

# Réforme de l'Armée XXI

## Consultation concernant le plan directeur de l'armée et la révision de la législation militaire

Département fédéral de la défense,  
de la protection de la population et des sports (DDPS)  
3003 Berne

Berne, le 23 juillet 2001

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions d'avoir invité la FMH à prendre position dans la procédure de consultation. Notre réponse est centrée sur deux préoccupations majeures du corps médical.

### 1. Instruction, engagement et obligation de servir du médecin militaire

Ces dernières années, le service militaire et la carrière du médecin militaire ont perdu de plus en plus d'intérêt. Parmi les raisons principales, signalons, d'abord, la discrimination encourue par les médecins astreints au service militaire par rapport à ceux qui ne le sont pas, tant au cours des études que de la formation postgraduée. Plus généralement aussi, il convient de relever la péjoration des conditions que vivent les médecins accomplissant leur service militaire, qu'ils soient salariés ou indépendants en cabinet médical, à l'image du développement du monde économique en général, pression accrue de la concurrence oblige. De plus, la qualité de la formation en tant que médecin militaire n'est pas, sur le plan de la spécialisation médicale, d'une valeur telle qu'elle motiverait les candidats à suivre une formation postgraduée militaire.

On ne trouve pas d'ébauches de solutions à ces problèmes, ni dans le plan directeur de l'armée, ni dans les modifications des lois et des ordonnances, bien au contraire. Dès lors, nos revendications et positions sont les suivantes:

#### 1.1. Instruction

L'instruction doit présenter un niveau professionnel qui permette la reconnaissance et la prise en compte entière ou partielle en vue d'un titre de spécialiste. Il en va de même des cours de spécialistes (C spéc) qui pourraient, à niveau équivalent, être validés dans le cadre de la Réglementation de la FMH pour la formation continue. La FMH, et plus précisément les sociétés de discipline médicale responsables en matière de formation postgraduée et continue offrent explicitement ici leur collaboration à l'armée dans la réalisation de ces objectifs. A notre avis, la concrétisation prochaine de ces efforts devra être la création d'un centre de médecine de guerre, de catastrophes et d'ur-

gence (qu'il serait bon de concevoir sous une égide commune, militaire et civile). Ce centre devrait offrir une formation de base et une formation continue spéciale de haut niveau, conçue pour le médecin militaire (dans la perspective de situations de catastrophes en Suisse et à l'étranger) et de missions de maintien de la paix à l'étranger), mais aussi pour le médecin militaire «normal» et le médecin d'urgence au civil.

Au demeurant, nous apportons notre soutien inconditionnel aux propositions détaillées du groupe de travail «armée» de la Commission interfacultés médicale suisse (CIMS).

Il va de soi qu'avec ces mesures, la formation de médecin militaire ne pourrait que gagner en attrait et les possibilités de recrutement, s'élargir.

#### 1.2. Application de la clause de l'obligation de servir

Depuis toujours, les médecins militaires, en particulier dans les rangs des ofsub, ont non seulement une durée de service plus longue, par rapport à d'autres troupes, mais peuvent être appelés, même après l'âge de 42 ans et alors que d'autres ofsub ont terminé leur service militaire obligatoire, à accomplir un maximum de 21 jours de service supplémentaires, tout comme d'autres spécialistes, d'ailleurs. Ces prestations doivent être accomplies régulièrement par les médecins militaires, que ces derniers se soient établis en cabinet médical ou qu'ils poursuivent une carrière hospitalière. Le projet de révision de la Loi fédérale sur l'armée et l'administration militaire (LAAM) conserve ce système, à l'exception d'une réduction minimale de la limite d'âge (50 ans au lieu de 52). L'influence sur le corps médical de la mutation économique et concurrentielle évoquée en introduction nous contraint à rejeter la pérennité de ce statut particulier des médecins militaires. Autrement dit, nous revendiquons à l'avenir pour le médecin suisse le même statut que ses concitoyens.

Nous tenons compte du fait, d'autre part, qu'en introduisant l'entière égalité de traitement des médecins militaires, le nombre de ces derniers pourrait tôt ou tard se révéler insuffisant, en ce sens que par l'acquisition d'un titre de spécialiste, ils ont aussi atteint le niveau souhaitable de qualifications médicales pour l'armée.

Afin de satisfaire aussi bien aux exigences du corps médical qu'à celles de l'armée, nous proposons les solutions suivantes:

- Les médecins militaires accomplissent le même nombre de jours de service que d'autres membres de l'armée du même grade.
- En revanche, le corps médical est prêt à accepter, dans la perspective de la qualité de l'assistance médicale, une élévation de la limite d'âge fixée au service, sans toutefois aller au-delà de 45 ans. De même, l'intervention des médecins militaires et leur affectation seraient organisées selon un système d'équipe de réserve (pool), avec un devoir de service maximal garanti par année et la possibilité d'accomplir ce service, pour des raisons pro-

fessionnelles, en blocs de 1 à 5 jours. Ce système ne saurait être géré par des spécialistes de la logistique étrangers au monde militaire, mais devrait revenir aux troupes sanitaires (cf. chiffre 2).

- c) Une éventuelle pénurie de médecins militaires – malgré la réduction massive des effectifs de l'armée en général – peut être évitée de la manière suivante:
- aa) Les médecins militaires sont engagés en premier lieu pour des tâches qualifiées, de médecine militaire ou de médecine de guerre.
  - bb) Les autres tâches, celles plus précisément d'assistance médicale des troupes en service, doivent se fonder sur une collaboration relevant du mandat de droit privé avec des médecins (et des hôpitaux) civils. Il s'agit donc en premier lieu de trouver un accord avec le réseau national de médecine d'urgence en création, de manière à créer des synergies optimales, tant sur le plan de la qualité de l'assistance médicale que sur celui de l'organisation, pour ces deux tâches d'utilité publique, le réseau civil de médecine d'urgence et celui de l'armée (annexe).

### 1.3. Officiers spécialistes

Nous sommes quelque peu réticents devant l'introduction générale d'«officiers spécialistes» dans les troupes sanitaires. Cela dit, la désignation d'officiers spécialistes, comme c'est déjà le cas actuellement, pour des tâches particulières, de formation notamment, nous semble en principe envisageable et même souhaitable.

## 2. Troupes sanitaires: une arme qui conserve son identité sous direction centrale

Dans le projet Armée XXI, les troupes sanitaires, en tant qu'arme indépendante, seraient supprimées en douce et intégrées en tant que «processus logistique» (plan directeur, p. 34s) dans les troupes nouvellement créées de logistique.

Nous ne saurions dissimuler que cette intention a provoqué confusion et même indignation chez des médecins plus qu'engagés militairement.

- «*L'être humain est au premier plan*» (plan directeur, p. 20). Quelle que soit la considération que l'on doit avoir envers les prestations de ravitaillement, d'évacuation, de transport et d'infrastructure, les troupes sanitaires n'ont pas affaire à des marchandises, mais à des êtres humains, des patients. Ce sont eux qui sont au centre des activités des troupes sanitaires. Le domaine sanitaire n'est donc pas un simple problème de logistique et ne saurait être réduit à la question de savoir comment déplacer un objet le plus judicieusement possible de A à B. Les êtres humains, les patients, ont d'autres besoins et nécessitent une prise en charge différente de celle du ravitaillement, des

munitions, des pièces de rechange ou du carburant. Alors que le matériel, le ravitaillement, l'évacuation et l'entretien passent toujours avant l'assistance médicale d'êtres humains, les besoins fondés du service sanitaire moderne sont insuffisamment ou pas du tout pris en compte.

- Dans le service sanitaire, le principe selon lequel «*L'être humain est au premier plan*» demande une prise en compte de la responsabilité dans son ensemble. Le service sanitaire d'Armée XXI doit développer l'efficacité et le professionnalisme, afin de parvenir au même niveau d'assistance médicale des membres de l'armée que dans le domaine civil. Ce qui conduit à une autre revendication du service sanitaire coordonné: les troupes sanitaires de l'armée doivent aussi renforcer le système de santé publique existant, afin de garantir de manière crédible l'assistance médicale de l'armée. Mais, pour assurer, en situation exceptionnelle, également une coopération efficace avec les 26 systèmes de santé cantonaux, les troupes sanitaires doivent être dirigées de manière centrale par un bureau indépendant, compétent et hiérarchisé.
- Du point de vue du droit international des conflits armés, nous vous prions instamment d'examiner si la réorganisation prévue est compatible avec les Accords de Genève de 1949 («protection de la Croix-Rouge»). Des difficultés éventuelles ne pourraient-elles pas surgir dans le cadre de la coopération internationale?
- L'armée profite de la formation et du savoir-faire au civil des médecins militaires, des plus utiles dans un système de milice tout en allant de soi. Par rapport à la plupart des citoyens, les médecins ont accompli et accomplissent en moyenne beaucoup pour l'armée, tant sur le plan de la disponibilité (ou de l'obligation implicite) à la formation postgraduée militaire que sur celui du nombre de jours de service et de la durée du devoir de service accompli, ce qu'ils continueront (ou devront continuer) de faire dans un cadre plus restreint. Il n'y a pas de corps professionnel civil, à l'instar du corps médical, qui apporte dans l'armée un tel savoir spécialisé et qui soit autant sollicité, sur le plan du nombre et de la participation. Nous ne pensons pas, dès lors, qu'il soit outrecuidant de demander un interlocuteur de notre côté, médecin en chef de l'armée avec le grade de divisionnaire, qui ait un poste autonome et dispose d'une autorité idoine au sein de la hiérarchie militaire.
- Nous l'avons relevé sous chiffre 1, une amélioration importante de la formation des médecins militaires et une certaine souplesse dans son application dans le cadre de l'armée seront déterminantes pour la question de savoir si des médecins suffisamment nombreux et surtout suffisamment qualifiés pourront être acquis à la cause du projet Armée XXI. Ces deux éléments, l'instruction et la souplesse d'intervention, doivent revenir à des médecins sous l'autorité d'un chef médecin.

Nous rejetons dès lors le projet d'organisation proposé pour le Service sanitaire de l'armée et vous proposons de vous pencher davantage sur la solution que nous esquissons ici. Cela suppose un complément apporté à l'art. 7, 2<sup>e</sup> al., du projet de la LAAM, qui stipulerait que les troupes sanitaires soient une arme autonome (comme auparavant).

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

F M H  
Dr H. H. Brunner  
Président

F.-X. Deschenaux  
Secrétaire général

## Inkraftsetzung der Beschlüsse der ordentlichen Ärztekammer vom 4./5. Mai 2001

In der statutarisch festgelegten Frist von 60 Tagen seit Publikation der Beschlüsse in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ Nr. 27 vom 4. Juli 2001) ist kein Antrag auf Urabstimmung eingereicht worden. Die Beschlüsse der ordentlichen Ärztekammer vom 4./5. Mai 2001 sind am 3. September 2001 in Rechtskraft erwachsen.

## Entrée en vigueur des décisions de la Chambre médicale des 4 et 5 mai 2001

Aucune demande de votation générale n'ayant été déposée durant le délai statutaire des 60 jours après leur publication dans le Bulletin des médecins suisses (BMS No 27 du 4 juillet 2001), les décisions de la Chambre médicale extraordinaire des 4 et 5 mai 2001 sont entrées en vigueur le 3 septembre 2001.