sont toujours pas dotées, contrairement à nos voisins allemands, suédois ou britanniques. Ces derniers ont réussi à faire diminuer nettement les traumatismes auditifs au sein de leurs armées, grâce à des protections bien plus confortables pour leurs soldats, mieux utilisées sur le terrain. Êtes-vous consulté sur les nécessaires évolutions des protections de nos soldats, par exemple afin de limiter ces traumatismes auditifs ? Assurez-vous un rôle d'alerte ou de conseil sur ce genre de sujet ?

Ma deuxième question porte sur la réhabilitation de nos blessés et l'accompagnement de l'état de stress post-traumatique. Députée de la Marne, comptant notamment le 132<sup>e</sup> régiment d'infanterie cynotechnique, je souhaiterais savoir quelle est votre participation, votre place ou votre expertise dans le cadre du programme Arion, qui vise à développer la médiation canine pour accompagner nos blessés ou nos soldats atteints de stress post-traumatique dans leur réhabilitation ?

Enfin, pourriez-vous nous préciser vos grands projets immobiliers structurants pour accompagner votre modèle, votre transition, mais aussi pour combler d'éventuels manques actuels ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** La prévention constitue une composante essentielle du métier de médecin militaire. Notre mission consiste certes à soigner, mais aussi à prévenir. Lorsqu'elle vise un groupe entier, cette prévention prend le nom d'hygiène. Les médecins militaires se distinguent dans ce domaine, car ils sont responsables de la santé de régiments et de bases entières. Ils sont régulièrement sollicités pour adapter les équipements, analyser les risques et formuler des recommandations.

Ces préconisations sont constantes et très souvent répétées. Je prendrai l'exemple du grand froid, car il illustre bien l'approche médico-opérationnelle. Le sujet dépasse largement le seul Groenland ; le froid extrême concerne aussi nos montagnes, certaines zones d'entraînement – comme la Petite Sibérie dans le Doubs – et des environnements particulièrement rudes.

Grâce à l'Irba — et à sa chambre bioclimatique capable de simuler des températures de +45°C à -25°C, nous avons pu tester les équipements, observer la résistance des troupes et mesurer les limites physiologiques. Ces travaux ont permis d'améliorer les effets et les vêtements de base, en partenariat étroit avec l'armée de terre et le commandement du combat du futur, mais aussi des start-up. Ils ont aussi révélé des différences physiologiques importantes entre hommes et femmes. La dissipation thermique n'est pas la même, et il a fallu adapter les équipements en conséquence.

La prévention ne se limite pas au froid. Elle englobe par exemple l'hygiène de l'alimentation, non seulement sa sécurité sanitaire, mais aussi sa qualité nutritionnelle et son adéquation aux efforts physiques demandés. Elle inclut aussi la lutte contre les nuisances et risques courants : coup de chaleur, coup de froid, troubles auditifs liés aux traumatismes sonores. Pour ces derniers, nous disposons d'outils de surveillance, de signalement, de

dépistage, de traitement et de prévention. Nous travaillons également avec nos partenaires étrangers et nous comparerons prochainement nos approches avec nos homologues allemands.

Vous avez ensuite évoqué la médiation animale, notamment les chiens d'assistance, domaine que nous suivons avec grande attention. Il existe non seulement la médiation canine, mais aussi la médiation équine. Les chiens ont été choisis pour leur sociabilité et leur capacité à apaiser. Notre rôle, en tant que service de santé, consiste à produire de la science, et donc de fonder nos décisions sur des données factuelles. Nous avons par exemple mis en place un cadre réglementaire permettant aux blessés souffrant de stress post-traumatique d'être accompagnés par leur chien jusque dans les hôpitaux militaires. Ces mêmes chiens suivent leurs maîtres partout – en avion, en train – et sont désormais parfaitement identifiés.

Votre dernière question concerne la réparation capacitaire, l'infrastructure et la restructuration. Nous menons effectivement des projets immobiliers d'envergure. L'un d'eux constitue un point d'inflexion majeur, puisqu'il concerne la reconstruction d'un hôpital militaire. Une telle décision envoie un signal puissant à toute la communauté du service, du plus jeune au plus ancien. Cette approche est assez novatrice et lorsque j'en parle à mes homologues à l'Otan, je constate souvent leur étonnement et leur envie : je suis presque le seul à annoncer la reconstruction d'hôpitaux.

Parallèlement, nous poursuivons des travaux continus de réparation et de modernisation sur l'ensemble de nos hôpitaux. Nous adoptons une logique de maintenance programmée, comparable à celle appliquée à la flotte navale : tous les quarante ans, un hôpital doit être intégralement revu, mais il faut, entre-temps, prévoir des contrôles réguliers et des investissements anticipés.

Nous avons travaillé à la reconstruction de l'hôpital de Marseille, mais également étudié en détail l'adaptation de nos hôpitaux aux contraintes de la haute intensité, de l'engagement majeur. Nous avons ainsi proposé et obtenu des dépenses supplémentaires pour renforcer et optimiser la capacité de nos hôpitaux, par des solutions assez astucieuses, comme l'ajout de blocs modulaires pour augmenter les capacités opératoires, optimiser les circuits, renforcer certaines infrastructures sans avoir à reconstruire entièrement.

Enfin, la logistique médicale, notamment autour de la pharmacie centrale des armées à Chanteau, représente pour nous un enjeu majeur dans la prochaine LPM. Les montants nécessaires sont considérables, comparables à ceux requis pour la construction d'un hôpital. Au-delà des grandes infrastructures, nous n'oublions pas les structures plus modestes : les infirmeries de régiment, les antennes médicales, les locaux où sera accueilli le service national ou les réservistes. Ces structures doivent être rénovées et adaptées. En conclusion, les efforts du SSA sont « tous azimuts ».

**M. Romain Tonussi (RN).** La blessure psychique est sans doute aujourd'hui l'une des blessures les plus difficiles à appréhender pour l'institution militaire. Elle a la triple caractéristique d'être invisible, souvent différée et par nature difficile à objectiver administrativement.

Les symptômes qui y sont attachés rendent le parcours de prise en charge particulièrement exigeant pour des militaires dont l'État rend les démarches administratives longues et complexes, voire presque impossibles. Des dispositifs comme les maisons Athos constituent un outil précieux de réhabilitation, mais ils interviennent à un moment où le blessé

se situe déjà à la frontière entre monde militaire et monde civil. À terme, une partie importante du suivi repose inévitablement sur la médecine civile.

Comment le SSA armées entend-il approfondir ses liens avec la médecine civile pour garantir un suivi durable des blessés psychiques, notamment après leur départ de l'institution ? Enfin, le cadre actuel de prise en charge financière des soins réalisés hors du SSA vous paraît-il suffisant ou devrait-il évoluer afin d'éviter que certains frais ne deviennent un obstacle à la prise en charge ?

**M. le médecin général des armées Jacques Margery.** La blessure psychique n'est plus un sujet difficile à reconnaître pour les médecins militaires. Dans nos armées, ce cap est désormais franchi. Le service de santé, fort de l'expérience de ses anciens, avait déjà identifié depuis longtemps la réalité du traumatisme psychique. À ce titre, le SSA a dû faire preuve de pédagogie auprès de la communauté militaire. Désormais, nos camarades d'armes, toutes spécialités confondues, sont aujourd'hui pleinement sensibilisés.

J'en veux pour preuve l'engagement des chefs militaires. Lorsque j'observe le travail du général Schill, chef d'état-major de l'armée de terre, je peux affirmer qu'il est aussi conscient que nous de l'importance vitale du suivi psychique. Le constat de parcours complexes, souvent longs, est largement partagé, non seulement par les médecins, mais par l'ensemble de la hiérarchie. Le ministère lui-même en fait une priorité : les ministres successifs ont exigé des points réguliers sur la prise en charge des blessés, y compris au plus haut niveau de l'État, comme en témoignent les demandes récentes du président de la République au mois de juillet.

Vous avez également évoqué les maisons Athos, à juste titre. Ces structures n'ont pas été initiées par le SSA, mais par l'armée de terre, dans une logique de réinsertion sociale. Ce ne sont pas des lieux de soins, mais des espaces qui complètent un parcours médical, en lien avec l'hôpital ou le cabinet, civil ou militaire. Conscients de leur utilité, nous avons souhaité nous y investir pleinement. Le conseil d'administration d'Athos accueille désormais des représentants du service de santé, car les blessés qui s'y rendent sont les mêmes que ceux que nous soignons. Peu importe que l'homme ou la femme soit encore en uniforme, en congé longue durée ou déjà redevenu civil, sa blessure psychique demeure. Le service entend accompagner cette transition avec les acteurs compétents, notamment l'Office national des combattants et des victimes de guerre (ONACVG).

Une blessure physique est visible, immédiate, identifiable. Mais une blessure psychique peut se déclarer de manière lente ou décalée. Parfois, l'intéressé n'est plus militaire lorsqu'il est rattrapé par cette douleur. Dès lors, la nécessité d'assurer une continuité avec le monde civil apparaît de manière éclatante, afin de permettre au blessé de consulter un médecin traitant, un psychologue ou un psychiatre civil.

À cet effet, nous avons développé des outils pédagogiques à destination des soignants civils, pour leur expliquer les singularités de la condition militaire. De fait, le stress post-traumatique d'un combattant n'a rien à voir avec d'autres formes de stress rencontrées habituellement dans la pratique médicale ou psychiatrique civile.

Ensuite, un militaire devenu civil peut toujours revenir chez nous ; nos structures lui restent ouvertes, et sa prise en charge est garantie lorsqu'il est reconnu blessé psychique. Mais nous devons aussi anticiper qu'il consultera en ville. C'est ici que l'inscription territoriale

joue un rôle déterminant et permet de rencontrer les médecins civils. Ces échanges créent des coopérations locales, non pas pour établir des priorités dans les salles d'attente, mais pour préparer les soignants civils à accueillir un ancien militaire avec les connaissances nécessaires.

D'autres cercles peuvent être mobilisés : les instances ordinales, notamment le conseil de l'ordre des médecins, ou encore les réseaux professionnels – en revanche, les psychologues ne disposent pas d'un ordre. En tant que président du conseil de l'ordre des médecins militaires, je sais combien ces liens sont essentiels.

Enfin, s'agissant des prises en charge, nous apportons notre expertise, sans prétendre nous substituer aux autres acteurs. De fait, certaines questions dépassent notre périmètre.

**M. le président Jean-Michel Jacques.** Je vous remercie pour cette audition, qui a été particulièrement riche.

*La séance est levée à douze heures cinquante-deux.*

\*

\* \*

#### **Membres présents ou excusés**

*Présents.* - Mme Valérie Bazin-Malgras, Mme Geneviève Darrieussecq, Mme Sophie Errante, M. Emmanuel Fernandes, M. José Gonzalez, M. Daniel Grenon, Mme Catherine Hervieu, M. Laurent Jacobelli, M. Jean-Michel Jacques, M. Abdelkader Lahmar, Mme Lise Magnier, Mme Alexandra Martin, Mme Isabelle Santiago, M. Jean-Louis Thiériot, M. Romain Tonussi, Mme Corinne Vignon

*Excusés.* - M. Christophe Blanchet, Mme Anne-Laure Blin, M. Frédéric Boccaletti, M. Manuel Bompard, Mme Cyrielle Chatelain, M. Michel Criaud, Mme Alma Dufour, M. Moerani Frébault, M. Thomas Gassilloud, M. Frank Giletti, M. Damien Girard, M. David Habib, M. Pascal Jenft, Mme Nadine Lechon, M. Julien Limongi, Mme Michèle Martinez, Mme Anna Pic, Mme Natalia Pouzyreff, Mme Isabelle Rauch, Mme Marie Récalde, Mme Mereana Reid Arbelot, Mme Marie-Pierre Rixain, M. Aurélien Rousseau, M. Alexandre Sabatou, M. Sébastien Saint-Pasteur, M. Mikaele Seo, M. Thierry Sother, M. Boris Vallaud, M. Éric Woerth