

Rapport public thématique

Médecins et hôpitaux des armées

	page
Délibéré.....	V
Introduction.....	1
I - Une histoire prestigieuse.....	1
II - Une vocation jamais démentie à soigner au plus près des forces.....	2
III - Une médecine autonome par rapport au dispositif civil de santé.....	3
IV - Une double mission.....	4
A - Une mission militaire.....	4
B - Une mission publique de santé	5
V - L'enquête de la Cour des comptes.....	6
Chapitre I - Les effectifs et les compétences nécessaires aux missions du service de santé des armées.....	7
I - Les besoins du contrat opérationnel.....	7
A - Le contrat opérationnel.....	7
B - Les effectifs de médecins et d'infirmiers.....	8
C - Le rôle des réservistes.....	10
II - La formation du personnel.....	11
A - Le recrutement et la formation initiale.....	11
B - Le coût des écoles.....	16
C - La formation militaire des praticiens.....	18
Chapitre II - Le soutien apporté aux troupes en opérations extérieures.....	21
I - Des personnels engagés sur de multiples théâtres d'opérations.....	21
A - Le soutien en opérations extérieures.....	21
B - L'absence d'indicateurs pour les délais d'évacuation.....	24
C - Les opérations humanitaires.....	25

	page
II - Une très faible part des effectifs mobilisée en opérations extérieures.....	26
A - Une participation globale limitée.....	26
B - Un personnel hospitalier peu sollicité.....	27
III - L'adaptation à l'évolution des conflits.....	28
A - Les nouvelles conditions d'emploi des forces.....	28
B - Le transport des blessés.....	29
C - La mutualisation avec les alliés.....	30
D - L'activité civilo-militaire.....	31
Chapitre III - La médecine d'unité.....	35
I - Une activité peu adaptée aux priorités opérationnelles.....	35
A - La mission des médecins et infirmiers.....	35
B - L'activité médicale.....	36
C - La préparation opérationnelle.....	37
D - Les soins ne relevant pas de la défense.....	39
E - La place de la médecine de prévention.....	40
II - La rationalisation inachevée du dispositif.....	41
A - Le nombre de services médicaux.....	41
B - La poursuite de l'interarmisation.....	42
Chapitre IV - Les hôpitaux d'instruction des armées.....	45
I - La mission militaire des hôpitaux des armées.....	46
A - Le respect du contrat opérationnel.....	46
B - L'activité médicale liée aux armées.....	48
C - Les autres missions militaires des hôpitaux.....	50

	page
II - Une articulation insuffisante avec le dispositif civil de santé	51
A - Les grandes options d'organisation.....	51
B - L'ouverture à la population civile.....	55
C - Les conséquences limitées tirées de la mission publique de santé.....	62
Chapitre V - Le coût de la médecine hospitalière pour le budget de la défense.....	73
I - Un déficit du système hospitalier pesant sur le budget de la défense.....	73
A - Le déficit d'exploitation hors norme des hôpitaux militaires.....	74
B - Les risques liés au passage à la tarification à l'activité.....	78
II - Les causes principales du déficit.....	79
A - Un niveau de charges comparable aux établissements civils.....	79
B - Une proportion trop élevée de personnel non soignant.....	80
C - Une productivité médicale insuffisante.....	81
D - Une prise en compte perfectible des contraintes militaires...	83
III - Une solution à construire avec le monde civil.....	84
A - La reprise des bonnes pratiques de la gestion hospitalière...	84
B - L'hypothèse du regroupement des structures.....	85
C - L'adossement au système civil de santé.....	86
Conclusion générale.....	89
Recommandations.....	92
Réponse du Ministre de la Défense.....	95
Réponse de la Ministre de la santé et des sports.....	126
Réponse du Ministre des affaires étrangères et européennes	132
Réponse du Ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat.....	133

**Les contrôles de la deuxième chambre, présidée par M. Alain Hespel,
président de chambre, dont ce rapport constitue la synthèse
ont été effectués par :**

Mme Françoise Saliou, conseiller maître,

M. Olivier Brochet, rapporteur,

M. Pascal Desrousseaux, rapporteur,

M. Bertrand Moure, assistant.

Le contre-rapporteur en a été M. Patrick Bouquet, conseiller maître.

Ce projet a ensuite été arrêté par le Comité du rapport public et des programmes du 15 juin 2010 présidé par M. Didier Migaud, premier président, avant d'être communiqué aux administrations et organismes concernés.

Délibéré

La Cour des comptes publie un rapport thématique intitulé « Médecins et hôpitaux des armées ».

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code des jurisdictions financières, la Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport public.

Ce texte a été arrêté au vu du projet qui avait été communiqué au préalable, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés, et après avoir tenu compte, quand il y avait lieu, des réponses fournies par ceux-ci. En application des dispositions précitées, ces réponses sont publiées ; elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Etaient présents : M. Migaud, Premier président, MM. Pichon, Picq, Babusiaux, Mme Ruellan, MM. Hespel, Bayle, présidents de chambre, MM. de Mourgues, Mayaud, Houri, Richard, Devaux, Gillette, Ganser, Camoin, Beaud de Brive, Thérond, Mme Froment-Meurice, MM. Beysson, Briet, Gasse, Mme Levy-Rosenwald, MM. Lebuy, Johanet, Durrelman, Alventosa, Frangialli, Dupuy, Mme Morell, MM. Gautier (Louis), Braunstein, Brochier, Mme Dayries, M. Levy, Mme Ulmann, M. Tournier, Mme Darragon, MM. Bonin, Vachia, Vivet, Mme Moati, M. Davy de Virville, Sabbe, MM. Valdigué, Ténier, Lair, Hayez, Mme Trupin, M. Corbin, Mme Froment-Védrine, MM. Ravier, Rabaté, Ménard, Korb, de Gaulle, Mme Saliou (Monique), MM. Guibert, Piolé, Uguen, Guédon, Mme Gadriot-Renard, MM. Bourlange, Le Méne, Mme Malgorn, MM. Sépulchre, Antoine, Mousson, Guérault, Mme Vergnet, M. Chouvet, Mme Démier, M. Clément, Mme Cordier, MM. Léna, Migus, Laboureix, Mme Esparre, conseillers maîtres, MM. Cadet, Cazenave, Klinger, Gros, Carpentier, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Etait présent et a participé aux débats : M. Bénard, Procureur général, assisté de Mme Auclair-Rabinovitch, chargée de mission.

Etaient présents en qualité de rapporteur et n'ont pas pris part aux délibérations : M. Brochet, M. Desrousseaux, rapporteurs.

Madame Mayenobe, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 5 octobre 2010.

Introduction

I - Une histoire prestigieuse

Le devoir de l'Etat de sauver ses soldats blessés, d'assurer le mieux possible leurs soins dans les armées et de manifester la reconnaissance de la Nation a conduit très tôt à l'emploi de chirurgiens militaires, à la création de l'institution des Invalides (1670), des écoles de santé navale (en 1689 par Colbert) ou encore de la pharmacie centrale des armées en 1708.

Les guerres de la Révolution et de l'Empire, les expéditions de Crimée ou d'Italie, les trois guerres de 1870, 1914-1918 et 1939-1945, les guerres coloniales, la levée en masse puis l'instauration de la conscription obligatoire, le grand nombre de blessés sur les champs de bataille ont continué à forger une institution qui peut s'enorgueillir d'une histoire prestigieuse au bénéfice de la Nation en armes.

D'Ambroise Paré, qui fit accomplir des progrès considérables aux techniques d'amputation au XVI^e siècle aux grands chirurgiens de l'Empire, Dominique Larrey et le baron Percy, « inventeurs » de la médecine d'urgence avec l'introduction au sein des armées françaises du système des « ambulances volantes », d'Alphonse Laveran, prix Nobel de médecine pour avoir découvert le parasite responsable du paludisme (1880) à Paul-Louis Simond puis Georges Girard et Jean-Marie Robic qui permirent de lutter contre la peste en identifiant son mode de transmission par la puce du rat (1898) puis en mettant au point un vaccin, de grands noms illustrent la médecine militaire française.

Avec la guerre de 1914-1918, cette médecine fit des avancées considérables en matière de prise en charge et de soins aux blessés au plus proche du champ de bataille avant de les ramener vers les hôpitaux de l'arrière avec, par exemple, l'utilisation de la radiographie pour établir les diagnostics.

Très tôt, la médecine militaire française a reposé sur une doctrine de médicalisation de l'avant, qui prévoit la présence de médecins au plus près du feu. Le retour des médecins militaires à la vie civile, après le conflit d'Indochine, a contribué à diffuser cette doctrine, favorisant par exemple la création des services d'aide médicale urgente (SAMU), qui se caractérisent par la présence de médecins dans les ambulances.

II - Une vocation jamais démentie à soigner au plus près des forces

Service interarmées, le service de santé des armées a pris sa forme actuelle en 1948. Il a été placé, dès 1970, sous l'autorité directe du chef d'état-major des armées, alors que, dans la plupart des armées occidentales, l'armée de terre, la marine et l'armée de l'air continuaient à recruter leurs propres médecins. Il développe quatre grands types d'activités médicales : une médecine de soins, une médecine d'aptitude (sélection initiale et contrôles annuels de l'ensemble des militaires), une médecine de prévention et de prophylaxie des maladies transmissibles et une médecine d'expertise pour le personnel spécialisé (plongée, aéronautique, etc.).

Il a pour objectif de déployer, au plus près des soldats, des médecins, en toutes circonstances, pour leur garantir des soins de qualité préservant leur vie et leur intégrité physique. Cet impératif est souligné dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale publié en 2008¹ qui indique que le soutien santé est « *d'abord et avant tout une obligation morale que l'Etat assume vis-à-vis de ses ressortissants, surtout lorsqu'ils sont confrontés à un risque accru* » et qu'il est « *déterminant pour l'efficacité opérationnelle, quel que soit le type d'opération* » car « *les pertes subies sur un théâtre exercent une profonde influence sur la perception que se fait la nation de l'opération. Un pic brutal de pertes ou un flux continu peut avoir des conséquences stratégiques. Protéger les forces est donc non seulement un impératif humain mais aussi une nécessité stratégique – pour préserver l'adhésion - et tactique – pour assurer le succès* ».

Le service de santé des armées est organisé afin que les troupes soient déployées en ayant l'assurance de bénéficier des médecins secouristes et hospitaliers nécessaires permettant à la France d'entrer en premier dans un conflit sans dépendre d'aucun allié.

La doctrine bâtie par le service de santé, dite « doctrine de médicalisation de l'avant », doit permettre de soigner les blessés au plus près et au plus vite. Elle s'écarte du schéma américain par l'importance accordée au poste de secours où le blessé reçoit les premiers soins lui permettant d'être évacué vers l'antenne chirurgicale. Les médecins français considèrent qu'ainsi les chances de survie et de maintien de l'intégrité physique du blessé sont accrues. Cette doctrine doit être

1) Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, p.218, Ed. Odile Jacob, 2008.

adaptée à chaque théâtre d'opérations. Ainsi, en Afghanistan, les conditions particulières où les équipes françaises de liaison et de mentorat opérationnel (*Opérationnal mentor and liaison team*) intégrées au sein des forces afghanes sont isolées, conduisent-elles à des aménagements afin de maintenir la rapidité et la qualité d'intervention auxquelles ont droit les soldats.

Le Livre blanc rappelle que « *la France veillera en permanence à la qualité de son personnel sanitaire militaire et à l'adéquation entre le besoin et la ressource. Si le rythme des opérations ou le taux de pertes constatées l'exigent, le taux de médicalisation des unités sera renforcé. Dans l'urgence, la capacité du service peut être accrue en sollicitant la réserve opérationnelle. En cas de montée en puissance des risques, la ressource en praticiens sera accrue en augmentant le seuil des recrutements en formation initiale.* »

III - Une médecine autonome par rapport au dispositif civil de santé

Le service de santé des armées, ses neuf hôpitaux, ses quatre écoles, son institut de recherche biomédicale et ses cinq centres de ravitaillement emploient plus de 15.600 personnes, dont plus de 2.000 médecins y compris les internes et 4.500 infirmiers, pour un coût total annuel, en exécution 2009, de l'ordre de 1,3 milliard d'euros. Il est financé à hauteur de 860 millions d'euros par le ministère de la défense et de 450 millions d'euros par les recettes de son activité hospitalière (versements des caisses de sécurité sociale, des mutuelles et des patients).

La structure du service de santé résulte du contrat opérationnel² que lui fixe le chef d'état-major des armées. Elle a été définie afin de permettre aux armées d'assumer une situation d'engagement dite de moyenne intensité. Le service de santé des armées est dimensionné pour soutenir 10.000 hommes sur le territoire national, 5.000 hommes dans des opérations d'évacuation et 30.000 hommes projetés à distance du territoire métropolitain.

Dans l'ensemble de ses composantes – recrutement et formation continue des praticiens, ravitaillement, recherche biomédicale, médecins de régiments et hôpitaux –, la médecine militaire est organisée de manière

2) Le contrat opérationnel définit, sous l'autorité du chef d'état-major des armées, les objectifs et les moyens des différents armées et services pour permettre la mise en œuvre des orientations arrêtées dans le livre blanc sur la sécurité et la défense nationale et la loi de programmation militaire.

quasi autonome par rapport au système civil de santé. Cette autonomie est destinée à lui offrir la souplesse et la réactivité nécessaires pour répondre aux besoins exprimés par l'état-major des armées.

Ce modèle – complet et intégré – a sa contrepartie en termes de moyens. Il comprend, en particulier, un important système hospitalier, conçu, tant pour accueillir les chirurgiens et spécialistes destinés à partir en opérations extérieures, que pour soigner en nombre les militaires blessés.

Les neuf hôpitaux d'instruction des armées emploient 55 % des effectifs du service de santé, dont près de 40 % des médecins militaires. Leur capacité globale est d'environ 2.700 lits (équivalent à la taille du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, 4ème de France). Leur budget total s'élève à plus de 800 millions d'euros.

IV - Une double mission

Le dimensionnement du service de santé des armées l'amène à remplir une double mission, au profit des forces armées et dans le domaine de la santé.

A - Une mission militaire

Les médecins militaires ont assuré, en 2009, le soutien des 340.000 militaires des armées et de la gendarmerie. Ils doivent être en mesure de monter, simultanément, jusqu'à 190 postes de secours et 29 équipes chirurgicales³ dans des opérations extérieures.

Chaque année, environ 3.000 interventions chirurgicales sont réalisées en opérations extérieures (OPEX), dont 80 % au profit des populations locales. En moyenne, les médecins militaires réalisent deux rapatriements sanitaires chaque jour (sans accompagnement médical) et une évacuation médicale par semaine (avec un médecin, voire un réanimateur).

Tout en assurant cette mission au profit des forces en opérations extérieures, le service de santé des armées continue à mener, « à l'arrière », médecine d'aptitude, médecine d'expertise et soins liés aux accidents de service au profit des armées.

3) Une équipe chirurgicale est composée, pour les praticiens, de deux spécialistes en chirurgie orthopédique et viscérale ainsi que d'un anesthésiste réanimateur.

B - Une mission publique de santé

Pour assurer le soutien santé en opérations et être pourvu des compétences suffisantes, le service de santé dispose ses médecins dans 316 services médicaux d'unités implantés en métropole et outre-mer, et dans ses neuf hôpitaux militaires.

Depuis la suspension de la conscription, dès lors qu'il souhaitait préserver ses neuf hôpitaux d'instruction⁴, le service de santé n'a pas eu d'autre choix que de les ouvrir aux civils. Cette ouverture était indispensable pour maintenir au plus haut niveau les compétences de ses chirurgiens et spécialistes en leur garantissant un volume d'activité suffisant. Les militaires n'ont pas en effet l'obligation de se faire soigner dans un établissement de soins relevant du ministère de la défense.

De fait, les hôpitaux militaires ont aujourd'hui une activité civile à plus de 90 %. Ils développent des spécialités et traitent des pathologies proches de celles rencontrées dans les hôpitaux civils de taille comparable.

La prise en charge de patients civils dans les hôpitaux militaires est inscrite dans la loi. Elle prévoit que le service de santé « *concourt à l'offre de soins du service public* »⁵. Le décret du 15 juillet 2009 relatif aux attributions du ministre de la défense précise que celui-ci « *définit les conditions de la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique* ». Les modalités d'organisation de cette contribution ne relève pas de l'administration de la santé (direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé et agences régionales de la santé) mais du ministère de la défense.

4) Avec la suspension de la conscription (loi du 28 octobre 1997 portant réforme du service national), le service de santé des armées a été conduit à fermer neuf autres hôpitaux.

5) Articles R. 6112-1 et suivants du code de la santé publique.

V - L'enquête de la Cour des comptes

Les précédents travaux de la Cour des comptes sur le service de santé des armées ont été publiés en 2002.

A l'exception de l'approvisionnement, touché par une profonde réforme dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), l'ensemble des composantes du service de santé des armées – les écoles de formation, la médecine d'unité, les hôpitaux, les directions régionales, la conduite des opérations extérieures et la recherche biomédicale – ont fait l'objet d'un contrôle conduit par la deuxième chambre de la Cour des comptes en 2009.

Ce contrôle est intervenu à un moment important :

- les opérations extérieures exposent les forces armées à des risques accrus, en Afghanistan notamment. Il appartenait à la Cour des comptes de vérifier que les moyens du service de santé correspondent aux besoins ;
- les évolutions en cours dans le secteur hospitalier sont marquées notamment par l'introduction d'une nouvelle tarification, à l'activité (la T2A), applicable aux hôpitaux militaires depuis le 1^{er} janvier 2009, et par une réforme de la gouvernance, prévue par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 23 juillet 2009.

La médecine militaire est à l'intersection de deux politiques - une politique de défense et une politique de santé - dont les objectifs, les modes de gestion, les logiques d'organisation et les publics sont différents. La conciliation de ces deux politiques est difficile. C'est l'examen des solutions retenues par le service de santé des armées pour conduire sa double mission qui fait l'objet du présent rapport public.

Chapitre I

Les effectifs et les compétences

nécessaires aux missions du service de

santé des armées

I - Les besoins du contrat opérationnel

A - Le contrat opérationnel

Le service de santé est un service interarmées directement rattaché au chef d'état-major des armées qui lui fixe son contrat opérationnel. Ce contrat impose des objectifs quantitatifs et qualitatifs. Selon les termes du contrat opérationnel 2008-2010 - qui devrait peu évoluer à la suite de l'adoption de la loi de programmation militaire 2009-2014 - le soutien des forces armées se développe en trois séries d'objectifs principaux :

« - la mise et le maintien en condition opérationnelle, le contrôle et le suivi des forces en préparation des opérations et après les désengagements ;

- la mise sur pied préalable de la composante santé du soutien aux opérations puis par la prise en charge des blessés et des malades en opérations ;

- la prise en compte du risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) pour les forces armées ; mission étendue au territoire national par la contribution à la sécurité de l'ensemble des ressortissants français, en matière de santé. »

Les forces soutenues sont celles des trois armées et de la gendarmerie qui a souhaité, malgré son transfert opérationnel au ministère de l'intérieur, conserver le soutien du service de santé des armées⁶.

B - Les effectifs de médecins et d'infirmiers

Plus de 15.600 personnes, dont près de 6.000 civils, travaillent au sein du service de santé des armées.

Répartition des effectifs du service de santé des armées

(ETP au 31 décembre 2009)

Hôpitaux	Médecine d'unité	Ravitaillement	Formation	Recherche	Direction	Divers
57,1 %	15,2 %	4,8 %	11,2 %	3,3 %	6,6 %	1,8 %

Source : service de santé des armées

Au 31 décembre 2009, 1.897 médecins militaires travaillaient au sein du service de santé des armées. Cet effectif correspond aux besoins fixés par le contrat opérationnel, tel qu'il a évolué depuis les derniers travaux de la Cour.

La plupart de ces médecins travaille directement dans les armées (44 %) et dans leurs hôpitaux d'instruction (39 %). Les autres effectuent des tâches de recherche, de formation, ou de direction et d'administration. Le pourcentage de médecins accomplissant des tâches de direction et d'administration est élevé : il s'établissait à 9 % en 2009.

Le volume de personnel infirmier, au nombre de 4.554 fin 2009, remplit quasiment les exigences du contrat opérationnel, sauf pour la spécialité des infirmiers de blocs opératoires. Alors que les effectifs des infirmiers diplômés d'Etat atteignent 97 % des besoins du contrat opérationnel, ceux des infirmiers de blocs opératoires ne représentent que 76 % de l'objectif.

6) Les effectifs médicaux et paramédicaux nécessaires au soutien de la gendarmerie ont été conservés dans le budget du service de santé et une délégation de gestion-cadre a été signée par les ministres de la défense et de l'intérieur, précisant les modalités de soutien. Les frais courants et de soutien, hors rémunérations et charges sociales, sont pris en charge par le ministère de l'intérieur.

S'agissant plus particulièrement des équipes médicales des régiments, le contrat opérationnel prévoit que le service de santé doit pouvoir mettre en place un maximum de 190 postes de secours, tout en continuant à assurer les soins dans les unités militaires non engagées. Il doit donc disposer de 380 médecins d'unité (deux médecins par poste de secours) et de 570 infirmiers (trois infirmiers par poste de secours) projetables, 450 médecins et 675 infirmiers demeurant auprès des unités.

Le contrat opérationnel est pratiquement rempli : on recense, dans les unités, 821 médecins et 1.215 infirmiers. Le service de santé peut ainsi faire face sans tension aux besoins des armées.

Dans le cadre de la revue générale des politiques publiques (RGPP), le contrôle général des armées a estimé que le contrat opérationnel pouvait être rempli en abaissant le nombre de médecins à 700 et celui des infirmiers à 970 grâce à une réorganisation du soutien sanitaire dans les unités. L'effort demandé suppose des réorganisations importantes.

La féminisation du personnel médical et paramédical : un défi et un atout

Au sein du service de santé des armées, 60 % des personnels paramédicaux et 17 % des médecins sont des femmes. Ce taux global de féminisation (56 %), inférieur à celui du système de santé civil (76 % en 2004), est élevé par rapport à la moyenne du ministère de la défense (15 %). Il croît de façon importante et régulière depuis que les quotas qui étaient imposés pour le personnel médical ont été supprimés en 1999. Plus de la moitié des élèves praticiens des écoles militaires sont des femmes. Le service de santé doit donc relever deux défis : favoriser la gestion de carrière des femmes qu'il a formées et s'assurer qu'il sera en mesure de fournir le personnel nécessaire aux opérations extérieures.

En 2008, les femmes représentaient le quart du personnel du service de santé projeté dans les opérations extérieures.

Deux catégories de personnel doivent être suivies plus attentivement - les médecins d'unité et le personnel paramédical - compte tenu des exigences militaires très élevées pour occuper ces fonctions, voire, parfois, des impossibilités d'envoyer des femmes (comme c'est le cas pour certaines unités en Afghanistan). Il est donc important que le service de santé définisse une véritable politique de suivi et d'accompagnement de la féminisation de ses effectifs, en adaptant en particulier la gestion des carrières et des départs en opération, sur la longue durée.

La féminisation constitue, par ailleurs, un atout dans le cadre des opérations extérieures car une part importante de l'activité est consacrée à l'aide médicale aux populations civiles. La présence de femmes médecins et infirmières permet de surmonter les obstacles culturels parfois forts pour soigner les femmes et les enfants qui représentent l'essentiel des patients.

C - Le rôle des réservistes

La réserve opérationnelle du service de santé comptait, en 2008, 2.135 officiers, 1.061 sous-officiers et 345 militaires du rang⁷. Ces effectifs, en forte croissance depuis 2002, restent cependant très en deçà de ceux fixés dans le plan d'action ministériel de 2004. L'objectif cible de 8.600 réservistes en 2012, jugé irréaliste, a été réduit de moitié (4.100 réservistes en 2015).

Les réservistes effectuent en moyenne entre 19 et 22 jours d'activité par an. Leur activité peut être considérée comme équivalente à 280 emplois temps plein (ETP), soit 1,7 % des effectifs du service de santé pour un coût représentant 1,4 % de la masse salariale.

Le service de santé prévoit la participation des réservistes aux opérations extérieures (OPEX). Les réservistes ont effectué 6,5 % des journées OPEX-médecin et 50 % des journées OPEX-dentiste. Cette participation constitue un fort motif d'attractivité, spécifique au service de santé. Le rôle des réservistes est important également dans le cadre de la préparation sanitaire des militaires devant partir en opérations extérieures (vaccinations, contrôles dentaires, etc.) pour soutenir les médecins d'unité face au pic d'activité lié au départ en OPEX.

7) Organisée par la loi du 18 avril 2006, la réserve opérationnelle est formée des volontaires ayant signé un contrat d'engagement individuel à servir dans la réserve. Elle constitue une réserve d'emploi mobilisable par les états-majors pour les missions de soutien des forces armées, en métropole comme en opération.

Compte tenu, d'une part, de l'importance des réservistes dans le fonctionnement du service de santé, d'autre part, du coût de la formation initiale du personnel, une politique de maintien dans la réserve opérationnelle des praticiens et paramédicaux d'active qui quittent le service est indispensable. Une telle politique a été initiée depuis 2004. Un quart de la réserve opérationnelle est désormais issu des anciens praticiens du service de santé, ce qui reste limité. Cette politique doit être accentuée et ces praticiens doivent constituer une cible prioritaire pour la réserve.

Par ailleurs, la part prise par les réservistes dans le fonctionnement de la médecine militaire implique de s'assurer qu'ils seront effectivement disponibles en cas de crise majeure. Il est en effet vraisemblable qu'une part importante de ces médecins et infirmiers puisse être mobilisée dans le cadre d'autres obligations (au titre de la sécurité civile, de la Croix rouge, des services départementaux d'incendie et de secours, etc.) dans le cadre de plans d'urgence. Ce contrôle n'est pas effectué aujourd'hui.

II - La formation du personnel

Afin de pouvoir disposer de médecins et infirmiers en nombre et en qualité suffisants, le service de santé consacre une part importante de son budget (environ 7,5 %, 105 millions d'euros en 2009) au recrutement et à la formation initiale de son personnel. Les écoles de Lyon, Bordeaux et du Val de Grâce - pour les praticiens – et de Toulon – pour le personnel paramédical - absorbent 95 % du budget de la formation.

A - Le recrutement et la formation initiale

1 - Le recrutement *ab initio* des praticiens

Les conditions particulières d'exercice de la médecine militaire et son attractivité limitée pour des médecins déjà diplômés ont conduit les services de santé de différentes armées étrangères à recruter les étudiants en médecine dès leurs premières années de formation et à financer leurs études.

Aux Etats-Unis, les armées recrutent leurs futurs médecins dans le cadre du programme d'étude des professionnels de santé (Health Professionals Scholarship Program). Elles supportent l'ensemble des coûts de formation et versent aux élèves un salaire d'environ 2.000 \$ par mois. Les médecins militaires allemands – formés dans les universités civiles – sont également rémunérés sur la base d'un solde de lieutenant.

Au Royaume Uni, le système est plus complexe mais la combinaison des possibilités offertes par les collèges d'armées, les bourses servies par les armées et le système des « cadets », permet de financer la totalité des études d'un futur médecin militaire avec une rémunération annuelle qui évolue de 4 000 £ la première année à 16 000 £ en 4ème année puis 42.000 £ pour les deux dernières années.

En France, le service de santé recrute également la grande majorité de ses médecins dès la première année d'étude. Cependant, s'il laisse le soin de leur formation académique à l'Université comme dans les autres pays, les futurs médecins sont intégrés dans des structures militaires spécifiques, les écoles du service de santé des armées.

Elèves officiers pendant les deux premières années (ils sont rémunérés environ 500 euros par mois, logés et nourris gratuitement), ils sont ensuite aspirants jusqu'en 6^{ème} année (rémunération d'environ 1 400 euros par mois). Ils deviennent lieutenants-internes des hôpitaux des armées à partir de la septième année. Ils sont alors rémunérés dans des conditions semblables à celles des internes civils (environ 2.000 euros par mois).

Le recrutement des élèves des écoles du service de santé (ESSA)

Les élèves médecins sont recrutés par un concours très sélectif au niveau du baccalauréat. 150 candidats médecins et 4 à 5 pharmaciens sont admis en première année. L'objectif du service de santé est de faire passer en deuxième année une centaine d'étudiants par promotion en deux ans au maximum.

Des moyens importants sont donc mobilisés pour les soutenir dans la préparation des épreuves (*numerus clausus*) de fin de première année, en sus des cours délivrés à la faculté de médecine civile. Les écoles du service de santé peuvent être considérées comme les meilleures classes préparatoires de France - gratuites et rémunérées⁸ - : le taux de réussite effectif aux épreuves liées au *numerus clausus*, compris entre 54 % et 68 % selon les années, est largement supérieur au taux de réussite national (16 %). Ceci contribue incontestablement à l'attractivité des écoles militaires.

8) Les classes préparatoires privées facturent leurs prestations entre 3.500 et 6.000 euros par an.

Plusieurs indicateurs d'attractivité doivent être néanmoins suivis aujourd'hui avec attention. Le nombre de candidats bacheliers diminue depuis le milieu de la décennie, étant passé de plus de 2.255 en 2006 à 1.567 en 2009. Cette réduction, qui affecte particulièrement les jeunes filles, conduit à un taux de sélectivité qui se dégrade, passant d'environ un candidat reçu sur 15 en 2005 et 2006 à un sur 10 en 2009.

Simultanément, le taux de réussite en fin de première année, s'il reste élevé, a lui aussi diminué depuis 2005 (le taux le plus haut de 68 % correspond à des concours du début de la décennie 2000 tandis que les dernières années voient des taux de réussite plus limités, avec un plus bas de 54 % en 2008).

Pour éviter les candidatures d'étudiants sans véritable vocation militaire, le service de santé a avancé au sixième mois d'études la signature de l'engagement définitif, qui n'intervenait auparavant qu'en deuxième année après la réussite au concours. Ceci encourageait les candidatures opportunistes de candidats sans vocation militaire. Dans un premier temps, la réforme de 2002 a eu un impact fort : le nombre de démissions a beaucoup baissé. Depuis 2007, les démissions en cours de scolarité augmentent à nouveau, beaucoup d'étudiants prenant sans doute plus tardivement conscience de leur absence de vocation militaire et des exigences liées à un possible départ en OPEX. Conjuguée à l'augmentation des échecs universitaires, cela aboutit à une cinquantaine de radiations par an (6 % de chaque promotion).

Ces évolutions doivent être suivies avec attention. En effet, si elles se confirmaient dans la durée, elles mettraient en cause le mode de recrutement et la qualité des médecins militaires.

2 - L'indispensable concours des médecins sous contrat

Cette situation conduit à accorder plus d'intérêt aux modes de recrutement complémentaires.

Jusqu'aux années 2000, le service de santé des armées formait la totalité de ses médecins dans ses écoles. Les effectifs étaient complétés par les appelés du contingent exerçant en qualité d'internes. La disparition brutale de cette main d'œuvre, qui ne pouvait être compensée rapidement en raison des délais de formation des étudiants en médecine, a conduit à recruter des médecins déjà diplômés comme officiers sous contrat, officiers « commissionnés »⁹. Plus de 300 médecins ont ainsi été

9) La durée de leur engagement est liée à leur contrat. Après un premier contrat de deux ans, ces personnels ont la possibilité de signer deux autres contrats de six ans.

recrutés, soit l'équivalent du tiers des médecins formés dans les écoles du service pendant la même période.

Ces recrutements ont leurs limites. Ainsi, les officiers commissionnés recrutés pour les hôpitaux sont, en général, des jeunes spécialistes qui veulent compléter leur formation initiale alors que le service de santé souhaiterait des effectifs plus expérimentés. A l'inverse, les candidats médecins généralistes pour servir dans les forces sont souvent « trop » âgés au regard des missions que le service souhaiterait leur confier.

Ce recrutement complémentaire de personnel diplômé présente pourtant des avantages. Il permet des ajustements rapides, en particulier pour les spécialités déficitaires (radiologie, cardiologie,...) et est nettement moins coûteux pour les finances publiques puisqu'il évite d'avoir à financer au moins neuf années d'étude. Il conviendrait donc de développer une politique plus attractive qu'actuellement, notamment en termes de gestion des carrières pour garder plus longtemps ce personnel¹⁰.

3 - Le recrutement des personnels paramédicaux

Le service de santé recrute la très grande majorité de son personnel paramédical hospitalier sur titre (diplôme d'Etat), par un concours centralisé. Ils sont intégrés au corps des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA) dont les statuts, les rémunérations et les indemnités sont alignés sur ceux de la fonction publique hospitalière. Les conditions de travail offertes sont attractives. Le nombre de candidats se présentant aux concours de recrutement est donc suffisant.

Concernant les infirmiers des forces, la carrière est moins attractive pour le personnel déjà diplômé. Le service de santé doit donc les recruter *ab initio* et leur offrir une formation rémunérée. Après huit ans passés dans les forces, ces infirmiers peuvent, s'ils le souhaitent, rejoindre les hôpitaux militaires.

Le personnel hospitalier civil, essentiellement aides-soignants, est recruté sur titre et sur concours organisés par les établissements, sans difficulté majeure.

10) Sur les 300 personnels recrutés entre 2000 et 2008, un tiers a déjà quitté le service.

4 - Les obligations de service liées à la rémunération de la formation

Les dépenses des écoles du service de santé – 105 millions d'euros en 2009 – représentent pour moitié des dépenses de rémunération après réussite au concours. Il s'agit là de l'un des atouts majeurs des écoles de santé pour recruter le personnel médical et paramédical dont a besoin le service. Les études sociologiques montrent cependant que les écoles ont aujourd'hui largement perdu le rôle de promotion sociale qu'elles avaient autrefois lorsqu'elles permettaient à des étudiants d'origine modeste de faire des études longues.

Les élèves praticiens perçoivent une solde totale d'environ 87.000 euros nets pendant les six premières années de formation. Ils bénéficient aussi de nombreux autres avantages en nature : frais d'inscription à l'université payés par l'école, réduction SNCF de 75 % pendant toute leur scolarité, logement et nourriture gratuits pendant les trois premières années¹¹. Devenus internes en 7^{ème} année, ils sont promus lieutenants. L'avantage sur les étudiants civils s'estompe alors, les internes civils étant également rémunérés.

Les élèves infirmiers sont payés pendant leur scolarité toulonnaise au grade de sergent ou de sergent chef. Ils touchent ainsi une solde nette totale d'environ 52.000 euros pendant leurs quarante mois d'école.

En contrepartie de la rémunération de leurs études, les anciens élèves des écoles de santé ont une obligation de servir l'Etat. La durée des études médicales ayant été augmentée, la réforme du statut des praticiens de 2004 a prévu un allongement raisonnable de la durée de service. Les anciens élèves doivent maintenant 12 à 16 ans¹² (davantage dans quelques spécialités) à l'issue de leur temps d'étude. Les infirmiers doivent, quant à eux, huit années de service s'ils sont passés par l'école de Toulon, soit proportionnellement à leur temps d'étude, deux fois plus que les médecins¹³.

Les effets de ces mesures sur l'accroissement réel de la durée de service des praticiens ne peuvent pas encore être mesurés. Aujourd'hui, la moitié d'une promotion de médecins continue de prendre sa retraite après 25 ans de services, c'est-à-dire, pour la plupart, après seulement une quinzaine d'années actives si l'on exclut le temps d'études. Il s'agit d'une

11) A partir de la quatrième année, ils ne sont plus nourris gratuitement que le midi en raison de « l'astreinte ».

12) 17 ans en Allemagne.

13) 2,4 mois de service par mois d'étude effectué contre 1,3 mois pour un médecin généraliste.

véritable préoccupation au regard de l'importance du budget consacré à la formation. Il faut s'assurer que le personnel formé ne démissionnera pas avant le terme de leurs obligations de service.

Or l'effet dissuasif de l'obligation de rembourser les frais de scolarité en cas de démission est atténué dans la pratique. En 2009, la dette cumulée des anciens élèves s'élevait à environ 13 millions d'euros. De plus, les anciens élèves qui rejoignent l'une des trois fonctions publiques bénéficient systématiquement de sursis de paiement suivis de remises gracieuses de dette au bout de dix ans. Il s'agit là d'une généralisation injustifiée des mesures de bienveillance.

Le ministère de la défense et le comptable du trésor public doivent appliquer strictement les règles en vigueur.

Quand il a lieu, le remboursement des frais de scolarité se fait selon un échéancier négocié entre le Trésor public et le débiteur, sans application d'intérêts. Cette pratique, qui ne concerne pas que les écoles du service de santé, est également injustifiée.

B - Le coût des écoles

Hors rémunérations et charges sociales des élèves, le coût de fonctionnement des quatre écoles du service de santé des armées a été, en 2009, de 55,8 millions d'euros.

1 - Le coût excessif des structures des écoles

93 % de la formation reçue pendant les six premières années sont dispensés dans les facultés civiles. Pourtant, le taux « d'encadrement » des élèves des écoles de Bordeaux et Lyon était, fin 2009, de un personnel administratif ou de soutien pour 2,8 élèves. Ainsi, à Lyon, sur 177 agents d'encadrement, 15 seulement assuraient une fonction enseignante (5 professeurs-répétiteurs de l'Education nationale pour soutenir les élèves de première année et 10 militaires pour l'encadrement des compagnies).

Le sur-encadrement, reconnu par le service de santé, explique le coût élevé de la scolarité. Hors sa propre rémunération, le coût moyen annuel de la scolarité d'un élève du service de santé est d'environ 42.000 euros par an.

A Toulon, le taux d'encadrement - un personnel pour 3,5 élèves - très élevé également, est davantage justifié par le fait qu'il s'agit d'un institut qui assure la totalité des formations (27 enseignants pour 124

personnes). Il fait encore plus ressortir le sur-encadrement des écoles de formation des praticiens.

2 - Le regroupement des écoles de médecins de Lyon et Bordeaux

La Cour avait préconisé en 2002 la fermeture de l'école de Bordeaux et le regroupement sur le site de Lyon, ainsi que cela avait été prévu dès 1981 lors de la construction de la nouvelle école de Lyon-Bron. La décision a finalement été prise en 2008, dans le cadre de la revue générale des politiques publiques (RGPP). La première promotion commune est arrivée à Lyon à la rentrée 2009. L'école de Bordeaux fermera progressivement, au fur et à mesure de l'achèvement de la scolarité des élèves qui y sont encore. A terme, les effectifs de l'école de Lyon devraient donc passer d'un peu plus de 500 aujourd'hui à plus de 700 en 2012 sans que cela ne nécessite de travaux importants autres que de réhabilitation.

Le regroupement doit permettre la réduction du coût de fonctionnement, notamment par diminution des effectifs d'encadrement. Or, initialement, seul le personnel civil devait être concerné. Dans ces conditions, le ratio d'encadrement n'aurait été que très peu réduit et la baisse du coût de la scolarité par élève (hors rémunérations) n'aurait été que de 6.000 euros sur 42.000 euros. Le regroupement des écoles sera dès lors accompagné d'une refonte administrative qui permettra une réduction supplémentaire des effectifs, passant de 290 (dans le format actuel) à 220. L'objectif est de réduire d'un tiers le coût de la formation initiale des praticiens hors rémunérations des élèves.

3 - Un déménagement de l'école d'infirmiers de Toulon à Lyon trop rapidement écarté

Le nouvel hôpital militaire Sainte Anne de Toulon a été construit sur le site occupé jusqu'en 2000 par l'école de formation du personnel paramédical. Le service de santé des armées a choisi de construire une nouvelle école sur le site de Sainte Anne. Au regard du coût (près du quart de la construction du nouvel hôpital, soit au moins 40 millions d'euros) et de la gêne apportée pendant près d'une décennie au fonctionnement de l'école, un regroupement sur le site de l'école de Lyon pour créer un grand pôle de formation du service de santé aurait pu être décidé.

Des travaux d'agrandissement auraient, certes, été nécessaires (l'école de Lyon ne pouvant absorber dans ses locaux actuels que les

promotions bordelaises) mais il aurait pu être imaginé de les financer en partie par la vente des terrains toulonnais. La perturbation dans le fonctionnement de l'école aurait pu être raccourcie. Une telle opération aurait permis de regrouper sur deux pôles la formation du service de santé (au Val de Grâce et à Lyon) et de réduire ainsi davantage le coût de fonctionnement des écoles (mutualisation des services et réduction du taux d'encadrement « soutien », frais de déplacement réduits et optimisation des parcs automobiles, formations militaires communes, installations sportives disponibles sur place à Lyon alors que les élèves de Toulon doivent se déplacer).

Le service de santé des armées a indiqué que l'opération n'a pas été retenue car le plateau pédagogique de Lyon avait été considéré insuffisant et parce que l'école de formation du personnel paramédical de Toulon était déjà agréée comme institut de formation en soins infirmiers, avec des partenariats de stages assurés. Ces arguments n'ont pas vraiment été mis en balance avec le coût élevé du maintien à Toulon.

C - La formation militaire des praticiens

L'existence d'une école militaire de personnel paramédical de Toulon apparaît justifiée par le contenu de la formation¹⁴.

La nécessité de disposer d'une école spécifique pour la formation des praticiens n'apparaît pas aussi nettement : la formation médicale est largement assurée dans des universités civiles¹⁵ et coûte en fait très peu au ministère de la défense, qui ne règle aux universités que les frais de scolarité (environ 270 euros par étudiant et par an). La formation militaire ou spécifique dispensée en complément est faible. En première année, consacrée à la préparation aux épreuves du *numerus clausus*, les étudiants n'effectuent que 200 heures de formation militaire initiale. De la deuxième à la sixième année, la formation militaire n'occupe en moyenne

14) Les élèves infirmiers intègrent Toulon après avoir effectué six à neuf mois de classes dans leur armée d'affectation. L'organisation de la formation permet les aménagements horaires nécessaires pour assurer l'instruction militaire complémentaire nécessaire. La formation paramédicale reçue, entièrement dispensée sur place, identique à celle des instituts civils, est complétée pour répondre aux spécificités du métier d'infirmier des armées. Ils pourront en effet être amenés à exécuter des gestes médicaux qu'un infirmier civil ne fait pas.

15) Pendant les six premières années d'études, les élèves suivent l'essentiel de leur formation dans les facultés de médecine et de pharmacie de Lyon et Bordeaux. Devenus internes des hôpitaux, en septième année, ils continuent leurs études dans l'une des facultés ayant passé une convention avec l'école du Val de Grâce. Cette formation garantit une qualification identique à celle des praticiens civils, permettant aussi l'insertion du dispositif de soins militaire dans le système de santé national.

que 70 heures par an (4 % du cursus). S'y ajoutent certes des formations médico-militaires (brevet de secouriste, brevet de médecine de l'avant) - et des cours d'anglais obligatoires pour se préparer au travail en milieu international. Mais ce sont, là encore, moins de 4 % du cursus. Ce n'est qu'en troisième cycle, à l'école du Val de Grâce, que les étudiants accorderont une place plus importante aux enseignements médico-militaires.

Le service de santé est conscient que la formation militaire donnée jusqu'à présent ne répond pas aux attentes pour former de futurs officiers. A l'occasion de l'introduction en 2009 de la réforme LMD (licence-master-doctorat), il a remis à plat le dispositif de formation en se rapprochant des écoles d'officier afin de bénéficier de leur expérience. Le volume horaire consacré aux activités militaires n'est cependant guère modifié compte tenu des contraintes universitaires qui s'imposent aux élèves. Mais le contenu se veut plus orienté vers la formation des futurs officiers. Reposant pour partie sur des périodes bloquées organisées essentiellement durant les congés hospitalo-universitaires, cette formation s'appuiera par ailleurs sur un renforcement de l'encadrement militaire.

Les exigences accrues des opérations extérieures, en particulier en Afghanistan, nécessitent une formation militaire plus importante des médecins du service de santé, que celle-ci soit assurée par ses écoles ou par les autres écoles d'officiers. Les conflits asymétriques¹⁶ rendent pourtant cette formation d'autant plus nécessaire que le statut de médecins ou d'infirmier ne constitue plus une protection. Au contraire, le personnel de santé peut devenir une cible. Dans ces conditions, le médecin, dès sa formation, doit prendre la mesure des situations qu'il devra affronter et acquérir les techniques qui lui permettront de participer aux opérations.

16) On emploie l'expression « conflit asymétrique » pour désigner un conflit dans lequel des forces armées étatiques affrontent des combattants beaucoup moins bien armés qui utilisent et frappent les points faibles de leur adversaire.

CONCLUSION

Le service de santé dispose aujourd’hui des compétences en nombre et en qualité pour remplir les objectifs que lui fixe son contrat opérationnel. Il parvient à ce résultat grâce à sa politique de recrutement et au rôle joué par la réserve.

Le recrutement ab initio de la plus grande partie des praticiens et d’un grand nombre de son personnel paramédical, qui conduit à rémunérer leur formation, constitue un besoin avéré pour le service de santé des armées. Cependant, la formation médicale des praticiens est, jusqu’à l’internat, dispensée par l’université et la formation militaire assurée par l’école du service de santé des armées est réduite. La formation spécifique du service de santé des armées doit être plus importante si celui-ci souhaite justifier, pour les praticiens, l’existence d’une école distincte de celle des autres écoles d’officier.

En l’état, le coût de ces formations est très élevé : plus de 105 millions d’euros par an pour former une centaine de praticiens militaires et une centaine de paramédicaux.

La complémentarité de la formation initiale et du recrutement de personnel déjà diplômé doit dès lors être mieux assurée. Le recrutement durable de médecins déjà diplômés doit être un véritable objectif. Ainsi, le service de santé des armées n’a pas intérêt à chercher à former des médecins dans toutes les spécialités hospitalières et il devrait concentrer ses moyens sur les besoins spécifiquement militaires, définis par le contrat opérationnel.

L’investissement réalisé par l’Etat doit avoir un effet plus durable. Le personnel formé par le service de santé doit être maintenu en activité le plus longtemps possible. La moitié d’une promotion de médecins continue de prendre sa retraite après 25 ans de services, c'est-à-dire, pour la plupart, après seulement une quinzaine d’années actives si l’on exclut le temps d’études. Il importe que le service s’assure au moins de la collaboration de ce personnel dans le cadre de la réserve. Le coût élevé de la scolarité justifie qu’une attention toute particulière soit portée au remboursement effectif des frais dus par les élèves ou militaires qui démissionnent avant l’achèvement de leurs obligations de service.

Chapitre II

Le soutien apporté aux troupes en opérations extérieures

I - Des personnels engagés sur de multiples théâtres d'opérations

A - Le soutien en opérations extérieures

Le service de santé est chargé, en opérations, de la médecine d'urgence, du soutien médical, de l'hygiène et de la sécurité. Il participe à toutes les opérations extérieures ainsi qu'aux exercices interarmées et multinationaux conduits par les armées françaises¹⁷. Entre 2005 et 2009, le service de santé a soutenu en permanence le déploiement de 10.000 à 12.600 personnes, en garantissant, pour 1.000 soldats, la plupart du temps, la présence de cinq médecins et cinq infirmiers. Le minimum de présence a été de trois médecins et trois infirmiers d'unité, au moment de la mobilisation maximale (2006) des armées en opérations extérieures.

17) Dans le cadre des opérations multinationales, ce soutien santé est aussi fréquemment apporté aux armées étrangères qui ne disposent pas de moyens sanitaires suffisants (par exemple, actuellement, le contingent bulgare en Afghanistan). En principe, ce service fait l'objet d'une refacturation. Dans la plupart des cas, cette prestation est ou devient gratuite car elle est la condition de la participation de contingents que la France souhaite voir à ses côtés dans des opérations multinationales. Ce fut le cas par exemple pour le Maroc en Bosnie. Le coût marginal ne dépasse guère plus quelques dizaines de milliers d'euros par an.

Pour permettre au personnel de santé de prendre part aux opérations et faire les gestes adaptés tant du point de vue de la santé que du point de vue militaire, le personnel médical et para médical reçoit, au sein des Centres d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant (CITERA), une formation accélérée.

Les « rôles » ou niveaux sanitaires

L'OTAN répartit les structures médicales en quatre niveaux appelés « rôles ». Le service de santé français est parmi les rares au sein de l'Alliance atlantique à pouvoir déployer de façon autonome des structures dans chacune des catégories, en application du contrat opérationnel qui lui est fixé :

Rôle 1 : médicalisation de l'avant. Il s'agit des postes de secours intégrés aux unités déployées. L'équipe médicale (un médecin, un infirmier et cinq brancardiers-sécuristes) dispose d'un lot de projection initial qui lui permet de soutenir 150 hommes pendant quinze jours.

Rôle 2 : antenne chirurgicale (avec bloc opératoire) au plus près des troupes.

Rôle 3 : groupement ou hôpital militaire de campagne (GMC). Le groupement peut être en dur ou sous structure en toile. Il peut être installé sur un navire. Un hôpital de ce type est actuellement déployé à Kaboul.

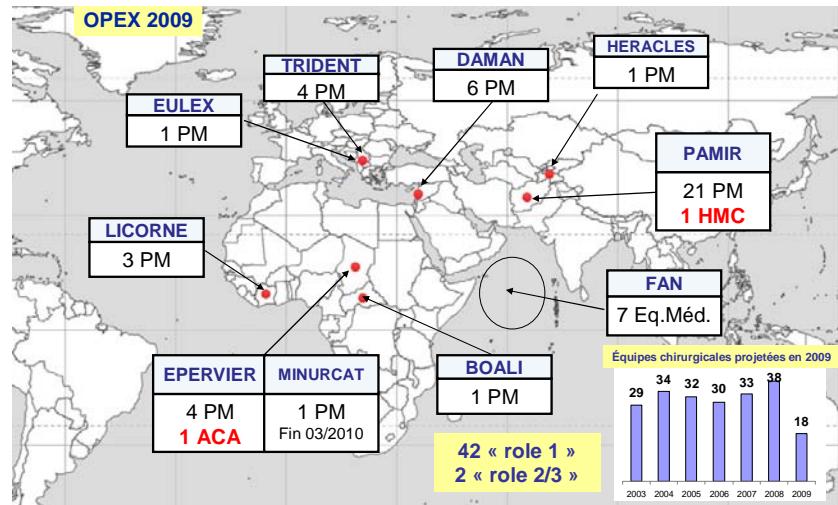
Les installations des rôles 2 et 3 permettent le tri et le traitement des blessés (réanimation, chirurgie)

Rôle 4 : hôpitaux militaires de métropole, pour les traitements lourds et de longue durée, après rapatriement sanitaire.

En moyenne annuelle, sur les cinq dernières années, le service de santé des armées a déployé de l'ordre de 1.600 personnes et 30 équipes chirurgicales pour l'ensemble des rotations et relèves.

En 2009, 1.350 personnes ont été déployées en opérations extérieures sur l'ensemble de l'année, dont 109 réservistes, avec, en permanence, un effectif présent de 410 personnes composant l'hôpital médico-chirurgical et une antenne médico-chirurgicale animées par un total de 18 équipes chirurgicales sur l'année et 42 postes médicaux.

La carte des OPEX en 2009¹⁸



Source : service de santé des armées.

PM : Poste médical; ACA : Antenne chirurgicale ;

HMC : hôpital médico-chirurgical

Parmi les multiples opérations, celle en Afghanistan est sans aucun doute la plus exigeante pour le service de santé bien qu'il soit moins sollicité que ses homologues américains et britanniques du fait de l'implantation géographique des forces françaises, relativement moins exposées jusqu'à présent. Entre 2003 et 2009, le service de santé des armées a dû assurer le traitement et l'évacuation en France de 444 blessés d'Afghanistan, contre 6.900 sur la période 2002-2009 pour son homologue britannique. Sur la période 2002-2009, en se référant à la nature des blessures, le « Defence Medical Service » britannique a pris en charge 522 blessés graves, tandis que le service de santé des armées devait en traiter 81 sur la période 2003-2009.

18) Les opérations EULEX et TRIDENT concernent le Kosovo, DAMAN le Liban, HERACLES et PAMIR l'Afghanistan, BOALI la République centrafricaine, MINURCAT la République centrafricaine et le Tchad, EPERVIER le Tchad, LICORNE la Côte d'Ivoire; et la FAN (force d'action navale) concerne les opérations maritimes dans l'Océan indien.

Le soutien du contingent français en Afghanistan

En 2009, les militaires français présents en Afghanistan bénéficiaient d'un soutien sanitaire complet assuré par le service de santé des armées, en coopération avec ses homologues de l'OTAN. Huit postes de secours médicaux étaient implantés dans les unités et un hôpital militaire permanent installé à Kaboul. Le dispositif était complété par une section de ravitaillement sanitaire commandée par un pharmacien des armées.

De 2005 à 2009, l'hôpital français était le groupement médico-chirurgical (GMC) de Camp Warehouse, situé à 9 km à l'est du centre de Kaboul. Après le départ de l'hôpital militaire tchèque déployé sur l'aéroport de Kaboul, l'OTAN a souhaité que la France assure le soutien médico-chirurgical de tous les soldats de la région Centre et prenne le contrôle de l'hôpital que l'Alliance construisait sur l'aéroport. Ainsi, depuis le 8 juillet 2009, le service de santé français a fermé le GMC de Warehouse pour assurer la direction de l'hôpital médico-chirurgical (HMC) de Kaia ouvert à tous les soldats de la coalition basés en région centre. La grande majorité des patients français sont traités dans cet hôpital.

En 2009, sur 182 militaires français évacués médicalement vers la France ou ayant bénéficié d'un rapatriement pour raison médicale, 158 ont été initialement pris en charge par la structure chirurgicale française dont 83 depuis l'ouverture de l'hôpital médico-chirurgical sur Kaia. Les autres ont été soignés dans d'autres structures de la coalition.

En 2009, la structure hospitalière française (GMC Warehouse puis HMC Kaia) a réalisé 3.630 journées d'hospitalisation pour 426 interventions chirurgicales. Le taux moyen d'occupation des lits s'est établi à 39 % sur l'année. 4.128 militaires de la coalition et 2.254 civils afghans ont aussi été accueillis pour des consultations médicales.

B - L'absence d'indicateurs pour les délais d'évacuation

Le « National audit office » britannique (NAO) a étudié les soins octroyés en opérations extérieures. Selon le rapport¹⁹, jusqu'à l'été 2009, les normes britanniques comme celles de l'OTAN prévoyaient que le délai d'acheminement d'un blessé entre le lieu de sa blessure et un hôpital de campagne (rôle 2 ou 3) ne pouvait être supérieur à deux heures. La norme OTAN a été renforcée et limite désormais ce délai à 90 minutes.

19) Treating injury and illness arising on military operations. 10 février 2010.

Selon les travaux du NAO, en Afghanistan, les délais d'évacuation des blessés britanniques sont inférieurs à la norme OTAN depuis la fin de l'année 2006.

Temps moyen d'évacuation d'un blessé britannique par les équipes d'évacuation britanniques en Afghanistan jusqu'à l'hôpital de campagne

	(en minutes)					
	04/2006	10/2006	04/2006	10/2007	04/2008	10/2008
	10/2006	04/2007	10/2007	04/2008	10/2008	04/2009
Blessés graves	158	77	87	86	76	82
Tous blessés	160	96	103	94	90	84

Source : ministry of defence / National audit office (NAO)

Interrogé sur le respect de ces normes, le service de santé français a indiqué qu'il ne disposait pas encore d'indicateur ou de statistiques sur les délais d'évacuation vers un hôpital de campagne. Néanmoins, il a affirmé que les standards de l'OTAN sont respectés et que les délais d'évacuation sont souvent largement inférieurs à 90 minutes, sans pouvoir produire de chiffres fiables. La nécessité de se conformer aux standards de l'OTAN conduit au développement d'un registre des actes techniques en opérations qui devrait être achevé selon le service de santé des armées au deuxième semestre 2011.

S'agissant de l'évacuation des blessés graves vers la métropole, le « National audit office » fait état d'un délai moyen de 41 heures pour les blessés britanniques rapatriés au Royaume Uni entre avril et juin 2009. Là encore, le service de santé ne dispose d'aucune statistique mais considère que ce délai est inférieur pour la France, avec un nombre de blessés concernés aujourd'hui plus limité.

C - Les opérations humanitaires

Le service de santé des armées est également impliqué dans les opérations d'évacuation des ressortissants (par exemple au Liban à l'été 2006) et dans les opérations humanitaires (opération Beryx en 2004-2005 après le tsunami en Asie du sud-est, opération Bahral en 2006 après le tremblement de terre au Pakistan ou plus récemment lors du tremblement de terre à Haïti).

Le tremblement de terre à Haïti (12 janvier 2010)

L'état-major des armées a décidé immédiatement l'envoi d'un navire (TCD Siroco) transportant notamment 2.000 tonnes de fret, des hélicoptères et doté d'équipements hospitaliers (50 lits, 2 blocs chirurgicaux). Le service de santé a préparé une antenne médico-chirurgicale (AMC) composée de 30 personnes, susceptible d'être déployée à terre et de s'appuyer sur les moyens du Siroco. Dans un premier temps cependant, la France a donné la préférence au déploiement d'une unité de la sécurité civile (ESCRIM). Celle-ci est en effet autonome contrairement au service de santé qui doit faire appel aux armées pour son propre soutien. Le service de santé des armées a en revanche une capacité de relève et d'installation dans la durée.

L'antenne médico-chirurgicale du service de santé a finalement été projetée le 19 janvier 2010, le retard étant dû à l'encombrement de l'aéroport de Port au Prince. Elle a aussitôt travaillé au sein de l'ESCRIM, doublant sa capacité chirurgicale. A l'arrivée du TCD Siroco, parti de Dakar et passé par Fort de France, l'équipe du service de santé a embarqué à son bord le 23 janvier pour poursuivre son action. Au total, l'équipe du service de santé a procédé à 185 interventions chirurgicales au profit de la population sinistrée d'Haïti (43 à bord du SIROCO et 142 au sein de l'ESCRIM).

II - Une très faible part des effectifs mobilisée en opérations extérieures

A - Une participation globale limitée

Depuis 2005, en raison de la rotation des personnels déployés en opérations extérieures – qui doivent être régulièrement relevés – le service de santé a mobilisé jusqu'à 1.800 personnes par an. Cela ne représente toutefois au maximum qu'environ 200 emplois équivalent temps plein (ETP), soit 2,4 % des effectifs du service de santé effectivement projetables.

La participation est variable selon l'arme et l'unité de rattachement mais aussi par catégorie professionnelle. Elle est ainsi, en moyenne annuelle, de 0,5 % pour le corps des officiers infirmiers, de 6,5 % pour les vétérinaires et de 35 % pour les dentistes.

En moyenne, en 2009, moins d'une personne sur dix parmi celles susceptibles d'être déployées est partie en OPEX.

B - Un personnel hospitalier peu sollicité

Le nombre global des personnels hospitaliers déployés en OPEX chaque année est limité. En 2009, sur un effectif de médecins hospitaliers (hors réservistes) de 617 équivalents temps plein (ETP), 19,15 équivalents temps plein seulement sont partis en opération extérieure, soit 3 % du total. Pour le personnel paramédical hospitalier, ce taux n'excède pas 1 % (66,64 équivalents temps plein sur un total de 4.688).

Pourcentage des praticiens des hôpitaux militaires (équivalents temps pleins) partis en OPEX chaque année entre 2006 et 2009

	2006	2007	2008	2009
Médecins	4 %	5 %	4 %	3 %
Paramédicaux	1 %	2 %	2 %	1 %
Dont infirmiers de bloc				
opératoire	4 %	5 %	5 %	5 %

Source : service de santé des armées

Parmi les médecins, l'effort est très inégalement réparti : il pèse surtout sur les spécialistes en chirurgie orthopédique et viscérale. Ainsi, entre 2002 et 2008²⁰, sur les 128 chirurgiens ayant ces qualifications et les 110 anesthésistes-réanimateurs potentiellement disponibles pour partir en opération extérieure²¹, 84 ne sont jamais partis (35 %) et 49 (20 %) ne sont partis qu'une fois (c'est-à-dire deux mois ou moins en quatre ans).

Ces données témoignent que le service de santé des armées peut sans difficulté remplir sa mission en l'état des opérations militaires actuelles.

20) Les rotations sont organisées par cycles de quatre ans entre les différents hôpitaux militaires.

21) Ce chiffre intègre des réservistes.

III - L'adaptation à l'évolution des conflits

A - Les nouvelles conditions d'emploi des forces

Le service de santé doit aujourd'hui répondre aux nouvelles conditions d'emploi des forces, notamment en Afghanistan où de petites unités militaires sont détachées auprès des forces afghanes et se trouvent nécessairement loin des postes de secours (structure de rôle 1 en nomenclature OTAN). En 2006, l'armée de terre a considéré que la formation de secouriste de combat traditionnellement dispensée aux militaires du rang et aux brancardiers dans le cadre des centres d'instruction santé de l'armée de terre (CISAT) n'était pas suffisante.

Il a donc fallu, *de facto*, se rapprocher du concept américain, sensiblement différent du modèle français de médicalisation de l'avant, qui prévoit un secours médical reposant non seulement sur le personnel de soins, mais aussi sur les militaires eux-mêmes.

De nouveaux modules de formation ont été mis au point pour former 600 militaires aux secours au combat. Le premier niveau doit permettre aux soldats la maîtrise de gestes de secourisme avancé (mise en posture de sécurité, hémostase externe, prise en charge d'un thorax ouvert, injection de morphine sous-cutanée, apprentissage de la description d'un blessé). Le second niveau autorise la pratique de gestes de nature plus médicale (pose d'un garrot, cricotomie²², ventilation au masque, perfusion, suture, pansement compressif...). Les conditions de mise en œuvre de ces gestes mériteraient d'être précisées dans une directive pour garantir leur statut juridique.

Par ailleurs, les armées françaises, comme celles de leurs principaux alliés, prennent de plus en plus en compte les troubles de stress post-traumatique en opérations. L'intensification des combats en Afghanistan a conduit à renforcer les procédures, en particulier dans l'armée de terre, pour assurer un soutien psychologique des unités qui ont été engagées dans les zones de combat. Un officier est formé dans chaque unité à la « préservation de l'équilibre physique et mental du personnel » et un psychologue de l'armée de terre est présent en permanence sur chacun des théâtres d'opérations. En cas d'événement grave, la cellule psychologique de l'armée de terre (CISPAT) intervient. Enfin, sur le

22) La cricotomie est une procédure d'urgence permettant de prévenir la désaturation due à une obstruction des voies aériennes supérieures dans le cas où l'intubation et la trachéotomie sont impossibles.

modèle de ce qui est pratiqué par les armées canadienne et britannique, un « sas de fin de mission » d'une durée de 48 heures a été instauré en juin 2009, pour permettre une « décompression » des soldats avant leur retour en métropole (évacuation du stress, baisse de la vigilance).

Le service de santé des armées, qui dispose d'importants services psychiatriques dans ses hôpitaux, ne s'implique pas encore suffisamment dans la détection et le suivi des troubles psychiques des militaires ayant participé à des opérations, ce que traduit le développement de pratiques et de services psychologiques propres à chaque armée.

B - Le transport des blessés

L'acheminement sur les théâtres d'opérations de certains équipements médicaux, comme les scanners, n'est souvent pas considéré comme prioritaire par les commandements en raison de leur volume et de leur poids. Ces questions peuvent donner lieu à des frictions, mal vécues par les médecins. Elles finissent par trouver une solution, mais il serait souhaitable qu'une doctrine d'emploi précise soit établie.

Le rapatriement des blessés a toujours pu être assuré, mais le service de santé s'est heurté à l'insuffisance des moyens aériens disponibles. En effet, jusqu'en 2002, l'Etat n'avait pas la capacité de rapatrier plus de deux blessés graves à la fois en utilisant les Falcon de la flotte présidentielle dans une version médicalisée. Dans ces conditions, en mai 2002, lors de l'attentat de Karachi contre les agents de la DCN, qui avait fait quinze morts et douze blessés, la France a dû faire appel au soutien de l'Allemagne qui a envoyé au Pakistan un Airbus médicalisé, armé en permanence par la Bundeswehr.

Il a été décidé dès lors de développer un kit médicalisé, dénommé « Morphée²³ » qui permet la médicalisation en quelques heures d'un avion KC 135 de l'armée de l'air, avec toutes les capacités de réanimation nécessaires. Selon le service de santé, ce délai n'est pas pénalisant car la préparation des blessés avant une évacuation demande toujours plusieurs heures. Le module Morphée, qui n'est entré en service qu'à la mi-2006, soit quatre ans après l'attentat de Karachi, a été utilisé depuis à deux reprises, au Kosovo et en Afghanistan, pour rapatrier vingt-deux blessés pendant que trente-trois blessés étaient rapatriés en Falcon. Un deuxième kit devrait, avec retard, entrer en service en 2010 et améliorer les capacités d'évacuation des blessés des armées françaises. Elles resteront cependant nettement inférieures à celles de l'Allemagne (quatre Airbus mobilisables, dont un équipé en permanence). Cette situation doit inciter

23) Module de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation.

les armées à mutualiser ces moyens lourds et coûteux avec leurs partenaires dans les coalitions auxquelles elles participent.

Si les rapatriements peuvent désormais être assurés dans des conditions satisfaisantes, il reste, en revanche, indispensable d'améliorer les capacités nationales d'évacuation tactique des blessés des zones de combats vers les antennes chirurgicales. L'armée de l'air manque des hélicoptères et des équipages nécessaires pour assurer des délais d'alerte courte. Ceci explique, à plusieurs reprises, le recours aux hélicoptères américains en Afghanistan. Le délai d'alerte de l'armée américaine y est de 15 minutes le jour et 30 minutes la nuit quand celui de l'armée française est le double.

C - La mutualisation avec les alliés

La coopération avec les autres armées engagées dans les opérations multilatérales – soit les trois quarts des opérations où sont engagées les armées françaises – apparaît indispensable. La relative rareté du personnel militaire de santé au sein des nations alliées, le faible niveau de l'activité du personnel de santé en opérations et le coût des moyens mobilisés y incitent.

Des coopérations existent, en particulier avec les Américains et les Allemands. On le voit en Afghanistan (opération *Héraclès*) comme on l'a vu en République démocratique du Congo (opération *Benga* de juin à décembre 2006 avec l'Allemagne). En Afghanistan, l'OTAN n'impose aux pays participants que de posséder leur propre rôle 1, sauf entente particulière entre deux pays. Les rôles 2 et 3 sont en revanche organisés en coopération entre les nations, au niveau des cinq grandes régions définies par l'Alliance²⁴.

Plus marginalement, d'autres coopérations sont développées, avec la Belgique au Liban (alternance du personnel français et belge dans la structure sanitaire de campagne belge déployée) ou avec l'Italie au Tchad (en 2008).

Ces coopérations opérationnelles ne donnent cependant pas lieu à de vraies mutualisations, sauf avec l'Allemagne. Dans ce dernier cas, les services de santé des deux pays disposent des mêmes « boîtes neurochirurgicales », du même cahier des charges, du même fournisseur d'oxygène à 93%, des mêmes « plateformes d'intervention » et d'une

24) On dénombrait ainsi en juillet 2009 au titre du rôle 3 un hôpital américain à Bagram, un hôpital anglo-canado-néerlandais à Kandahar et au titre du rôle 2+ un hôpital anglais à Camp Bastion, un hôpital allemand à Mazar El Sharif et l'hôpital de Warehouse tenu par la France.

liste commune de médicaments, afin de faciliter leur intégration. Des accords ont aussi été conclus en matière de transfusion sanguine. Enfin, l'équipement médical de l'hélicoptère NH 90 devrait être identique dans les deux versions de l'appareil.

Les armées manifestent encore une certaine réticence de principe en évoquant les différences de conception du soutien santé entre les différents pays et un risque de perte d'autonomie. L'insertion des forces françaises dans des dispositifs multinationaux et les contraintes opérationnelles et médicales doivent amener à vaincre ces réticences.

D - L'activité civilo-militaire

Sur tous les théâtres d'opérations où il est engagé, le service de santé des armées apporte une aide médicale aux populations locales. Celle-ci est un élément essentiel de l'action civilo-militaire des armées qui vise à favoriser l'acceptation des troupes étrangères par les populations. Cette activité permet aussi de maintenir une activité suffisante du personnel de santé pour éviter leur déqualification et leur démotivation, les interventions au profit des militaires français étant, heureusement, en règle générale, peu nombreuses²⁵.

Le développement de l'activité au profit des populations locales se heurte à plusieurs contraintes:

- la priorité doit être donnée aux besoins des forces et le service de santé a des contraintes budgétaires qui s'imposent aussi à la consommation des articles des dotations des formations sanitaires,
- il peut y avoir des enjeux de sécurité liés à l'accueil des populations locales dans une enceinte militaire,
- il faut préserver les structures sanitaires locales, souvent moins équipées, d'une « concurrence » qui peut être destructrice alors qu'elle n'est que provisoire. Le service de santé est confronté en ce domaine aux mêmes problématiques que les organisations non gouvernementales.

25) Il n'y a eu ainsi en 2008 que 159 interventions chirurgicales au profit de militaires français en opération, soit moins de 5 % du total de l'activité des structures médico-chirurgicales déployées à l'étranger. Entre 2003 et 2008, sur 5.258 patients opérés, seuls 492 étaient des militaires français.

Une plus grande implication des équipes médico-chirurgicales militaires françaises au profit des populations locales semble pourtant souhaitable et possible. En effet, l'activité générale des équipes reste très faible sur les théâtres d'opérations : de moins d'une intervention par jour (un acte tous les trois jours au Liban) à un peu plus de trois interventions par jour au Tchad. Le recueil d'informations sur ces activités est très imparfait et il ne permet pas de les qualifier en termes de gravité et de temps passé. Il est clair cependant que les capacités sont nettement sous-utilisées : une note du service de santé précise qu'une équipe chirurgicale est déployée pour pouvoir réaliser six interventions chirurgicales par jour, chiffre qui est loin d'être atteint.

L'action civilo-militaire devrait donc faire l'objet d'une politique mieux définie. Les dotations sanitaires envoyées dans les opérations extérieures devraient être mieux adaptées aux besoins observés sur le terrain, notamment en matière pédiatrique. En effet, 25 % des interventions pratiquées sont, selon le service de santé, réalisées au profit des enfants.

Le cas particulier de l'hôpital Bouffard de Djibouti

Le service de santé des armées entretient à Djibouti le groupe médico-chirurgical Bouffard au profit des 3.000 militaires français basés dans cette République. Ce véritable centre hospitalier permanent, « en dur », de 56 lits, est le dernier des hôpitaux militaires actifs outre-mer. Avec un budget annuel de plus de 16 millions d'euros, il emploie 79 militaires (dont 45 permanents) et 75 civils de recrutement local. Il a produit près de 12.000 journées d'hospitalisation en 2008, soit un taux d'occupation des lits faible (54 %), comparable néanmoins à celui des hôpitaux militaires de métropole.

L'hôpital Bouffard consacre 20 % de son activité au soin des militaires français et de leurs familles. La plus grande partie est remboursée par la caisse de sécurité sociale militaire. 16 % de l'activité se font au profit des civils djiboutiens qui peuvent payer le tarif « adapté » mis en place en 2004 mais qui n'est que faiblement recouvré (0,35 million d'euros sur 1,7 million d'euros effectivement facturés, correspondant à une activité dont le coût réel est estimé à 2,6 millions d'euros).

Le solde reste à la charge du service de santé qu'il s'agisse de l'activité de l'hôpital consacrée aux forces armées djiboutiennes et de leurs familles qui sont soignées gratuitement (50 %) ou réalisée au profit

de la population civile djiboutienne qui ne peut payer le tarif adapté (14 %).

L'hôpital Bouffard est donc avant tout une structure de coopération civile et militaire, qui s'inscrit dans un protocole diplomatique et financier entre la France et Djibouti²⁶. L'aide civilo-militaire réalisée au profit de la population civile djiboutienne est comptabilisée dans la contribution annuelle totale versée au gouvernement djiboutien. En revanche, les soins fournis gratuitement aux militaires et gendarmes djiboutiens et à leurs familles ne sont pas pris en compte, ni même portés à la connaissance des autorités djiboutiennes alors qu'ils peuvent être valorisés à plus de 8 millions d'euros.

Le service de santé des armées ne doit pas supporter l'ensemble des coûts de fonctionnement de cette structure. D'un point de vue militaire en effet, un simple centre médical interarmées « renforcé », réservé aux seuls militaires français et à leurs familles, pourrait suffire. Dès lors, les charges correspondant aux soins pour les militaires djiboutiens devraient faire l'objet d'une convention de remboursement avec le ministère français des affaires étrangères, en raison de la dimension exclusivement politique de cette action. Les charges supportées au profit de la population civile djiboutienne (plus de 4,5 millions d'euros) pourraient faire l'objet d'une déclaration pour le calcul de l'aide publique au développement.

26) Cf. Protocole provisoire du 27 juin 1977 fixant les conditions de stationnement des troupes françaises après l'indépendance de Djibouti et convention franco-djiboutienne du 3 août 2003 relative à la situation financière et fiscale des forces françaises à Djibouti.

CONCLUSION

Conçu pour assurer un soutien santé de la meilleure qualité possible aux troupes engagées en opérations extérieures, le service de santé des armées remplit aujourd’hui cette mission essentielle de manière satisfaisante. Les moyens humains et matériels, prévus par le contrat opérationnel, sont réunis. La pression des opérations extérieures (OPEX) sur le personnel reste assez faible compte tenu des moyens qui ont été dimensionnés pour faire face à des engagements militaires plus importants.

Le service de santé s'est adapté, à la demande des armées, aux nouvelles conditions d'emploi des forces, notamment en Afghanistan, en formant mieux les militaires aux gestes de première urgence. Il devrait cependant davantage s'impliquer dans la mise en œuvre des modules d'appui psychologique aux militaires.

Les principales difficultés relevées sont relatives aux moyens mis à disposition par les armées, en particulier le manque d'hélicoptères indispensables aux évacuations tactiques, auxquelles toutefois remédie l'insertion dans les coalitions. Il serait souhaitable que le service de santé soit en mesure de rendre compte des délais d'évacuation des blessés et de leur conformité aux normes de l'OTAN.

Les médecins militaires sont employés également pour des opérations humanitaires au profit des populations civiles et, surtout, au quotidien, dans le cadre des opérations civilo-militaires des armées. Sur ce dernier point, les capacités et les savoir-faire des médecins des armées demeurent sous-utilisés.

S'agissant de l'hôpital Bouffard de Djibouti, il pourrait bénéficier d'un financement partagé avec le ministère des affaires étrangères compte tenu de son rôle auprès des populations locales et son activité doit être pleinement valorisée, au plan politique comme au titre de l'aide publique au développement.

Chapitre III

La médecine d'unité

I - Une activité peu adaptée aux priorités opérationnelles

La raison d'être de la médecine d'unité, en métropole, outre-mer et dans les forces pré-positionnées²⁷, est d'assurer le soutien santé au quotidien des militaires, de conseiller le commandement, de participer à la préparation opérationnelle des troupes et de servir de « réservoir » pour fournir le personnel médical et paramédical qui assure le « rôle 1 » en opération.

Dans la pratique, l'activité de soins de médecine générale et d'expertise médicale est le plus souvent modeste. Par ailleurs, la médecine d'unité recouvre d'autres activités (soins aux familles, médecine du travail), dont l'articulation avec les missions de base doit être clarifiée.

A - La mission des médecins et infirmiers

Les médecins et infirmiers militaires des services médicaux d'unité sont présents sur les bases militaires des différentes armées, à bord des navires et dans les écoles militaires.

27) Les forces pré-positionnées désignent les bases françaises présentes en permanence en Afrique (Sénégal, Djibouti et Gabon à ce jour) et à Abu Dhabi.

D'autres praticiens interviennent également dans le soutien des forces, au bénéfice des patients (dentistes) ou de la collectivité militaire (par exemple le contrôle sanitaire de l'alimentation et de l'eau par les vétérinaires). Ces praticiens sont regroupés dans les secteurs dentaires et vétérinaires rattachés aux six directions régionales du service de santé des armées (DRSSA) qui pilotent le dispositif.

Toutes ces personnes ont vocation à accompagner les troupes en opérations extérieures et à assurer un soutien santé au plus près du feu (postes de secours de rôle 1). Le caractère opérationnel de la médecine d'unité n'est toutefois pas limité aux missions en opérations extérieures. Ainsi, en métropole, les services médicaux d'unité soutenant les compagnies de gendarmerie mobile, le GIGN, la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou des marins-pompiers de Marseille peuvent être considérés comme opérationnels en permanence.

Au total, le coût de la médecine d'unité représente près de 330 millions d'euros, c'est-à-dire le quart des dépenses du service de santé des armées, répartis entre 220 millions d'euros au titre du fonctionnement des services médicaux d'unité (rémunérations et charges sociales du personnel) et 110 millions d'euros au titre des directions régionales (charges de personnel, mais aussi charges de fonctionnement et investissement de l'ensemble du dispositif).

B - L'activité médicale

Le personnel de santé placé dans les forces a des tâches spécifiques qui ne permettent pas de le comparer directement à ses confrères civils de médecine générale (conseil au commandement, administration, préparation opérationnelle personnelle, etc.).

Le suivi de l'activité des services médicaux a été jusqu'à présent très médiocre. Ceci devrait cependant s'améliorer avec la mise en place du logiciel de suivi d'activité unique intitulé SISMU. Lancé en 2007, le projet d'équipement s'est achevé fin 2009 en métropole. Il sera étendu à l'outre-mer et aux forces pré-positionnées en 2010 et aux opérations extérieures en 2011.

Sous ces deux réserves générales, l'activité déclarée par le personnel et recensée par les directions régionales est faible. Un médecin d'unité effectue entre 1.400 et 1.800 consultations médicales par an : environ 900 consultations de soins, une vingtaine de soins d'urgence et

environ 800 consultations d'expertise²⁸ par an. Ramené à 220 jours d'activité annuelle effective (hors opérations extérieures), chaque médecin d'unité effectue seulement 6 à 7 consultations médicales (soins et expertise) par jour, qui occupent entre la moitié et les deux tiers de son temps de travail²⁹. Près des trois quarts des consultations de soins se font pour des motifs ne relevant pas du service.

Les dentistes affectés dans les armées (une quinzaine³⁰), qui travaillent essentiellement dans le cadre de la médecine d'aptitude (60 % de leur activité), n'ont effectué en 2008, qu'une dizaine d'actes par jour. Le service de santé n'a pas défini de politique claire sur l'emploi de ce corps créé en 2000, après la suspension du service national, pour disposer de praticiens militaires aptes à partir en opérations extérieures. Leur activité de prévention est également faible (moins de 10 % des actes), ce qui est regrettable compte tenu de l'impact que peuvent avoir de simples problèmes dentaires en opération extérieure.

Les dix-sept vétérinaires employés dans les directions régionales partagent leur temps de travail entre les contrôles d'hygiène des locaux et de la qualité sanitaire de la nourriture et de l'eau, les expertises et la médecine vétérinaire. Ils effectuent en moyenne cinq actes de médecine vétérinaire et un contrôle ou une expertise par jour de travail en métropole, sachant qu'ils sont par ailleurs parmi les agents qui partent le plus en opérations extérieures (63 jours chacun en moyenne chaque année).

C - La préparation opérationnelle

Les enquêtes réalisées par le service de santé des armées montrent que la médecine la plus opérationnelle, directement utilisable en opérations, occupe une faible part de l'activité des équipes.

28) Elles comprennent les examens d'expertise et de suivi du maintien des aptitudes réalisés pour tous les personnels, avec des examens spécifiques pour certains emplois (plongée, parachutisme, navigation, sports...etc). S'y ajoutent les examens médicaux liés à la mise en condition pour le départ en opération extérieure.

29) Les statistiques relatives à l'activité des infirmiers, encore moins fiables, doivent être manipulées avec précaution. Selon ces statistiques, il semble que les actes infirmiers (soins et vaccinations) oscillent entre 3 et 13 par jour.

30) Vingt-cinq autres sont dans les hôpitaux.

Les principales activités des services médicaux d’unité

(En % de l’activité totale des services médicaux d’unité)

Directions régionales du Service de santé	St Germain en Laye	Metz	Lyon	Toulon	Bordeaux	Brest
Médecine de soins	32,7%	31%	35%	31%	48%	53,7
Médecine d’expertise	36,9%	38%	45%	25%	34%	25,3
Administration	12,0%		10%	21%	6%	
Autres *	18,4%	31%	10%	23%	12%	20,9

* Cette rubrique comprend notamment le conseil au commandement, la surveillance de l’hygiène des locaux, le suivi des manœuvres ou la préparation-formation militaire personnelle (6 à 8 heures par mois).

Source : *service de santé des armées*

Au sein de la médecine de soins, les actes d’urgence sont rares : une vingtaine par an en moyenne, sur un total maximum de 900 consultations de soins (souvent moins). Par ailleurs, les médecins d’unité participent peu aux gardes d’urgence dans les hôpitaux militaires, souvent en raison de l’éloignement géographique³¹. Et si certains prennent part à des gardes d’urgence dans les hôpitaux civils locaux ou les SAMU, c’est dans le cadre d’une démarche volontaire peu valorisée jusqu’à présent par le service de santé. L’absence de politique organisée dans ce domaine est regrettable car ce type d’activité a une grande utilité dans le cadre de la préparation aux OPEX.

L’organisation actuelle de la médecine d’unité, largement héritée de l’armée de conscription qui s’est éteinte à la fin des années 90, ne peut donc pas être considérée comme optimale pour répondre aux exigences opérationnelles des armées françaises.

31) A titre d’exemple, sur 150 médecins d’unités de la région « Saint Germain en Laye », seuls 19 ont effectué des gardes en 2008. Les proportions sont identiques dans les autres régions.

D - Les soins ne relevant pas de la défense

Les bénéficiaires des consultations de soins, prises sans rendez vous – ce qui ne facilite pas l'organisation des services – sont les militaires d'active ou de réserve mais aussi les ayants droit figurant dans la liste du décret 2005-1441 du 22 novembre 2005 : élèves des établissements militaires, jeunes gens effectuant une préparation militaire, militaires des armées étrangères servant dans une formation du ministère de la défense et, « *sous réserve que ces personnels aient obtenu satisfaction* », les conjoints et personnes à charge des militaires ainsi que les personnels civils de la défense et leurs familles. Les retraités ne sont plus, en revanche, considérés comme ayants droit.

Les consultations au profit des familles se sont élevées à plus de 34.000 en 2009 (+14 % par rapport à 2008). Les deux tiers sont concentrés outre-mer et dans les forces pré-positionnées, en particulier à Djibouti (7.000) et Dakar (4.000). Si les insuffisances des réseaux sanitaires locaux peuvent justifier ces pratiques dans certains pays, ce ne saurait être le cas dans les départements et autres collectivités d'outre-mer.

Cette activité pose deux problèmes de natures différentes :

- les consultations sont certainement utiles pour le maintien d'une compétence généraliste des médecins. Elles ne forment cependant pas ou peu aux urgences qu'un médecin ou un infirmier rencontrera en opération (en métropole, un médecin d'unité n'effectue qu'une vingtaine d'actes de ce type par an) et elles prennent du temps qui pourrait être utilisé à une préparation plus opérationnelle, notamment dans le cadre de gardes hospitalières d'urgence ;
- tous les militaires et leurs ayants droit continuent d'être soignés totalement gratuitement, en dépit de la recommandation qui avait été émise par la Cour en 2002, alors que près des trois quarts des consultations n'ont aucun lien avec le service. En retenant comme base de calcul le montant des honoraires perçus par un médecin généraliste pour une consultation au cabinet médical (22 euros), le manque à gagner du service de santé peut être évalué à près de 10 millions d'euros³².

32) 34.000 consultations des familles de militaires = 748.000 euros. 71 % des 576.000 consultations des militaires et ayants droit (hors familles) l'ont été pour des motifs autres que de service, soit 409.000 consultations = 8,9 millions d'euros.

L'organisation de la médecine d'unité doit être avant tout pensée au regard de ses objectifs opérationnels. La médecine d'unité est là pour garantir la sécurité sanitaire des soldats, les préparer aux opérations et entraîner les médecins et les infirmiers. Les consultations pour raisons ne relevant pas du service sont utiles mais elles ne devraient intervenir qu'en complément d'activité. Elles ne sauraient être justifiées par le fait qu'elles relèvent de « la condition du militaire ».

Par ailleurs, la facture des soins « à charge » en médecine générale civile (examens liés à des expertises, mais aussi soins liés à des accidents du travail, effectués hors du service de santé des armées) a tendance à croître. La Cour note les efforts du service de santé pour limiter cette dérive, dans la limite des conditions légales (libre choix du médecin par le patient) mais, en 2008, le ministère de la défense a dû régler plus de 10 millions d'euros de frais engagés dans le système civil de soins. La Cour souligne le paradoxe entre cette évolution coûteuse pour le service et le maintien d'une activité de soins sans lien avec le service et pourtant gratuite. Il est donc souhaitable que le ministère de la défense réexamine sa position sur la non facturation de ces soins, étant entendu que les patients seraient bien entendu remboursés selon les règles de la sécurité sociale.

E - La place de la médecine de prévention

Depuis le 1^{er} janvier 2005, le service de médecine de prévention du ministère de la défense est placé sous la tutelle du service de santé des armées. Pour les militaires, la médecine de prévention se confond avec le suivi général assuré par les médecins d'unité dans le cadre des visites d'aptitude.

Le suivi de la très grande majorité du personnel civil et d'une partie des militaires (par exemple pour ceux qui travaillent en administration) est assuré par les 76 centres de médecine de prévention et les 59 services de santé au travail. L'essentiel des personnes qui travaillent dans ces centres sont des contractuels civils (18) ou des salariés (103) d'entreprises avec lesquelles des contrats de service ont été passés.

Le coût de la médecine de prévention est passé de 2,45 millions d'euros en 2005 à 3,17 millions d'euros en 2008 (+ 30 %) alors que l'activité a diminué (-14,5 % d'actes médicaux), faisant passer le coût moyen d'un acte de médecine du travail de 28 à 43 euros en trois ans (+53 %). Il revient au service de santé de réexaminer les contrats qui ont été passés pour mieux lier la rémunération des contractuels à l'évolution réelle de l'activité et mettre fin à un tel effet de ciseau.

A plus long terme, il est souhaitable que le ministère engage une réflexion sur le rôle exact que les médecins militaires doivent jouer en matière de médecine du travail et d'aptitude, en particulier dans le cadre de la mise en place des bases de défense. Deux options paraissent envisageables :

- au regard de l'activité réelle constatée des médecins d'unité, le ministère pourrait envisager dans une logique financière de confier l'ensemble de la médecine du travail aux médecins militaires dont il dispose actuellement ;

- à l'inverse, un recentrage de l'activité des médecins d'unité sur le cœur de métier opérationnel, qui paraît plus conforme à la mission de la médecine militaire, pourrait plaider pour un transfert le plus large possible de la médecine du travail, voire d'aptitude, à la médecine civile, permettant de disposer à l'avenir d'un moins grand nombre de médecins d'unité, mais davantage concentrés sur leur pratique opérationnelle.

II - La rationalisation inachevée du dispositif

A - Le nombre de services médicaux

A la fin de l'année 2009, les services médicaux d'unité étaient au nombre de 286 en métropole, 20 dans les départements et autres collectivités d'outre-mer (DOM-TOM) et 10 auprès des forces pré-positionnées au Sénégal, au Gabon, à Djibouti et dans les Emirats arabes unis, soit un total de 316.

Cet éparpillement entre de multiples unités de petits services médicaux explique sans doute en partie la faible productivité observée. La création en métropole des bases de défense devrait permettre de mieux faire travailler des équipes médicales regroupées dans des centres uniques desservant une plus grande population de militaires.

Le processus pourrait être cependant retardé par des réticences culturelles : de nombreux médecins expriment leurs craintes - comme leurs chefs de corps - d'être trop « coupés » de leur régiment, avec des conséquences opérationnelles négatives non négligeables (moindre connaissance des hommes, moindre relation de confiance avec le commandement).

Le coût de ces regroupements, dont la mise en œuvre nécessite des investissements importants, pourrait constituer un frein beaucoup plus important encore. A titre d'exemple, la construction du nouveau centre médical de la base de défense expérimentale de Brest, inauguré début

2008 – et qui ne couvre que la base navale – a coûté 5,5 millions d'euros. Le service de santé des armées a retenu que le coût d'accompagnement de la mutualisation de la médecine d'unité devrait être de 21 millions d'euros. A ce jour, cet effort n'est pas budgété avant 2012, sauf pour Djibouti en 2011.

L'effort entrepris en métropole doit impérativement être accompagné d'un processus de rationalisation du dispositif déployé outre-mer et dans les forces pré-positionnées. Le service de santé l'a engagé en 2009, en créant plusieurs centres médicaux interarmées, ce qui a permis de réduire de 30 % le nombre de services médicaux d'unité ouverts, se rapprochant ainsi des prescriptions du contrat opérationnel (30 au lieu de 28). Il y a désormais un service médical pour 745 hommes (1.225 hommes en métropole) et 3,8 médecins pour mille hommes (2,3 en métropole). Cette « surmédicalisation » n'est que partiellement justifiée par l'intensité de l'activité des troupes (en Guyane par exemple, où les troupes effectuent des stages en forêt très éprouvants physiquement) ou par les carences du système de santé local en Afrique qui pousse les familles des militaires à se soigner dans les services médicaux d'unité.

Par ailleurs, les directions d'outre-mer comprennent proportionnellement trop de personnel administratif en comparaison avec la métropole. Alors que le ratio « *personnel administratif / effectifs totaux de la direction* » est d'un peu plus de 11 % en métropole, il est en moyenne de plus de 24 % outre-mer où il peut aller jusqu'à 36 % (Antilles). Ce surdimensionnement administratif traduit des effets de seuil et doit conduire à s'interroger sur la nécessité de disposer de tous les services administratifs dans de petites directions. Ces directions assurent la couverture santé de 6 % des militaires français et représentent plus du quart du budget de fonctionnement de l'ensemble des directions régionales. Une rationalisation devrait donc être engagée sans tarder en réduisant le personnel administratif déployé outre-mer au strict minimum (en transférant le maximum de la gestion aux directions métropolitaines ou en la mutualisant avec les autres structures du ministère de la défense) et en regroupant les services médicaux d'unité. La création de centres médicaux interarmées outre-mer devrait donc être considérée comme une priorité.

B - La poursuite de l'interarmisation

Le service de santé est institutionnellement un service interarmées. Mais, dans la pratique, le personnel médical et paramédical inséré dans les forces restent très attachés à l'armée dans laquelle ils ont été affectés à la sortie de l'école. La direction du service travaille par conséquent à

l'interarmisation effective qui permettrait de renforcer l'autorité du service sur son personnel. Ceci conduirait à développer la polyvalence et la mobilité du personnel, afin de gagner en réactivité opérationnelle. L'interarmisation doit également permettre de mutualiser des moyens très dispersés et de répondre aux exigences de la revue générale des politiques publiques (RGPP) qui a prévu une économie de 184 emplois temps plein (ETP) dans le soutien des forces (hors ravitaillement), soit 40 % de l'effort demandé au service de santé.

Les principales mesures ont été prises en 2005 avec la création des six directions régionales métropolitaines en lieu et place des chefferies et directions régionales précédentes qui étaient placées dans la dépendance de leurs armées de rattachement. Cela a permis de renforcer l'autorité des directeurs régionaux sur l'ensemble du personnel médical de la région : ils sont les interlocuteurs des commandants de région militaire pour leur emploi. Ils allouent les moyens de fonctionnement nécessaires aux différents services médicaux d'unité³³. La création des secteurs vétérinaires et dentaires, dans les directions régionales, a également permis une mutualisation des moyens.

La réforme de 2005 a cependant été incomplète.

Elle n'a pas été conduite outre-mer et dans les forces pré-positionnées où les sept directeurs interarmées restent placés sous l'autorité du commandant supérieur ou du commandant des forces³⁴ et non sous l'autorité du directeur central du service de santé.

En métropole, les directeurs régionaux n'ont pas d'autorité hiérarchique directe sur le personnel des services médicaux d'unité.

Tout infirmier, sélectionné par une armée avant son entrée à l'école du service de santé de Toulon, reste sous-officier de cette armée pendant toute sa scolarité. Il n'intègre le corps interarmées des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA) qu'après l'obtention de son diplôme d'Etat et doit effectuer les six premières années de service dans son armée d'origine. S'agissant des médecins, il n'y a plus d'obstacle statutaire de cette nature. Mais, en réalité, alors que les deux tiers des postes de médecins d'unité peuvent être considérés comme indifférenciés³⁵, la mobilité inter-armée reste marginale. Les obstacles « culturels » restent forts. La forte dispersion des services

33) Les armées mettent à disposition les locaux. Les moyens médicaux nécessaires (matériels, médicaments...) sont alloués par les directions régionales.

34) Instruction militaire IM 946 DEF/EMA du 24 mai 1996 inchangée.

35) Un tiers des postes requiert, en revanche, une forte spécialisation qui limite la mobilité, qu'elle soit professionnelle (par exemple : médecine aéronautique) ou militaire (par exemple : médecin sous-marinier de la force océanique stratégique).

médicaux dans les garnisons entraîne aussi une forte autorité des chefs de corps sur les médecins. La mise en œuvre des bases de défense devrait permettre d'accentuer le processus d'interarmisation en mutualisant une partie des moyens aujourd'hui dispersés dans les services médicaux d'unité et en les plaçant sans ambiguïté sous l'autorité directe des directeurs régionaux du service de santé. Il est cependant vraisemblable que certaines unités garderont « leurs » services médicaux en raison de leurs spécificités (légion étrangère, force océanique stratégique, notamment).

CONCLUSION

Le dispositif de santé des armées est soutenu par un socle médical permanent en métropole et outre-mer. Ce dispositif doit être resserré. La rationalisation des services médicaux d'unité doit être engagée dans le cadre de la création en métropole des bases de défense et poursuivie pour les unités d'outre-mer et des forces pré-positionnées. Ceci doit permettre un accroissement de la productivité du personnel affecté et donc un entraînement médical plus soutenu.

L'activité du personnel médical et paramédical des services médicaux d'unité n'apparaît pas organisée pour répondre de façon optimale aux exigences opérationnelles. Hormis pour une minorité d'équipes engagée dans des troupes très opérationnelles, l'activité quotidienne est faite de soins « de routine », d'examens médicaux liés à l'aptitude et d'une grande quantité d'actes administratifs. Une implication plus forte dans les services d'urgences est une nécessité.

Les médecins et les infirmiers d'unité sont une ressource rare et chère. La priorité doit aller à garantir une compétence opérationnelle la plus élevée possible, quitte à les dégager de certaines fonctions. Elle invite le ministère de la défense à élargir la réflexion déjà initiée dans le cadre du renforcement de l'inter-armisation et de la mutualisation permise par les nouvelles bases de défense, pour redéfinir avec précision les missions exactes de ces équipes. Leur plus forte implication dans les services civils d'urgence doit être une priorité.

Chapitre IV

Les hôpitaux d'instruction des armées

Les hôpitaux du service de santé, qui disposent de près de 2.700 lits, ont réalisé 560.000 journées d'hospitalisation en 2009. Dotés d'un budget global de l'ordre de 800 millions d'euros, ils emploient 8.400 personnes, dont 677 médecins.

Principaux chiffres relatifs aux hôpitaux d'instruction des armées (2009)
(dépenses en millions d'euros)

	Lits	Journées d'hospitalisation	Effectif total (en ETP)	Médecins (en ETP)	Dépenses
R. Picqué – Bordeaux	240	48.058	835	67	72,6
Clermont-Tonnerre – Brest	215	51.739	721	59	63,4
Percy- Clamart	390	72.870	1.160	96	118,9
Desgenettes – Lyon	289	68.826	844	66	75,1
Laveran – Marseille	310	64.575	869	74	73,9
Legouest -Metz	221	40.834	768	54	64,4
Val de Grâce – Paris	358	78.581	1.052	81	102,4
Begin –Saint Mandé	309	55.403	970	84	89,3
Sainte Anne –Toulon	350	81.919	1.185	96	120,8

Source : service de santé des armées

Sur un plan budgétaire, outre la contribution du ministère de la défense, le financement des hôpitaux militaires repose, sur une contribution de l'assurance maladie de 416 millions d'euros en 2009 liés aux soins réalisés au bénéfice des patients civils, soit plus de 50 % de leur budget.

Sur un plan opérationnel, les hôpitaux militaires doivent maintenir leur personnel médical « *à un haut degré technique par un volume d'activité suffisant* ». Cette mission, essentielle pour la qualité du soutien santé apportée aux forces, passe par un volume de soins suffisant et diversifié.

I - La mission militaire des hôpitaux des armées

Les hôpitaux militaires assurent la formation et l'entraînement du personnel médical et paramédical, délivrent des soins aux militaires au titre des accidents de service (soins à charge) et apportent un soutien aux services médicaux d'unité dans leur travail d'expertise (examens médicaux spécialisés complémentaires). Dans le cadre des opérations extérieures ou en temps de guerre, les hôpitaux militaires fournissent des équipes chirurgicales et des spécialistes qui sont envoyés sur les théâtres d'opérations. Ils accueillent les blessés rapatriés (rôle 4). Leur format est déterminé par le contrat opérationnel.

A - Le respect du contrat opérationnel

1 - Les besoins

Le contrat opérationnel prévoit que le service de santé doit pouvoir fournir 29 équipes chirurgicales en opération (dont une embarquée dans la marine) et maintenir 18 équipes chirurgicales « socles » en soutien pour le rôle 4 dans les hôpitaux militaires (plus une à l'hôpital Bouffard de Djibouti). Ces 48 équipes chirurgicales doivent permettre de faire face à une hypothèse maximale de 0,8 % de blessés quotidiens sur la base des 30.000 + 5.000 hommes projetables, soit 280 opérations par jour. Une équipe chirurgicale peut assurer six interventions par jour.

En plus des chirurgiens (en chirurgie orthopédique et viscérale) et des anesthésistes réanimateurs constituant les 48 équipes chirurgicales, le contrat opérationnel exige que le service de santé puisse disposer de praticiens dans diverses spécialités nécessaires au soutien direct du combattant blessé, à la coopération civilo-militaire et à l'aide aux populations : neurochirurgiens, urologues, ophtalmologues, chirurgiens spécialistes de la face, pédiatres et gynécologues-obstétriciens.

Les critères d'inscription des spécialités dans ou hors contrat opérationnel ne sont pas explicités. L'ophtalmologie figure dans le contrat opérationnel, mais la psychiatrie n'y figure pas alors que les traumatismes psychiques que peuvent subir les militaires sont aujourd'hui une évidence reconnue. Le service de santé des armées dispose, d'ailleurs, du personnel et des services psychiatriques nécessaires. Une clarification s'impose.

Enfin, le contrat opérationnel n'inclut pas les soins de suite³⁶, pour lesquels aucune structure n'existe au sein du service de santé des armées. L'institution nationale des Invalides ne dépend pas du service de santé des armées et accueille, pour l'essentiel, des anciens combattants, plutôt qu'elle n'assure les soins de suites des militaires blessés d'active.

L'expérience britannique démontre pourtant qu'un important engagement militaire, comme en Irak et en Afghanistan, justifie l'existence d'une structure spécialisée : le centre de soins de suites de Headley Court a accueilli jusqu'à 232 patients en 2008³⁷

2 - Le déficit d'équipes chirurgicales pour tenir « le rôle 4 »

Les effectifs des praticiens hospitaliers sont fixés par le schéma national d'organisation des soins du service de santé.

Fin 2008, ce schéma ne permettait pas de réaliser le contrat opérationnel puisque le service de santé ne disposait que de 37 équipes chirurgicales (dont celle de l'hôpital Bouffard de Djibouti) sur 48. Il pouvait certes assurer la totalité de son contrat de projection en opérations extérieures (29 équipes) mais ne disposait pas des 18 équipes « socles » de rôle 4 prévues par le contrat opérationnel (hors hôpital Bouffard). En cas de conflit majeur, il ne serait resté – sans la réserve – que 7 équipes chirurgicales dans les hôpitaux militaires métropolitains en 2008.

Ce déficit a diminué en 2009, puisque les hôpitaux d'instruction des armées pourraient disposer de 11 équipes socles de rôle 4 en cas de conflit engageant par ailleurs toutes les équipes destinées être projetées.

Le nouveau schéma national d'organisation des soins du service de santé, établi en 2009, vise à parvenir, avec l'appui des réservistes, aux objectifs du contrat opérationnel en 2015.

36) Les soins de suite ou de réadaptation visent un traitement ou une surveillance médicale des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion.

37) National Audit Office. Treating injury and illness arising on military operations. Rapport du 10 février 2010.

Le respect de la fonction de « rôle 4 » des hôpitaux militaires

	Contrat opérationnel	Effectifs réels 2009	Schéma 2015	Réserve opérationnelle
Equipes chirurgicales	18	14	14	4
Chirurgie orthopédique	18	14	14	4
Chirurgie viscérale	18	11	17	8
Spécialistes neurochirurgie	2	5	3	
Spécialistes urologie	6	7	6	
Spécialistes ophtalmologie	22	20	19	3
Spécialistes chirurgie de la face	25	36	36	
Equipes pédiatriques	1	1	2	
Equipes gynéco-obstétriques	2	4	2	

Source : contrat opérationnel 2008-2010 des armées/service de santé des armées

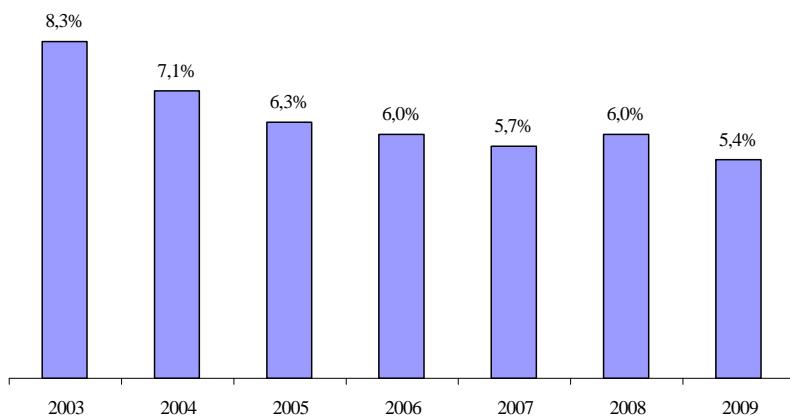
En cas de conflit majeur, une grande part du soutien arrière de rôle 4 sur le territoire national devrait être aujourd’hui assumée par le recours à des réservistes et, surtout, par l’appui des hôpitaux civils. Le recours aux réservistes restera nécessaire en 2015 et au-delà.

B - L’activité médicale liée aux armées

L’activité « à charge » du ministère de la défense désigne l’activité médicale des hôpitaux militaires directement liée aux armées : médecine d’aptitude et d’expertise, soins dans le cadre d’accidents du travail ou de service, rapatriement sanitaire des combattants en opérations extérieures. Elle est en diminution dans les hôpitaux militaires et ne représentait plus, en 2009, que 5,4 % du total des soins prodigués.

**Evolution de la part de l'activité à charge 2003-2009
dans l'activité de soins totale**

(en %)



Source : *comptes de gestion des HIA – facturation*

Les patients militaires ont, en effet, la même liberté de choisir leur médecin et leur hôpital que les civils, y compris en cas d'accident de service³⁸. Une part des examens complémentaires d'aptitude est également effectuée dans les structures civiles, ne serait-ce que pour des raisons pratiques, en raison de la distance entre la plupart des unités militaires et les hôpitaux militaires.

Conséquence de cette évolution : l'activité « à charge » en milieu civil, remboursée par le service de santé aux établissements hospitaliers civils qui accueillent les militaires dans ce cadre, a représenté, en 2008, un montant de 9,5 millions d'euros, soit près du quart de l'activité « à charge » totale. La tendance est croissante.

38) L'article L. 4121-1 du code de la défense, issu de la loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires, dispose que les militaires jouissent de tous les droits et libertés reconnus aux citoyens : seule une disposition législative peut en restreindre l'exercice. Aucune restriction n'a été posée en ce qui concerne l'application de l'article L. 1110-8 du code de la santé publique qui prévoit que « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire* ».

C - Les autres missions militaires des hôpitaux

1 - Les hôpitaux militaires abritent des modules NRBC (Nucléaire, radiologique, biologique et chimique)

Le contrat opérationnel 2008-2010 prévoit que les hôpitaux des armées doivent abriter des modules de décontamination et de traitement spécifiques répondant à des risques particuliers liés aux activités militaires (accueil de blessés radio-contaminés, de grands brûlés ou de victimes d'accidents de plongée, recherche clinique et opérationnelle, etc.) ou correspondant à des plans³⁹ de prise en charge des risques nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC). Pour la réalisation de ces plans, le contrat opérationnel est bien rempli.

Ces capacités sont disponibles dans le cadre des plans d'alerte au profit des populations civiles. Ainsi, pour le traitement des grands brûlés, les hôpitaux militaires de Percy-Clamart (16 lits) et, dans une moindre mesure, de Sainte Anne-Toulon (4 lits) ont-ils des capacités précieuses au plan national⁴⁰.

2 - Les activités de formation, d'instruction ou d'expertise

Les hôpitaux d'instruction des armées sont au centre du dispositif de formation initiale et continue du personnel du service de santé, de toute catégorie. Ils accueillent notamment les internes à partir de la 7^{ème} année d'étude, et organisent des stages de formation au profit du personnel paramédical des forces pendant sa scolarité.

Ils assurent une expertise médicale à la demande de l'état-major des armées et du service de santé.

C'est aussi au sein des hôpitaux des armées qu'ont été installés les sept centres d'instruction des techniques de réanimation de l'avant (CITERA) qui assurent la formation aux gestes d'urgence du personnel paramédical des hôpitaux d'instruction des armées, en particulier ceux devant être projetés en OPEX⁴¹.

39) BIOTOX, PIRATOX, PIRATOME.

40) Il y a en France vingt centres de traitement des grands brûlés qui accueillent environ 3.000 patients par an.

41) Cf supra, chapitre II.

Ces activités d'expertise, de formation et d'instruction sont mal recensées par les hôpitaux militaires, compte tenu des carences de leur comptabilité analytique et de l'insuffisante participation des médecins à ce recensement.

II - Une articulation insuffisante avec le dispositif civil de santé

Les hôpitaux des armées ont été confrontés à des mutations fondamentales de leur environnement militaire et civil. Le concept stratégique a changé avec la fin de la guerre froide. Il n'est plus nécessaire d'avoir de nombreux hôpitaux de l'arrière pour accueillir un très grand nombre de blessés. La conscription a été suspendue dans de très nombreux pays européens, les Britanniques ayant été les premiers à opérer cette mutation fondamentale.

Ces évolutions ont conduit à poser de manière croissante la question de l'articulation entre le dispositif sanitaire civil et les hôpitaux militaires. L'absence fréquente de taille critique de ces derniers a conduit les pays européens à envisager de nouveaux modes de coopération avec les structures civiles dont le service de santé pourrait tenir compte.

De façon générale, l'objectif est de permettre, d'une part, le maintien des compétences médicales dont le soutien santé des forces a impérativement besoin et, d'autre part, de concentrer les ressources humaines et financières sur leur cœur de métier militaire.

Dans ce contexte, les pays européens ont emprunté des voies diverses d'adaptation de leur outil hospitalier militaire.

A - Les grandes options d'organisation

1 - L'exemple allemand

La Bundeswehr a gardé une capacité significative d'accueil pour ses soldats, ouverte au public de manière subsidiaire. L'armée allemande compte encore de nombreux appelés et, contrairement à leurs homologues français, les soldats allemands ont l'obligation de consulter un médecin militaire et d'avoir recours, en première intention, aux hôpitaux militaires dès lors que leur état de santé l'exige

Le service de santé interarmées de la Bundeswehr, qui disposait auparavant d'un nombre d'hôpitaux proche de celui du service de santé français, n'en a pas moins adapté son dispositif hospitalier. Il a réduit le nombre de ses hôpitaux militaires de huit à quatre, auquel s'ajoute un établissement partagé entre l'hôpital civil et le service de santé.

La Bundeswehr a opéré cette réduction alors que, simultanément, elle acceptait un plus fort engagement de ses forces armées dans les opérations internationales de maintien de la paix.

Principaux chiffres relatifs aux hôpitaux de la Bundeswehr

	Lits	Effectif total
Coblence	506	1.470
Ulm	497	1.341
Berlin	367	1.113
Hambourg	265	832
Westerstede (hôpital mixte)	159	435
Total	1.794	5.191

Source : service de santé interarmées de la Bundeswehr

Au total, le service de santé allemand, qui doit pouvoir soutenir en opérations extérieures un nombre voisin de militaires de celui du service français, dispose de 1.800 lits hospitaliers, contre 2.700 lits pour le service de santé des armées.

2 - Le choix britannique

Le Royaume-Uni a choisi une voie qui a consisté à s'adosser au dispositif civil de santé, partant du double rôle des hôpitaux militaires :

- celui de réservoir de compétences, en particulier chirurgicales, mobilisables pour partir en opérations extérieures ;
- celui d'accueil des blessés militaires dans des structures de l'arrière (rôle 4).

a) Accueillir les praticiens militaires dans les hôpitaux civils

Le « Defence Medical Service » britannique a constaté, au milieu des années 1990, que la sous-activité de ses établissements hospitaliers ne permettait plus de maintenir un niveau de compétences des praticiens militaires conforme à ses besoins opérationnels et qu'elle avait un coût élevé.

Ce constat a conduit à la fermeture des hôpitaux militaires et à la signature d'une convention avec le « National health service » (NHS) prévoyant l'accueil des praticiens militaires dans 32 structures hospitalières civiles. Ces praticiens sont placés dans des structures réparties sur tout le territoire britannique, là où il leur est permis d'avoir un volume d'activité conforme à leurs compétences. Ce choix permet notamment d'affecter les chirurgiens militaires dans six structures civiles de traumatologie (traitement des accidentés de la route notamment) parmi les plus importantes du Royaume-Uni.

Cette insertion dans les structures civiles les plus actives permet aux chirurgiens militaires de maintenir une pratique intensive garante du maintien de leurs compétences.

Le modèle britannique a permis de ne garder des praticiens militaires qu'au titre des spécialités directement utiles pour les besoins opérationnels des armées.

Il induit une relation étroite avec les autorités sanitaires et une interdépendance entre le besoin de soutien santé des forces et l'organisation hospitalière civile. Ainsi, l'évolution de la carte hospitalière prévue par le « National health service » depuis 2009, et les perspectives de regroupement des unités chirurgicales civiles autour de centres de traumatologie régionaux, exigent une concertation avec le service de santé britannique et une modification de la convention avec le NHS. La possibilité que certaines des six structures de traumatologie dans lesquels sont implantés les chirurgiens militaires ne soient pas retenues au titre des futurs centres de traumatologie régionaux implique que les contours de la coopération entre autorités civiles et militaires puissent évoluer, afin que l'objectif de maintien des compétences médicales des praticiens militaires reste atteint.

b) Prévoir une convention d'accueil pour les soldats blessés dans des structures civiles

L'accueil des blessés militaires est prévu au titre de la convention avec le « National health service » dans les six hôpitaux civils, au sein desquels sont implantées les six unités militaires chirurgicales.

Au sein des hôpitaux civils qui accueillent des soldats en provenance d'Irak, puis désormais d'Afghanistan, l'expérience britannique a montré que l'accueil et le traitement de blessés militaires nécessitaient le maintien d'un périmètre militaire spécifique et la présence de praticiens des armées, même si celle-ci est non exclusive. Compte tenu des circonstances dans lesquelles ils ont été blessés, les patients militaires ne souhaitent pas être mêlés aux patients civils.

Les blessés militaires des opérations en Irak et en Afghanistan sont accueillis de manière prioritaire dans l'hôpital universitaire de Selly Oak à Birmingham. Malgré l'importance des opérations menées par les troupes britanniques, un seul hôpital civil est en mesure d'accueillir les blessés. Le nombre de blessés militaires accueillis simultanément à Selly Oak n'a jamais dépassé les 50 entre 2008 et 2009, soit une occupation d'un tiers des lits du périmètre militaire de l'hôpital en traumatologie et en orthopédie⁴². Selon le « National audit office », le traitement de ces blessés a représenté un coût de 23 millions de livres (26,8 millions d'euros) sur la période 2008-2009⁴³.

Avec un seul hôpital civil dont la gestion est partagée avec les praticiens militaires, le service de santé britannique parvient donc aujourd'hui à faire face aux besoins liés à ces opérations. Le rapport de la commission de la défense de la chambre des communes⁴⁴ sur le soutien santé des forces armées a indiqué que les soins offerts aux patients militaires dans ces structures civiles étaient de qualité⁴⁵.

La convention qui lie le service de santé britannique et le « National health service » prévoit une montée en puissance du dispositif en fonction des besoins. Cet élément est important, car, en France, la prise en charge de blessés militaires en nombre dans des hôpitaux civils si le service de santé des armées ne pouvait remplir complètement son rôle 4 – ce qui correspond à la situation actuelle – ne fait aujourd'hui l'objet d'aucune convention spécifique avec le ministère de la santé.

42) National Audit Office. Treating injury and illness arising on military operations. 10 février 2010.

43) Ce coût recouvre le paiement contractuel à la structure hospitalière civile ainsi que les coûts de fonctionnement et de personnel des effectifs militaires affectés à Selly Oak.

44) Medical care for the Armed Forces. 5 février 2008.

45) « *Nous n'avons aucun élément permettant de penser que les soins prodigues au personnel militaire aient pâti de cette organisation. Le traitement pour les militaires (hommes et femmes) gravement blessés en opérations a été de tout premier ordre. Le personnel des services médicaux de la Défense au sein du service national de santé procure des soins de qualité mondiale.* » (« *We see no evidence that the care offered to military personnel has suffered as a result. The clinical care for serviceman and women seriously injured on operations is second to none. Defence medical services personnel in the national health service provide world-class care* »).

3 - La solution française

Après avoir fermé neuf centres hospitaliers représentant 1.335 lits à la suite de la suspension de la conscription, le service de santé français a conservé neuf hôpitaux estimant qu'il ne pouvait pas remplir son contrat opérationnel sans disposer de ces structures. Répartis dans six régions, ces hôpitaux ont dû, dès lors, se réorienter vers une patientèle civile, dans des bassins de soins régulés par les autorités sanitaires et sur un marché de la santé soumis à une forte concurrence des établissements publics et privés. Aujourd'hui, la population civile qui, contrairement à une conviction parfois répandue, a accès aux soins des hôpitaux d'instruction des armées, représente plus de 90% des journées d'hospitalisation.

B - L'ouverture à la population civile

Hormis les hôpitaux Sainte Anne de Toulon et Clermont-Tonnerre de Brest, ouverts à une patientèle civile locale depuis plusieurs décennies, les autres hôpitaux d'instruction des armées n'ont commencé à accueillir massivement des patients civils locaux que depuis la suspension de la conscription. Ils sont les nouveaux venus dans un paysage hospitalier fortement concurrentiel et en profonde mutation depuis une vingtaine d'années. Les hôpitaux militaires ont donc dû s'adapter aux spécificités géographiques, démographiques, fonctionnelles ou techniques locales et régionales.

1 - Neuf hôpitaux de taille limitée mais de qualité

Dans la répartition géographique de ses hôpitaux militaires, largement héritée du passé, et la définition de leur positionnement médical, le service de santé des armées a cherché à concilier une double approche :

- prévoir des hôpitaux de taille moyenne, dont la part dans l'offre locale de soins est suffisamment circonscrite pour leur permettre de jouer le rôle pour lequel ils sont conçus, le soutien santé des forces ;
- être suffisamment attractif dans la qualité des soins prodigués pour trouver des patients en nombre suffisant.

a) Des hôpitaux de taille limitée

Les neuf hôpitaux militaires, dont la taille varie entre 200 et 400 lits, ont, depuis 2002, réduit globalement leur offre de lits de 10 %. L'équivalent en lits d'un petit hôpital militaire a ainsi été supprimé. Afin de tenir compte de la sous-utilisation des capacités en lits constatée par la Cour en 2002, le service de santé a préféré maintenir ses neuf hôpitaux et réduire leurs capacités en lits, plutôt que de fermer un de ses établissements.

Avec environ 2 % des capacités publiques d'hospitalisation, ces hôpitaux des armées apportent une contribution limitée à l'offre de soins hospitaliers. En prenant en compte les capacités de l'hospitalisation privée, à but lucratif et non lucratif, ce pourcentage descend à 1,2 %. Conformément à leur contrat opérationnel, les hôpitaux militaires doivent pouvoir se dégager à tout moment de leurs obligations au titre du service public de santé, sans remettre en cause l'accès aux soins des patients civils. Ce constat marque une première limite à la contribution du service de santé au dispositif national de santé.

Au plan régional, le poids des hôpitaux militaires dans l'offre de soins peut être plus substantiel, en particulier en chirurgie. Ainsi, en Ile-de-France, malgré l'importance de l'offre hospitalière publique, les trois hôpitaux militaires offrent plus de 3 % des capacités publiques en lits de médecine et près de 6 % des capacités en lits de chirurgie. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'hôpital Laveran de Marseille et l'hôpital Sainte-Anne de Toulon représentent plus de 5 % des lits en médecine et 6,5 % des lits en chirurgie.

b) Une qualité reconnue

Tous les hôpitaux militaires se sont soumis, avec succès et sans réserve, aux visites d'accréditation de la Haute Autorité de Santé. Le nombre de services hospitaliers agréés au niveau universitaire est important (266 services en 2008).

Plusieurs classements, établis notamment sur la base du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux publics, soulignent la qualité de ces hôpitaux. Sept hôpitaux militaires sur neuf sont cités dans les classements des 500 meilleurs hôpitaux pour un ou plusieurs de leurs services, le Val de Grâce étant de loin le plus primé des hôpitaux militaires. En revanche, aucun des neuf établissements du service de santé des armés n'apparaît au palmarès des 50 meilleurs hôpitaux français. Ceci s'explique notamment par la difficulté pour les hôpitaux militaires de remplir tous les critères du palmarès autrement que pour quelques spécialités.

En revanche, la qualité des équipements et des installations constitue un point d'attention pour le service de santé. Les travaux d'infrastructure conduits aujourd'hui à l'hôpital du Val de Grâce et à l'hôpital Begin de Saint-Mandé (projet « Begin rénové ») répondent ainsi aujourd'hui à des exigences de remise aux normes. La commission départementale civile de sécurité a ainsi constaté le 6 décembre 1999 que l'hôpital du Val de Grâce ne disposait pas d'un dispositif de désenfumage des circulations horizontales destinées à la lutte contre les risques d'incendie et de panique, ce qui a donné lieu à l'établissement d'un schéma directeur de mise en sécurité présenté à la commission en juin 2001 et à des travaux encore en cours. Un avis défavorable à la poursuite de l'exploitation du monobloc de l'hôpital Begin a été par ailleurs notifié par la préfecture du Val de Marne le 11 février 2002⁴⁶ et conduit à des travaux de remise aux normes.

Le taux de vétusté du matériel médical⁴⁷ est également relativement élevé par rapport aux normes civiles pour lesquelles un taux de vétusté de 50 % constitue un signal d'alerte. Ce seuil d'alerte est atteint en ce qui concerne les hôpitaux militaires⁴⁸.

46) PV n° 2002/25 du 14 mars 2002 de la commission départementale civile de sécurité. L'expertise du bâtiment a en outre révélé une absence de conformité des poutres et des planchers par rapport aux règles de tenue au feu, des « *faiblesses significatives en termes de caractéristiques mécaniques en parties nord et sud* » nécessitant le renforcement des planchers y compris dans les zones courants et la présence d'amiante et de peinture au plomb.

47) Le taux de vétusté résulte du rapport entre le cumul des amortissements et la valeur brute des équipements.

48) En 2009, le taux de vétusté des équipements des hôpitaux militaires s'établissait à 75 %. Ce taux est toutefois dépendant de la durée d'amortissement : cette durée était de cinq ans jusqu'en 2008. La prise en compte d'une durée d'amortissement plus réaliste de sept ans, et l'application de cette durée à l'ensemble des équipements, en flux et en stock, ramène le taux de vétusté à 50 %.

2 - Une activité médicale généraliste organisée autour de spécialités destinées aux patients civils

Dans le choix des spécialités offertes aux patients de ses hôpitaux, le service de santé doit tenir compte de ses propres besoins en spécialistes – chirurgiens, internistes – qui doivent pouvoir intervenir pour les blessés militaires dans le cadre des OPEX ou de tout conflit et offrir, par ailleurs, une diversité de spécialités propres à répondre aux besoins de la patientèle civile. Les hôpitaux d'instruction des armées constituent à la fois une « réserve de compétences », qui les conduit à abriter en leur sein un pôle chirurgical fort, et un acteur de soins généraliste destiné à satisfaire l'ensemble des besoins de soins de la population.

a) Une fréquentation limitée de la communauté de défense, pour des soins non spécifiques

Le décret n° 2005-1441 du 22 novembre 2005 relatif aux soins du service de santé des armées prévoit que les militaires et leurs ayants droit⁴⁹ sont prioritaires dans l'accès aux soins des hôpitaux d'instruction des armées. Cette priorité n'est volontairement pas affichée à l'accueil des services des hospitalisations et des soins externes, afin que la patientèle civile, qui pourrait être attachée au principe d'égal accès aux soins, n'en prenne conscience. Dans le fonctionnement actuel des établissements du service de santé, elle reste peu marquée, en raison de délais d'attente peu importants dans les hôpitaux militaires.

– Les militaires fréquentent peu les hôpitaux des armées

Les hôpitaux des armées ne font pas le « plein » de la patientèle militaire. L'analyse des données de la caisse nationale militaire de sécurité sociale montre que le personnel militaire et ses ayants droit hospitalisés dans le secteur public ont recours pour l'essentiel, à 88 % en 2009, aux hôpitaux civils. Cette moyenne masque des disparités : les militaires d'active fréquentent les hôpitaux militaires pour seulement 5 % de leurs soins en hospitalisation publique, alors que cette part est de 14 % pour les militaires retraités. Au sein de la communauté de défense, c'est donc auprès de leur « cœur de cible », les militaires d'active, que la fréquentation des hôpitaux d'instruction des armées est la plus faible.

49) Conjoint et personnes à charge des militaires.

Répartition des dépenses d'hospitalisation publique entre hôpitaux civils et hôpitaux militaires pour les militaires et les ayants droit (2009)

	Hôpitaux militaires	Hôpitaux civils
Militaires d'active	5 %	95 %
Ayants droit d'active	nc	nc
Militaires retraités	14 %	86 %
Ayants droit retraités	5 %	95 %
Total	12 %	88 %

Source : caisse nationale militaire de sécurité sociale

Le critère de proximité, souvent déterminant dans le choix de l'établissement de santé, peut expliquer pourquoi les hôpitaux militaires assurent une couverture limitée des besoins de soins de la communauté de défense. Dans certains cas, le souhait de préserver une totale confidentialité autour de la pathologie prise en charge (soins psychiatriques par exemple), afin que l'hospitalisation n'ait pas d'incidence, du moins directe et immédiate, sur l'aptitude au service du personnel concerné, peut également jouer.

- Les patients « étrangers » au monde de la défense représentent la majeure partie des passages⁵⁰ des hôpitaux militaires

Les militaires ne représentent que 20 % des passages des hôpitaux militaires et leurs ayants droits. 7 %. Il s'agit, pour l'essentiel, de soins de droit commun, dont ils bénéficient grâce à leur priorité d'accès aux hôpitaux d'instruction des armées, et non de pathologies liées à leur activité militaire.

Les patients « étrangers » au monde de la défense représentent 73 % des passages en 2009.

50) Les passages désignent l'ensemble des séjours hospitaliers, des consultations et des visites aux urgences.

Répartition de la fréquentation des hôpitaux militaires entre militaires, ayants droit et autres civils (2009)

(en % du nombre de passages)

	Militaires	Ayants droit	Civils
R. Picqué – Bordeaux	19 %	8 %	73 %
Clermont-Tonnerre – Brest	32 %	7 %	60 %
Percy- Clamart	22 %	5 %	73 %
Desgenettes – Lyon	19 %	4 %	77 %
Laveran – Marseille	13 %	2 %	85 %
Legouest -Metz	22 %	4 %	73 %
Val de Grâce – Paris	21 %	11 %	69 %
Begin –Saint Mandé	16 %	7 %	77 %
Sainte Anne –Toulon	16 %	9 %	74 %
Total	20 %	7 %	73 %

Source : service de santé des armées

La situation varie néanmoins selon les établissements : l'hôpital Clermont-Tonnerre de Brest accueille près de 40 % de patients militaires ou ayants droit en raison de la forte présence de la marine nationale dans la ville. L'hôpital du Val de Grâce accueille, lui, 32 % de patients militaires et d'ayants droit, en raison de son rayonnement particulier.

- Les soins spécifiquement militaires ne représentent que 5,4 % de l'activité des hôpitaux des armées

En termes de profil de soins, l'activité des hôpitaux des armées est civile à 94,6 % : seule l'activité « à charge » (5,4 %) du ministère de la défense, directement liée au métier des armées, peut présenter une spécificité militaire.

b) Une activité médicale diversifiée proche de celle des hôpitaux civils

L'absence de spécificité des patients, et le profil militaire peu marqué des soins demandés, conduisent les hôpitaux militaires à proposer une offre de soins comparable à celle des établissements généralistes, comme celle des centres hospitaliers d'agglomérations de 50.000 à 80.000 habitants, dont ils sont proches en termes de nombre de lits et d'activité médicale.

L'offre médicale globale des hôpitaux militaires est très large et comprend la totalité des spécialités médicales, fut-ce parfois avec de très petits effectifs (endocrinologues, hématologues, rhumatologues, néphrologues, pédiatres, radiothérapeutes, anatomopathologistes mais aussi médecines de plongée et d'aéronautique). Les médecins des hôpitaux d'instruction des armées exercent 26 spécialités médicales.

Pris individuellement, aucun des hôpitaux ne présente la totalité de la palette des spécialités. Tous offrent cependant un plateau technico-médical étendu avec au moins 11 spécialités médicales présentes dans chacun. Psychiatrie, gastro-entérologie, oncologie, cardiologie, médecine interne, radiologie et biologie sont présentes partout. Tous les établissements disposent d'urgentistes. Tous ont un médecin du personnel et un département d'information médicale. La pneumologie, l'infectiologie et la médecine de réadaptation sont présentes dans presque tous les hôpitaux.

En conséquence, le profil de soins des hôpitaux militaires est celui des hôpitaux généralistes publics, hormis l'absence de l'obstétrique dans huit hôpitaux sur neuf. Ils soignent 90 % des pathologies recensées en France (c'est-à-dire en 2008, 720 GHM sur les 803 possibles⁵¹).

L'analyse des grandes catégories médicales (CMD⁵²), qui constituent un regroupement des GHM par grandes spécialités, fait apparaître de grandes similarités dans leur activité globale entre les hôpitaux militaires pris dans leur ensemble et les établissements civils.

Les 10 premières CMD (par le nombre de séjours induits), c'est-à-dire les premières spécialités médicales, sont comparables à ce qui peut être observé dans l'ensemble des hôpitaux.

Les hôpitaux militaires ont ainsi une activité significative en matière de prothèses, notamment de hanche, en oncologie ou en dialyse, toutes spécialités qui ont un rapport lointain avec les besoins spécifiques des armées. Cette activité se justifie par des besoins civils.

51) La classification GHM (groupe homogène de malades) permet de classer les séjours des patients en fonction du diagnostic principal.

52) Catégorie majeure de diagnostic.

C - Les conséquences limitées tirées de la mission publique de santé

Malgré l'absence de spécificité de leur activité médicale, et la reconnaissance de leur mission publique de santé, les hôpitaux militaires restent peu intégrés dans le dispositif national et local de santé. La volonté d'autonomie du service de santé des armées dans l'organisation des soins et ses choix d'investissement conduit pourtant à des résultats peu satisfaisants.

1 - Une inscription des hôpitaux militaires dans le dispositif public de santé largement virtuelle

a) *Le cadre normatif relatif à la mission de santé civile des hôpitaux militaires*

En application de l'article L. 1647-7 du code de la santé publique, issu de l'article 11 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale, les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense, concourent au service public hospitalier. La formule d'un « concours au service public », définie en 2002, est plus souple et plus limitée dans ses implications en termes de relations avec les autorités hospitalières civiles que celle d'une « insertion au sein du service public de santé » dont l'option n'a pas été retenue.

Le contrat opérationnel décline ce dispositif législatif et précise, dans les mêmes termes, que le service de santé des armées « *concourt à l'offre de soins du service public* ».

La loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 a fait évoluer le cadre de la mission du service de santé des armées. Le nouvel article L. 6112-2 du code de la santé publique a intégré les hôpitaux militaires parmi les établissements « *qui peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public* ».

Le décret n° 2009-869 du 15 juillet 2009 relatif aux attributions du ministre de la défense prévoit pourtant encore, en son article premier, modifiant l'article R. 1142-1 du code de la défense que le ministre de la défense « *définit les conditions de la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique* ».

Ainsi, si la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit d'organiser la contribution des hôpitaux militaires à la politique de la santé en fonction des schémas régionaux des soins établis par les autorités sanitaires, il conviendrait que le gouvernement en tire toutes les conséquences en réservant au ministère de la défense la définition des modalités de sa contribution.

b) La concertation entre le service de santé des armées et les autorités sanitaires reste limitée

- L'absence de vision partagée de l'organisation des soins entre le ministère de santé et le ministère de la défense

En application de l'article L. 6147-8 du code de la santé publique, il est tenu compte des installations des hôpitaux des armées, y compris des équipements matériels lourds, des activités de soins et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation lors de l'élaboration des schémas d'organisation sanitaires prévus par les autorités civiles.

Bien que cosignés par les ministres de la défense et de la santé, ni l'arrêté du 1^{er} mars 2006 dressant la liste des équipements des hôpitaux militaires, ni l'arrêté du 25 juin 2010 l'ayant abrogé et remplacé, n'ont fait l'objet d'une négociation entre le ministère de la défense et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé. Le service de santé des armées a ainsi considéré qu'il mettait à la disposition du service public des équipements consubstantiels à sa mission de soutien des forces armées qu'il ne lui était pas possible de négocier. Du point de vue du service de santé, les agences régionales de santé (ARS) doivent prendre en compte son offre hospitalière et s'y adapter, sans que le schéma inverse soit prévu, y compris pour des spécialités civiles. L'arrêté précité indique d'ailleurs : « *les objectifs plurianuels d'offre de soins peuvent être modifiés en fonction des impératifs de la défense* ».

Les capacités hospitalières militaires restent dès lors peu prises en compte au plan régional : les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) établis par les agences régionales de santé se limitent à une simple mention du dispositif existant. Seuls les services des grands brûlés et de neurochirurgie de l'hôpital Sainte Anne de Toulon et de l'hôpital Percy de Clamart sont davantage pris en compte, en raison des capacités civiles générales limitées en ce domaine.

L’élaboration du schéma national d’organisation des soins (SNOS) du service de santé des armées réalisé en 2009 n’a pas été davantage l’occasion de faire évoluer le mode de relation avec les autorités sanitaires civiles. Ce document destiné à modifier l’offre de soins du service de santé n’a pas fait l’objet d’une négociation avec le ministère de la santé qui n’a été qu’informé de l’avancement des travaux.

La direction centrale du service de santé a analysé seule les données régionales susceptibles de favoriser le meilleur fonctionnement de ses neuf hôpitaux. Elle a décidé seule des évolutions de ses établissements et des regroupements de spécialités au regard de ses propres objectifs, pourtant guidés non seulement par des exigences liées à son contrat opérationnel, mais aussi par un souci d’accroissement de ses recettes d’activité médicale civile. Si le poids des hôpitaux militaires reste marginal dans l’offre de soins, le ministère de la santé et ses agences régionales pourraient pourtant, dans le cadre d’un dialogue avec les hôpitaux militaires, appeler leur attention sur les évolutions en cours dans le secteur hospitalier public local et les besoins des populations.

- L’absence de relation formalisée entre les hôpitaux militaires et les agences régionales de santé

La direction centrale du service de santé des armées considère qu’elle constitue l’équivalent d’une « agence régionale de santé » et que ses neuf hôpitaux constituent un hôpital unique. Elle limite à ce titre les relations formalisées entre les agences régionales de santé et ses hôpitaux. Elle souhaite donc être seule responsable de l’organisation de ses établissements dans leur mission militaire comme dans leur activité civile.

Or, localement, comme par exemple à Toulon pour l’hôpital Sainte Anne, la part de marché d’un hôpital militaire sur certaines spécialités peut être significative et ne permet pas de considérer que l’établissement peut modifier son activité ou se désengager de sa mission de service public sans concertation préalable avec l’agence régionale de santé.

c) Les conséquences financières de l’absence de concertation

L’absence de dialogue avec les autorités sanitaires dans le cadre de projets d’équipements à usage pourtant exclusivement civil, ou de projets d’infrastructures dans lesquels les enjeux de défense sont limités, conduit à des surcapacités regrettables et à des choix budgétairement coûteux.

– Les projets d'infrastructures

Aucun des projets de rénovation des hôpitaux militaires (projet Sainte Anne 2000 marqué par la construction d'un nouvel hôpital achevé en 2008, projet Begin rénové, réhabilitation du Val de Grâce) n'a fait l'objet d'une concertation avec les autorités sanitaires civiles.

Compte tenu de la concomitance des chantiers de rénovation de l'hôpital Sainte Anne et de l'hôpital civil de Toulon, l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur avait proposé une co-localisation des deux structures avec, le cas échéant, le partage d'un certain nombre d'infrastructures. Cette proposition, qui aurait pu donner lieu à une expérience de coopération civilo-militaire dans le domaine de la santé, a été refusée par le ministère de la défense. Il a souhaité conserver l'entièvre maîtrise de son équipement hospitalier, au prix de surcoûts dans l'élaboration parallèle de deux infrastructures de santé sur le même territoire, pour la même population. Le coût de la réhabilitation de l'hôpital Sainte Anne, qui s'est établi, au total, à 240 millions d'euros, aurait pu, pourtant, être partagé avec les autorités sanitaires civiles.

– Les équipements médicaux civils⁵³

L'article 6 de l'arrêté du 25 juin 2010 dispose que les décisions du ministre de la défense relatives à la modification du nombre des équipements matériels lourds et au remplacement de ces appareils sont portés sans délai à la connaissance du ministre chargé de la santé et de l'agence régionale de santé concernée. Ce régime juridique prévoit donc une décision d'acquisition unilatérale du ministère de la défense, avec une information des autorités sanitaires. Ce régime juridique est donc largement dérogatoire aux dispositions des articles L. 6122-1 et R. 6122-26 du code de la santé publique qui place l'acquisition des équipements matériels lourds les plus structurants et onéreux sous un régime d'autorisation.

Cette procédure dérogatoire est compréhensible pour l'acquisition d'équipements courant au soutien des forces. Mais, dans la pratique, le service de santé des armées ne fait pas la différence entre les matériels qui ont une mission dual, militaire et civile, et les autres, pour lesquels une concertation avec les autorités sanitaires paraît s'imposer.

Ainsi, dans le cas des tomographes à émission de positons (TEP), qui constituent un équipement particulièrement utile pour le diagnostic des cancers, sans liaison aucune avec la médecine militaire, les autorités

53) Cf le rapport de la Cour des comptes relatif à la sécurité sociale de septembre 2010 et son chapitre relatif à la politique d'équipement en imagerie médicale.

sanitaires veillent à ce que la politique d'investissement soit compatible avec le volet « cancérologie » des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ceci aurait dû conduire le service de santé à se concerter en amont avec les autorités sanitaires avant d'en équiper ses hôpitaux. Cela n'a pas été le cas à Toulon, alors même qu'une concertation avait été souhaitée par l'agence régionale de santé de Provence Alpes Côte d'Azur, qui a été placée devant le fait accompli.

Le service de santé n'a pas tenu compte de l'importance de l'activité en cancérologie de l'hôpital civil, pôle de référence dans ce domaine, qui doit être en conséquence doté d'un TEP – et a imposé son choix d'équiper l'hôpital Sainte Anne sans justification d'ordre militaire. Ceci conduit à une surcapacité sur l'agglomération toulonnaise, le TEP de Sainte-Anne n'étant pas utilisé à pleine capacité.

Rien ne justifie l'absence de dialogue formalisé pour l'acquisition de ces matériels coûteux pour les finances publiques⁵⁴, et qui sont, en outre, sous-utilisés par les hôpitaux militaires.

Le service de santé a décidé de doter le Val de Grâce d'un second TEP, ce qui permettrait à cet hôpital de couvrir à lui seul 1,6 million d'habitants, soit la quasi-totalité de la population parisienne. D'autres hôpitaux parisiens étant déjà équipés, le bassin parisien de soins se trouverait ainsi suréquipé alors que le TEP de l'hôpital du Val de Grâce est déjà en sous-activité par rapport aux normes d'utilisation de ce matériel coûteux.

2 - Une activité médicale trop limitée

La mission de santé civile des hôpitaux militaires est remplie imparfaitement aux regards des normes d'activité relatives au taux d'occupation des lits, à l'activité chirurgicale ou au développement d'une offre de services d'urgences.

La sous-activité de soins des hôpitaux d'instruction des armées est également inquiétante d'un point de vue militaire : leur mission de maintenir les praticiens du service de santé « *à un haut degré technique par un volume d'activité suffisant* » peut être imparfaitement remplie.

54) Le coût unitaire d'un TEP représente de l'ordre de 1,8 million d'euros auquel s'ajoute un coût de maintenance de 100.000 à 200.000 euros annuels.

a) Un taux d'occupation des lits très faible

Avec un taux d'occupation des lits de 52 %, les hôpitaux militaires sont largement en dessous des normes communément admises dans les centres hospitaliers civils (75 % en chirurgie et 85 % en médecine). L'amélioration du taux d'occupation des lits (de 48 % à 52 %) constatée entre 2002 et 2008 n'est due qu'à la réduction du nombre de lits ouverts.

L'accroissement de l'activité globale, sur la base du nombre de séjours hospitaliers, de 13 % depuis 2002, tient au développement de l'hospitalisation de jour et des séances de soins (radiothérapie, chimiothérapie, dialyse). Il n'a donc pas eu d'effet sur le taux d'occupation des lits.

D'une façon générale, les capacités des services ne sont pas utilisées de façon optimale. Des expériences de décloisonnement des services (lits libres disponibles pour d'autres services) ou de mise en fédération de plusieurs services pour mutualiser le personnel paramédicaux (éviter le maintien de lits vacants par manque de personnel) ont été engagées. Mais la gestion de l'occupation des lits au niveau des services reste empirique. Elle est guidée par la disponibilité des blocs opératoires, en essayant de diminuer l'occupation des lits des services dans la perspective du week-end. Les travaux de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, qui établit des référentiels d'activité et de gestion pour les établissements publics de santé, pourraient être mis à profit pour améliorer la gestion des capacités.

b) Une activité chirurgicale insuffisante

Si l'activité des chirurgiens a progressé depuis 2002 dans la quasi-totalité des hôpitaux militaires, le ratio moyen de 140 séjours chirurgicaux par chirurgien et par an est très inférieur à celui observé dans des centres hospitaliers comparables (243 séjours chirurgicaux⁵⁵ en moyenne). Pour mémoire, ce ratio est de l'ordre de 326 séjours par an au centre hospitalier de Montauban, de 281 séjours au centre hospitalier de Salon de Provence et de 297 séjours au centre hospitalier d'Arpajon.

55) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de la Cour des comptes. Septembre 2009.

Sur la base du nombre d'actes réalisés dans les 60 blocs opératoires des hôpitaux militaires, l'activité chirurgicale est inférieure de 15 % à celle observée dans les centres hospitaliers. L'activité moyenne par bloc est estimée à 2,4 actes par jour, sur la base d'une ouverture du lundi au vendredi. A titre de comparaison, le nombre d'opérations réalisées quotidiennement dans les centres hospitaliers régionaux est en moyenne de 2,8, soit un différentiel de 17 %. Il est de 4 dans les autres établissements hospitaliers (hors cliniques à but lucratif)⁵⁶.

Les blocs opératoires des hôpitaux des armées apparaissent donc sous-utilisés par rapport aux capacités qu'ils offrent à la population. Cette situation ne tient pas seulement à un effet de surcapacité par rapport à une activité chirurgicale trop faible pour des hôpitaux militaires en temps de paix. Elle tient aussi à une mauvaise organisation des blocs opératoires au regard des références posées par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux : les taux de performance (c'est-à-dire le rapport entre le temps réel d'occupation et la disponibilité effective des blocs) observés dans les centres hospitaliers oscillent entre 65 % et 85 %, tandis que ceux des hôpitaux des armées varient entre 22 % pour l'hôpital Legouest de Metz et 52 % pour l'hôpital Desgenettes à Lyon.

Compte tenu de l'écart entre les hôpitaux civils et les hôpitaux militaires, les départs en opérations extérieures des chirurgiens (chirurgie orthopédique et viscérale), qui ne concernent que moins de la moitié des chirurgiens, ne peuvent expliquer cette contre-performance.

c) Des services des urgences inégalement intégrés au dispositif civil

Les urgences constituent une des voies d'entrée privilégiées d'un hôpital public. Dans les hôpitaux publics, près du quart des passages aux urgences donnent lieu à une hospitalisation de suite et jusqu'à la moitié des séjours hospitaliers peuvent être la conséquence d'un passage aux urgences.

Les urgences constituent à la fois un service public utile pour les populations et un moyen pour les praticiens militaires de maintenir des compétences d'urgentistes particulièrement nécessaires dans les opérations extérieures.

56) Source : DREES, « Les établissements de santé en 2005 / les équipements en chirurgie ».

Or, la contribution des hôpitaux militaires au service public des urgences reste limitée et ne permet pas d'utiliser au mieux ces services dans la préparation des opérations extérieures. 18,8 % des passages aux urgences donnent lieu à une hospitalisation dans les hôpitaux militaires et la part des urgences dans les hospitalisations représente 31 % en 2009, soit un niveau inférieur à celui constaté dans les hôpitaux civils. Encore cette moyenne prend-elle en compte la bonne pratique de deux hôpitaux du service de santé (Robert Picqué à Bordeaux, Clermont-Tonnerre à Brest), au sein desquels les urgences représentent plus de 40 % de l'activité. Des efforts importants ont été engagés dans ces établissements pour adapter aux urgences le fonctionnement des services d'aval habitués jusque là à une activité essentiellement programmée.

En revanche, le Val de Grâce n'a pas ouvert de service d'urgences (seulement un service de porte). Les raisons invoquées – absence de service d'orthopédie, accueil de patients « VIP », existence d'un service d'urgences voisin – pour justifier l'absence d'une intégration du Val de Grâce dans le dispositif de régulation des urgences ne sont pas convaincantes.

Sur le plan local, les hôpitaux militaires restent des acteurs modestes du service public des urgences, alors qu'ils pourraient s'intégrer dans le dispositif civil, notamment dans les plus grandes agglomérations. C'est ainsi le cas à Lyon où l'hôpital Desgenettes constitue un recours éventuel pour le service des urgences de l'hôpital Edouard Herriot.

Compte tenu des contraintes opérationnelles que fait valoir le service de santé, les agences régionales de santé n'ont pas inclus les services d'urgence des hôpitaux militaires dans les schémas régionaux des urgences (sauf l'hôpital Percy de Clamart et l'hôpital Sainte Anne de Toulon pour les urgences neurochirurgicales et le traitement des grands brûlés). Tous les établissements du service de santé sont, en revanche, intégrés dans les plans sanitaires d'urgence nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC).

La participation aux urgences nécessiterait une stratégie concertée avec les autorités sanitaires, afin d'en tirer tout le profit tant pour les capacités opérationnelles des praticiens militaires que pour la satisfaction des besoins des populations civiles.

d) Le démarrage tardif de l'hospitalisation de jour

Les hôpitaux militaires ne se sont véritablement engagés dans le développement de l'hospitalisation de jour qu'à partir de 2004. Jusqu'en 2004, l'activité ambulatoire était, de facto, limitée aux explorations fonctionnelles et aux séances de soins. Les hospitalisations de jour ne représentaient que 17 % des entrants. En 2008, l'hospitalisation de jour représentait 50 % de l'activité totale des hôpitaux militaires, soit une progression très nette.

Pour autant, la chirurgie ambulatoire pratiquée dans les hôpitaux des armées reste globalement faible si on la compare à celle des établissements civils. Les hôpitaux militaires n'assurent ainsi que 0,2 % de la chirurgie ambulatoire pratiquée en France, soit un niveau très inférieur à leurs capacités chirurgicales.

La direction centrale du service de santé des armées semble cependant réservée sur le développement de cette activité. Elle indique notamment que « *si la chirurgie ambulatoire est une activité à mettre en œuvre pour répondre aux attentes de la population, celle-ci ne doit pas contrevénir au maintien des compétences nécessaires aux opérations extérieures* »⁵⁷. Cette approche souligne les difficultés à concilier une activité chirurgicale souhaitée par la population, et source de recettes pour les hôpitaux militaires, avec des besoins militaires qui nécessitent plutôt des compétences en chirurgie générale que celles, plus spécialisées et « moins intrusives », de la chirurgie ambulatoire.

3 - La difficile recherche de l'excellence dans le cadre d'une pratique généraliste

Alors que l'évolution des techniques médicales tend à la spécialisation des praticiens sur des segments d'activité de plus en plus pointus (l'exemple de la chirurgie de la main est connu), les médecins militaires, notamment les chirurgiens, restent dans l'obligation de maintenir une compétence médicale générale. Leur premier terrain d'intervention médicale reste les hôpitaux de campagne qui exigent des capacités d'adaptation et une aptitude à réaliser des soins dans des conditions difficiles.

57) Circulaire du service de santé des armées du 31 juillet 2008.

Pour autant, les militaires doivent bénéficier, en opérations extérieures, de la meilleure qualité de soins possible, appréciée en fonction des standards de la médecine civile. La doctrine du service de santé interarmées de la Bundeswehr prescrit ainsi de dispenser aux militaires, blessés ou malades des soins médicaux dont les résultats correspondent aux normes médicales applicables en Allemagne.

Les hôpitaux militaires sont au cœur de cette contradiction : pour développer les meilleurs standards possibles et accueillir davantage de patients, ils doivent se spécialiser et acquérir ces capacités pointues dont, d'ailleurs, les soldats blessés seront demandeurs une fois rapatriés sur un rôle 4 alors qu'ils doivent disposer de chirurgiens généralistes (chirurgie orthopédique et viscérale) pour remplir leur mission de terrain.

CONCLUSION

Les neuf hôpitaux d'instruction des armées fournissent les équipes chirurgicales projetables en OPEX comme le prévoit le contrat opérationnel. En revanche, en cas de conflit majeur dans les conditions prévues par le contrat opérationnel, une grande partie du soutien arrière (rôle 4) ne pourrait pas être aujourd'hui assumée sans recourir aux réservistes et aux hôpitaux civils. Le service de santé entend pallier ce déficit d'ici 2015.

L'activité « à charge » des hôpitaux militaires, pour les soins aux soldats est très faible (5,4 %) dans leur activité quotidienne métropolitaine. Les hôpitaux militaires ne travaillent donc aujourd'hui que de façon très marginale au profit des armées.

La participation des hôpitaux militaires au service public de la santé constitue donc une nécessité pour maintenir les praticiens militaires à un « haut degré de compétence par un volume d'activité suffisant ». La fréquentation des hôpitaux des armées par la communauté militaire est marginale. L'ouverture aux patients civils est donc incontournable.

Le profil de soins des hôpitaux militaires est peu spécifique par rapport aux hôpitaux généralistes de taille moyenne. L'activité fondamentalement civile des hôpitaux militaires n'a pas conduit à un effort d'insertion dans l'organisation des soins sur le plan national ou local fondé sur une concertation approfondie et formalisée avec les autorités sanitaires. Ce choix se justifie d'autant moins que certaines spécialités relèvent uniquement d'une logique de soins à la population civile, ou que certains équipements visent à donner aux hôpitaux militaires un avantage comparatif pour obtenir davantage de recettes d'activité médicale. Le cavalier seul du service de santé des armées en ce qui concerne des équipements médicaux utilisés uniquement en cancérologie, ou le refus d'infrastructures communes avec les hôpitaux civils, produisent des surcapacités hospitalières sans bénéfice pour les populations.

Sur la base des références civiles, l'activité médicale des hôpitaux militaires reste limitée, au regard de critères comme le taux d'occupation des lits ou l'activité des blocs opératoires. Le développement de services importants pour les populations comme l'activité chirurgicale ambulatoire ou les urgences a été tardif dans les hôpitaux militaires. Ce retard illustre la difficulté pour le service de santé des armées à réellement concevoir son double rôle, au profit des forces et au profit des populations civiles, et à développer des complémentarités entre ces deux missions.

Chapitre V

Le coût de la médecine hospitalière pour le budget de la défense

L'analyse de l'économie générale du service de santé des armées montre que certaines fonctions sont remplies à un coût excessif pour le budget du ministère de la défense.

Par rapport aux hôpitaux publics civils de taille comparable, les hôpitaux d'instruction des armées enregistrent un déficit d'exploitation hors normes qui pèse sur les marges de manœuvre budgétaire du ministère de la défense.

I - Un déficit du système hospitalier pesant sur le budget de la défense

En 2009, la dotation budgétaire consacrée par le ministère de la défense à ses neuf hôpitaux militaires avait été destinée à 81 % à couvrir leur déficit d'exploitation. Les crédits affectés par le ministère de la défense à ses hôpitaux s'apparentent donc essentiellement à une subvention d'équilibre.

Les prestations réalisées au bénéfice des armées en métropole ou en opérations extérieures (13 %), ou au profit des militaires dans le cadre du service (6 %) ne représentent qu'une faible fraction de la dotation budgétaire que le ministère de défense consacre à ses hôpitaux.

Cette situation n'a pas fait l'objet d'une véritable analyse dans le cadre de la révision générale des politiques publiques alors que, dans une période où la dépense publique doit être resserrée, il conviendrait de réexaminer la dotation budgétaire du ministère de la défense à ses hôpitaux militaires.

A - Le déficit d'exploitation hors norme des hôpitaux militaires

1 - Le premier déficit hospitalier de France

Les hôpitaux militaires constituent le premier déficit hospitalier de France. S'il avait été pris en compte par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé, il aurait conduit, à lui seul, à augmenter de plus de la moitié le déficit des hôpitaux publics en 2008 (506 millions d'euros de déficit net⁵⁸) alors que les hôpitaux d'instruction des armées ne représentent que 2 % des capacités hospitalières publiques.

Les prévisions de déficit pour 2009 des hôpitaux militaires correspondaient à la somme des déficits prévisionnels conjugués de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, des Hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille. Avec 2.800 lits environ, la prévision de déficit des hôpitaux d'instruction des armées était équivalente à celle de trois structures représentant 31.400 lits.

Les résultats de l'exercice 2009 témoignent d'une situation financière durablement dégradée. Les hôpitaux militaires connaissent en effet un déficit d'exploitation récurrent et relativement stable sur moyenne période.

Son montant exact et les comparaisons d'année en année doivent néanmoins être pris avec précaution compte tenu des fragilités de la fonction financière du service de santé des armées et de ses difficultés à évaluer avec précision les charges de personnel. L'approche de compte de résultat intègre en outre des charges, pour 40 millions d'euros, correspondant à une quote-part de frais généraux, au titre de la structure centrale du service de santé des armées : ces frais généraux constituent la contrepartie de l'organisation centralisée retenue en matière hospitalière et de l'absence d'adossement sur les agences régionales de santé.

58) Cf le rapport de la Cour des comptes relatif à la sécurité sociale de septembre 2010 et son chapitre relatif à la situation financière des hôpitaux.

**Une approche de compte de résultat
pour les hôpitaux militaires en 2009**

(en millions d'euros)

Charges	811,4
<i>Dont :</i>	
Charges de personnel	508,9
Produits	
530,2	
<i>Dont :</i>	
Assurance maladie	416,0
Soins directement liés aux armées	19,3
Prestations générales pour la défense	45,0
Déficit d'exploitation	- 281,3
En pourcentage des produits	53 %

*Source : comptes de gestion du service de santé des armées/
Cour des comptes*

Avec 281,3 millions d'euros de déficit en 2009 pour les neuf hôpitaux militaires, l'ordre de grandeur reste, comme les années précédentes, très alarmant. Le déficit d'exploitation représente en effet plus de la moitié des produits⁵⁹ (53 %).

Ces produits intègrent pourtant non seulement les recettes issues de l'assurance maladie, des mutuelles et des patients, mais aussi les soins à la charge du ministère de la défense, ainsi que l'ensemble des prestations générales réalisées pour son compte (activité d'expertise, d'enseignement ou de formation comprise). L'ensemble de l'activité des hôpitaux – militaire et civile – est donc recensée dans les comptes.

A titre de comparaison, l'article D. 6143-39 du code de la santé publique prévoit la mise en œuvre d'un plan de redressement financier dès que le déficit dépasse 2 % des produits pour les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers régionaux (CHR) et 3 % des produits pour les autres établissements de santé. Pour tout hôpital public, le solde d'exploitation constitue un indicateur de qualité de gestion.

59) Pour une entreprise, ceci indiquerait que son déficit d'exploitation équivaut à 53 % de son chiffre d'affaires.

Une telle procédure est évidemment théorique pour les hôpitaux d'instruction des armées car leur déficit d'exploitation est totalement pris en charge par le budget du ministère de la défense. Mais, dès lors que la demande et les contraintes qu'ils supportent du fait du ministère de la défense sont réduites et que leur activité médicale est proche de celle d'un hôpital public de taille comparable, rien ne paraît justifier une telle situation. En fait, les hôpitaux militaires ne parviennent pas à concilier leur mission militaire et leur activité médicale civile dans des conditions financière satisfaisantes.

Le déficit d'exploitation annuel des hôpitaux des armées représentait l'équivalent, en 2009, de l'acquisition de six hélicoptères de manœuvre EC 725 Caracal (45 millions d'euros pièce) ou de quatre avions de transport tactique C130 (environ 70 millions d'euros pièce). Ces équipements manquent aujourd'hui aux armées, notamment aux évacuations sanitaires.

2 - Tous les hôpitaux militaires connaissent une situation financière dégradée

Aucun des neuf hôpitaux militaires n'échappe au constat d'une situation financière dégradée, malgré des différences notables entre les établissements. La réconciliation des comptes individuels de chacun des hôpitaux d'instruction des armées avec les comptes consolidés n'étant pas possible, en raison d'une fraction de masse salariale dont la ventilation ne peut être détaillée, on ne peut donner qu'une estimation, en pourcentage des produits, du déficit de chaque hôpital militaire⁶⁰. Cette estimation est un minimum.

Entre les neuf hôpitaux militaires, le déficit varie entre 38,8 % des produits à l'hôpital Percy de Clamart et 64,1 % des produits à l'hôpital Legouest à Metz, soit un écart de déficit en pourcentage des produits qui atteint jusqu'à 25 points entre l'établissement le moins déficitaire et le plus déficitaire. La réalisation de chantiers de réhabilitation et de reconstruction – tout juste achevés pour l'hôpital Sainte Anne à Toulon, en cours pour l'hôpital Begin à Saint Mandé – peut avoir freiné l'activité de ces hôpitaux. Mais l'ampleur du déficit de l'hôpital Begin ne laisse pas d'inquiéter compte tenu de sa localisation géographique, dans l'est résidentiel parisien, et de son activité en obstétrique, la seule du service

60) L'écart de déficit entre l'addition des comptes individuels et les comptes consolidés est de près de 30 millions d'euros, avec un écart de 5,3 % de déficit en fonction des produits. Cet écart est dû exclusivement à une difficulté de ventilation de la masse salariale.

de santé, qui fait l'objet d'une valorisation incitative dans les hôpitaux publics.

Les hôpitaux qui enregistrent la situation la moins dégradée, l'hôpital Percy de Clamart ou le Val de Grâce, ont su développer des pôles d'excellence reconnus par le service public de santé ou bénéficient d'une forte notoriété.

Estimation du déficit de chaque hôpital militaire

(en pourcentage des produits)

R. Picqué – Bordeaux	49,0 %
Clermont-Tonnerre – Brest	47,6 %
Percy- Clamart	38,8 %
Desgenettes – Lyon	52,1 %
Laveran – Marseille	44,4 %
Legouest -Metz	64,1 %
Val de Grâce – Paris	41,7 %
Begin –Saint Mandé	50,1 %
Sainte Anne –Toulon	51,4 %

*Source : comptes de gestion du service de santé des armées/
Cour des comptes*

Le constat d'un déséquilibre généralisé des comptes des hôpitaux d'instruction des armées témoigne des limites d'une stratégie fondée sur neuf sites généralistes de taille moyenne, afin de répartir les équipes chirurgicales sur tout le territoire et leur garantir une activité suffisante dans leur bassin de soins.

B - Les risques liés au passage à la tarification à l'activité

1 - Un éventuel surcoût pour le ministère de la défense

Depuis le 1^{er} janvier 2009, le financement des hôpitaux militaires par l'assurance maladie ne se fait plus par une dotation globale. Il a été aligné sur le régime des hôpitaux civils, en fonction de l'activité, en appliquant la tarification T2A. L'ensemble des négociations relatives au financement des hôpitaux militaires par l'assurance maladie relève désormais de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, du fait que la direction centrale du service de santé est installée à Vincennes et estime que ses neuf établissements constituent un seul hôpital alors qu'un tiers des établissements du service de santé est situé dans cette région.

Pour favoriser la transition des hôpitaux d'instruction des armées vers ce nouveau mode de financement, le service de santé des armées bénéficie d'un coefficient de transition. Ce coefficient, de 1,090 en 2009, permet de bénéficier de versements de l'assurance maladie supérieurs à ceux que produirait l'activité réelle des établissements. Le coefficient devrait diminuer progressivement pour s'éteindre au 1er mars 2015, et non en 2012 comme c'est le cas pour les hôpitaux civils.

Si ce coefficient correcteur n'avait pas été appliqué au titre de l'exercice 2009, le déficit d'exploitation des hôpitaux militaires aurait été majoré de 26,5 millions d'euros, soit de 9,5 %.

Si, à l'horizon 2015, la disparition du coefficient de transition n'était pas compensée par un surcroît d'activité des hôpitaux militaires, celle-ci conduirait à un surcroît de dotation budgétaire du ministère de la défense.

2 - La sanction d'une insertion insuffisante dans le dispositif civil d'organisation des soins

Dans le cadre de la tarification à l'activité, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France attribue des concours financiers au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et au titre des missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation (MERRI) dont la proportion croît pour les hôpitaux militaires comme pour les hôpitaux civils.

Le niveau limité – du point de vue du service de santé des armées – des dotations reçues de l'assurance maladie constitue la sanction d'une stratégie hospitalière participant trop peu à la politique publique de santé.

Cette situation doit conduire le service de santé, désormais dépendant de ce type de financement, à engager une coopération plus approfondie avec les autorités sanitaires.

L'article R. 174-34 du code de la sécurité sociale prévoit que l'agence régionale de santé d'Ile de France prépare avec le service de santé un projet de protocole pluriannuel relatif aux objectifs et moyens (PPOM) des hôpitaux des armées.

II - Les causes principales du déficit

Le niveau considérable du déficit d'exploitation des hôpitaux d'instruction des armées ne peut être imputé à une cause unique. Le différentiel de cotisations de pension sur les rémunérations entre les hôpitaux civils et les hôpitaux militaires doit être pris en compte, mais son effet doit être nuancé car la masse salariale des hôpitaux d'instruction des armées n'apparaît pas disproportionnée par rapport aux établissements publics comparables. La raison principale du déficit des hôpitaux d'instruction des armées tient à une structure de personnel déséquilibrée au détriment du personnel soignant, à une productivité médicale trop limitée et aux trop faibles efforts réalisés pour concilier les contraintes militaires avec une activité médicale civile.

A - Un niveau de charges comparable aux établissements civils

Les rémunérations versées par les hôpitaux militaires supportent un taux de cotisation de pension très supérieur à celui des hôpitaux civils. Le taux de cotisation de pension supporté au titre de l'emploi militaire résulte du régime de retraite du personnel de défense qui prévoit une durée de service plus limitée que dans le cadre d'un régime civil.

En retenant un taux moyen pondéré de charges sociales de 36 % dans les établissements publics de santé, et de 67 % au sein des hôpitaux d'instruction des armées, le service de santé des armées considère que ses charges sont majorées de l'ordre de 90 millions d'euros.

L'écart lié aux charges de pensions est indéniable, mais sa portée doit être relativisée pour deux raisons :

- les hôpitaux militaires bénéficient dans leurs charges de l'absence de paiement de la taxe sur les salaires auxquels sont assujettis les établissements publics de santé, ainsi que de l'absence de charges financières pour l'acquisition d'équipements ou la réalisation

d'infrastructures, du fait qu'ils sont partie intégrante du budget du ministère de la défense⁶¹ ;

- surtout, la part de la masse salariale dans les charges des hôpitaux des armées est du même ordre de grandeur que celle des hôpitaux civils. Les charges de personnel représentaient, en 2009, 65 % des charges des neuf hôpitaux d'instruction des armées, contre 68 % pour les centres hospitaliers de taille moyenne. La structure de charges n'est pas atypique par rapport aux hôpitaux civils. La masse salariale des hôpitaux d'instruction des armées apparaît contenue par une politique en termes de rémunérations ou d'effectifs globaux plus stricte que celle des hôpitaux civils.

B - Une proportion trop élevée de personnel non soignant

Si le nombre total des emplois n'apparaît pas atypique par rapport aux hôpitaux civils comparables, la comparaison de la structure des emplois (hors médecins) des hôpitaux militaires avec celle des centres hospitaliers publics fait apparaître une structure d'emploi déformée d'un point de vue médical.

Répartition des emplois (hors médecins) des hôpitaux militaires comparés aux hôpitaux publics civils (2008)

	(en%)			
	Soignants	Direction	Administratifs	Autres ⁶²
Total des hôpitaux militaires	57 %	2 %	19 %	22 %
Centres hospitaliers publics	71 %	1 %	11 %	17 %

Source : service de santé des armées/statistique annuelle des établissements de santé

61) Ces charges financières sont intégrées au sein de la charge de la dette du budget général.

62) Personnels éducatifs et sociaux, personnels médicaux-techniques et personnels techniques et ouvriers.

Les hôpitaux militaires présentent une proportion presque double de personnel administratif par rapport à la moyenne civile : la proportion est de 19 % dans les hôpitaux militaires contre 11 % dans les hôpitaux publics civils. Les hôpitaux d'instruction des armées connaissent également une présence plus importante de personnel technique et ouvrier. A l'inverse, les soignants qui représentent 71 % du personnel des hôpitaux publics civils, ne représentent que 57 % de celui des hôpitaux militaires, soit 14 points de moins.

En valeur absolue, le sureffectif de certaines catégories de personnel administratif ou technique conduit à une trop faible présence de personnel soignant. Ce déficit, concernant le personnel paramédical, infirmier et aide-soignant structurant pour le fonctionnement des services, a une traduction sur l'activité de soins des hôpitaux militaires. Un rééquilibrage de la structure des emplois apparaît nécessaire.

C - Une productivité médicale insuffisante

La comparaison de la productivité médicale, calculée selon les référentiels civils⁶³, avec les établissements comparables, les centres hospitaliers, classe les hôpitaux militaires parmi les centres hospitaliers publics les moins productifs. La recette moyenne d'activité de soins⁶⁴ par médecin représentait 665 000 euros dans les hôpitaux militaires et se situait dans la fourchette des 20 % d'établissements les moins productifs (725 000 euros).

Afin de tenir compte des absences liées au départ en opérations extérieures de certains médecins, la Cour a recalculé cet indicateur hors médecins partis en opérations extérieures, en équivalent temps plein. Ce calcul améliore l'indicateur, mais ne modifie pas le jugement porté sur la performance relative des hôpitaux d'instruction des armées.

Ces chiffres montrent que les hôpitaux militaires sont confrontés à une difficulté liée à leur activité médicale, qu'il s'agisse de sous-activité ou, dans une moindre mesure, de valorisation de leur activité, liée par exemple à un codage des actes encore perfectible. Jusqu'à un certain point, l'absence de l'obstétrique, hormis à l'hôpital Begin de Saint Mandé, correctement rémunérée à la T2A, peut jouer en défaveur de la productivité médicale des hôpitaux militaires.

63) Cet indicateur résulte de la circulaire du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

64) Qui prend en compte les soins « à charge », réalisés pour le compte des soldats dans le cadre d'accidents de service par exemple.

Dans tous les cas, leur réticence à s'intégrer pleinement dans le dispositif civil d'organisation des soins conduit à une notoriété limitée auprès de la médecine de ville et de la patientèle civile, à une insertion trop faible dans les réseaux d'urgence et de soins qui ont leur contrepartie en termes de productivité médicale.

La productivité médicale des hôpitaux militaires en comparaison avec les hôpitaux civils (2009)

(recettes rapportées aux effectifs médicaux, en euros)

	Recettes par ETP	Recettes par ETP hors ceux partis en OPEX
R. Picqué – Bordeaux	638.996 €	680.087 €
Clermont-Tonnerre – Brest	619.039 €	647.410 €
Percy- Clamart	715.064 €	750.887 €
Desgenettes – Lyon	673.849 €	713.083 €
Laveran – Marseille	610.001 €	637.500 €
Legouest -Metz	596.664 €	628.620 €
Val de Grâce – Paris	728.796 €	764.623 €
Begin –Saint Mandé	589.924 €	618.210 €
Sainte Anne –Toulon	741.317 €	781.457 €
Moyenne des hôpitaux militaires	665.100 €	699.527 €
Les 10 % de centres hospitaliers publics civils les moins productifs⁶⁵	614.000 €	
Les 20 % de centres hospitaliers publics civils les moins productifs	725.000 €	

Source : service de santé des armées/calculs Cour des comptes

65) En 2005, les ratios des centres hospitaliers étaient de 432.996 euros pour les 3 % les plus faibles, de 534.717 euros pour les 10 % les moins performants et de 631.695 euros pour les 20 % les moins performants. Il convient d'actualiser ces ratios afin de disposer d'un terme de comparaison approprié avec les recettes prévues en 2009. Actualisée en fonction de l'évolution des dépenses d'assurance maladie constatée en 2006, 2007, 2008 et 2009, la recette des 10 % de centres hospitaliers les moins performants passe de 534.717 euros en base 2005 à 614.000 euros en base 2009 et celle des 20 % de centres hospitaliers.

La productivité médicale varie de manière sensible selon les hôpitaux militaires. L'hôpital Begin de Saint Mandé, l'hôpital Legouest de Metz et l'hôpital Laveran de Marseille sont classés parmi les 10 % de centres hospitaliers les moins productifs. La situation apparaît plus favorable pour le Val de Grâce et l'hôpital Sainte Anne de Toulon, classés dans les 20 % de centres hospitaliers les moins productifs. Dans le cas de l'hôpital Sainte Anne, son positionnement sur certaines spécialités médicales, qui lui octroie des parts de marché significatives dans son bassin de soins, permet d'expliquer une productivité médicale plus satisfaisante que celle de ses homologues.

D - Une prise en compte perfectible des contraintes militaires

Afin de limiter l'impact du départ du personnel en opérations extérieures sur le fonctionnement des hôpitaux, une planification a été établie. Une directive annuelle, publiée en novembre de l'année n-1, recense les ressources nécessaires, spécialité par spécialité. Le personnel concerné sait dès lors si et quand il partira en OPEX l'année suivante ou s'il sera intégré dans une « veille opérationnelle » susceptible d'être activée à tout moment. Ce dispositif a fait la preuve de son efficacité opérationnelle depuis 2002.

Sur le plan de l'organisation des soins, toutes les conséquences n'ont pas été tirées de cette planification pour éviter que le départ en opérations extérieures n'ait trop d'impact sur l'activité de soins.

Pour les services dans lesquels la continuité des soins (oncologie par exemple) ou l'accès aux soins (urgences) sont une nécessité, la charge de travail est systématiquement reportée sur le personnel restant.

Dans les services de chirurgie, les plus concernés par les départs en OPEX, l'activité est principalement programmée, c'est-à-dire sur rendez-vous. Ces services s'adaptent à ces départs par une baisse importante de leur activité, en amont et en aval de la seule période d'absence du chirurgien. Il serait possible d'atténuer l'impact de ces départs en opérations extérieures en améliorant la programmation des rendez-vous postopératoires et en assurant le relais de l'activité chirurgicale par le recours aux réservistes.

Si les départs en OPEX, et les absences des chirurgiens qui en résultent, affectent indéniablement les relations entretenues avec la médecine de ville et avec les patients, le service de santé des armées n'a pas encore tout mis en œuvre pour en limiter les effets.

III - Une solution à construire avec le monde civil

L'ampleur du déficit des hôpitaux militaires, liée à une productivité médicale limitée et à un volume de soins en décalage avec les référentiels civils, exige d'aller au-delà de ces améliorations managériales : le dispositif hospitalier actuel ne garantit ni une activité médicale de haut niveau suffisante, ni l'équilibre financier.

Dans le cadre du dispositif actuel, le service de santé doit mettre en œuvre une nouvelle trajectoire financière afin de garantir le retour à l'équilibre des hôpitaux militaires dans les meilleurs délais.

Afin d'y parvenir et de réduire les coûts de la fonction hospitalière militaire pour le ministère de la défense, un adossement aux autorités civiles de santé apparaît nécessaire.

A - La reprise des bonnes pratiques de la gestion hospitalière

La nécessité de disposer d'un outil hospitalier complètement mobilisable en cas de conflit a conduit le service de santé des armées à limiter fortement l'autonomie de ses hôpitaux militaires. En conséquence, y compris pour leur activité de gestion et de développement des soins, les responsables des hôpitaux d'instruction des armées disposent de leviers d'action limités. Les décisions sont prises au sein de la direction centrale du service de santé des armées.

Le redressement des comptes passe pourtant par une adaptation de l'organisation de ces établissements aujourd'hui exclusivement conçue pour faire face à un contrat opérationnel. L'absence de personnalité morale des hôpitaux militaires, afin de préserver une chaîne de commandement efficace et intégrée en cas de conflit, n'empêche pas une déconcentration des décisions de gestion hospitalière compatible avec le maintien d'un outil opérationnel pour le besoin des forces. Les chefs d'établissement doivent disposer de marges de manœuvre pour mieux insérer leur hôpital dans le dispositif de soins.

Les chefs d'établissement sont en outre des médecins, trop peu formés à la gestion hospitalière, à la différence des directeurs des hôpitaux civils, qui relèvent du corps particulier de la fonction publique hospitalière des directeurs d'hôpital.

Ces chefs d'établissement n'ont pas toujours reçu de formation particulière avant de prendre des responsabilités de gestion d'un hôpital. Ils n'ont pas systématiquement de qualification spécifique liée à

l'exercice de leurs fonctions de direction. La participation à un cursus de formation à l'école des hautes études en santé publique, qui concerne aujourd'hui un médecin chef et un gestionnaire par an, doit être généralisée à l'ensemble des responsables des hôpitaux militaires.

Enfin, l'absence d'outils pour le pilotage de la fonction financière, et de comptabilité analytique satisfaisante, prive les responsables des hôpitaux militaires de tableaux de bord pour mettre au regard de la ventilation de l'activité hospitalière les charges afférentes. L'absence de tels outils de gestion peut conduire à des décisions contreproductives en termes d'équilibre d'exploitation.

B - L'hypothèse du regroupement des structures

Le regroupement des structures hospitalières militaires pourrait être étudié.

A contrat opérationnel inchangé, une réduction du nombre des hôpitaux militaires métropolitains impliquerait que les chirurgiens prévus par le contrat opérationnel soient répartis sur un nombre d'établissements plus réduit. Or, selon le service de santé des armées, il est difficile de disposer au sein d'un hôpital militaire de plus de cinq ou six chirurgiens de chaque spécialité, au risque d'accroître la sous-activité, faute de patientèle suffisante ou de créneaux opératoires. Dans ces conditions, le nombre d'équipes chirurgicales serait réduit. Il serait nécessaire en parallèle de développer le recours à la réserve pour remplir le contrat opérationnel et, pour alimenter cette réserve, de créer l'obligation d'y servir pour les médecins militaires quittant les armées.

Le service de santé indique également que, compte tenu de l'exigence de disponibilité opérationnelle des praticiens militaires et la nécessité d'un apport médical marginal sur un bassin de soins donné, permettant un retrait rapide du dispositif civil en cas de conflit, il est difficile d'augmenter la taille des hôpitaux des armées au-delà de 350 lits. Cette objection est pertinente si l'objectif du service de santé des armées est de continuer à disposer de 2 700 lits, mais on peut observer que le service de santé allemand, qui doit pouvoir soutenir en opérations extérieures des forces équivalentes, ne dispose plus que d'environ 1 800 lits.

L'impact financier de la fermeture d'un ou plusieurs établissements serait mécanique même si, à court terme, la période d'ajustement limiterait les gains puisque une partie du personnel devrait être redéployée vers d'autres établissements.

C - L'adossement au système civil de santé

La stratégie hospitalière du service de santé doit s'inscrire dans la perspective de l'acquisition par les praticiens militaires des compétences toujours plus pointues nécessaires à l'exercice de leur mission.

La plus grande part des médecins militaires a, en effet, vocation à servir en opérations extérieures où les besoins sont doubles :

- ils correspondent, d'une part, à des soins non spécifiques de médecine interne ou de médecine générale pour lesquelles les services des urgences peuvent constituer un réservoir de compétences essentiel. D'autres soins en opérations extérieures apparaissent nécessaires, comme les soins dentaires – une évacuation sanitaire pour des maux dentaires représente un coût élevé au regard du soin à pratiquer– ou certains soins en relation avec des opérations humanitaires ou civilo-militaires.
- ils sont liés, d'autre part, aux blessures des soldats, et correspondent dans ce cas au cœur des spécialités médicales du service de santé : la chirurgie, en particulier de type orthopédique et viscérale.

Pour répondre à ces besoins, le service de santé doit s'adosser au dispositif civil de soins.

Les urgences, qui concilient à la fois une approche de soins à la population civile et de préparation aux opérations extérieures, devraient s'intégrer plus fortement dans le système civil d'organisation et de régulation des urgences.

Par ailleurs, le recentrage de l'activité médicale, conforme au contrat opérationnel, doit être recherché avec l'appui des autorités sanitaires civiles.

La stratégie médicale doit ainsi être arrêtée conjointement avec les agences régionales de santé. Celles-ci devraient, en outre, se voir confier une mission de mutualisation des infrastructures et des équipements des hôpitaux des armées avec les établissements civils.

Les gains d'une telle évolution sont difficilement chiffrables mais la combinaison de l'ensemble de ces éléments devrait permettre au service de santé des armées d'optimiser les capacités hospitalières existantes, en s'intégrant nécessairement dans les schémas régionaux d'organisation des soins, de dégager des économies et de définir une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes des hôpitaux des armées.

CONCLUSION

Le déficit d'exploitation des hôpitaux d'instruction des armées atteint plus de 280 millions d'euros en 2009, représentant 53 % des produits de leur activité, soit un niveau hors normes par rapport à des hôpitaux civils comparables, qui en fait le premier déficit hospitalier de France. 81 % de la dotation budgétaire du ministère de la défense à ces hôpitaux militaires finance leur déficit d'exploitation.

Le service de santé des armées doit être en mesure, sous l'autorité de l'état-major des armées et avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé, de définir un modèle d'exploitation plus efficient. Les besoins du ministère de la défense, notamment en ce qui concerne le transport et l'évacuation des blessés, sont suffisamment importants pour qu'il hiérarchise mieux ses priorités budgétaires en faveur des dépenses les plus utiles à la santé des soldats.

La réduction du déficit d'exploitation des hôpitaux militaires constitue donc une priorité. Dans un contexte de restructuration générale du système hospitalier, il apparaît peu concevable que les hôpitaux des armées restent à l'écart des efforts de rationalisation.

Les comparaisons avec les hôpitaux civils de taille voisine montrent que, au-delà d'un surcoût constaté en ce qui concerne les cotisations de pension, les hôpitaux militaires connaissent une sous-productivité médicale qui constitue la principale cause de leur déficit. Cette sous-productivité est le résultat d'une insertion trop limitée dans le dispositif dans l'organisation civile des soins. Cette insertion trop limitée ne permet pas, par ailleurs, de maintenir les praticiens militaires à un haut degré de compétence par un volume d'activité suffisant.

Pour améliorer la gestion hospitalière, celle-ci doit être déconcentrée pour donner à des chefs d'établissement réellement formés à l'économie de la santé, dotés d'outils de pilotage financier, des marges de manœuvre pour diriger leur hôpital et mieux l'insérer, localement, dans le dispositif public de soins.

Parallèlement à ces voies d'amélioration de la gestion, le ministère de la Défense doit envisager une nouvelle approche de la médecine hospitalière militaire et viser un adossement global au système civil de santé.

Conclusion générale

Pour assurer sa mission, le service de santé des armées doit avoir, à la fois, des médecins généralistes au plus près du combat et des médecins hospitaliers pour pratiquer des soins complexes, notamment en chirurgie, et prendre en charge les blessés dans la durée.

Les armées occidentales doivent, dans le contexte qui a succédé à la fin de la guerre froide, faire face à une multiplicité des engagements et à une montée de leur dangerosité. Aussi, le service de santé doit-il témoigner, au quotidien, de sa pleine efficacité opérationnelle.

L'exercice de la médecine militaire est indissociable des évolutions constatées dans le domaine de la santé civile. Les exigences des patients militaires comme celles des patients civils se sont accrues et les soldats attendent de recevoir les mêmes soins que ceux dont ils pourraient bénéficier dans les structures civiles. Simultanément, le mode d'exercice de la médecine est marqué par une technicité toujours plus grande et une spécialisation accrue. Enfin, l'économie de la santé a évolué vers une plus grande rationalisation des structures et des modes de gestion, garante d'une meilleure qualité des soins et d'une meilleure allocation des ressources.

Face à ces évolutions, les armées des principaux pays européens ont, en matière de santé, fait des choix d'organisation différents.

L'Allemagne, le Royaume-Uni, et la France rémunèrent la formation initiale des futurs médecins des armées qui suivent tous un cursus médical dans les universités civiles. La France est, toutefois, la seule à être dotée d'une école de formation des praticiens destinée à les préparer à leur métier de médecins militaires.

Si les armées de ces trois pays disposent d'une organisation similaire pour les médecins généralistes nécessaires au soutien des troupes en opérations, leurs stratégies ont, en revanche, profondément divergé en matière de médecine hospitalière.

La Bundeswehr, qui reste, partiellement, une armée de conscription et dont les militaires doivent obligatoirement se faire soigner dans les structures du service de santé, possède en propre quatre hôpitaux et partage un cinquième avec le secteur civil.

L'armée britannique, considérant que le volume et le profil d'activité de ses établissements hospitaliers ne permettaient plus de maintenir un niveau de compétences des praticiens militaires conforme à ses besoins opérationnels et que ces structures pesaient sur le budget du ministère de la défense a choisi de placer ses médecins au sein des unités des hôpitaux civils les plus à même de les préparer à leurs missions opérationnelles.

En France, le ministère de la défense a choisi de conserver ses neuf hôpitaux d'instruction des armées, représentant environ 2 700 lits, de les inscrire dans la politique publique de santé, consacrée par la loi et de les ouvrir à la patientèle civile. Ce faisant, le service de santé a retenu une stratégie, fondée sur l'accomplissement d'une double mission, militaire et civile.

L'organisation du service de santé des armées a permis de répondre aux besoins opérationnels des armées dans le cadre des engagements actuels. Sur le territoire national, l'activité des médecins d'unité est, en revanche, insuffisamment adaptée à la préparation de leurs missions opérationnelles : le volume des soins qu'ils prodiguent est limité et leur participation à la médecine d'urgence hospitalière est trop faible.

La mission de santé civile, qui doit garantir aux médecins hospitaliers un niveau et une qualité d'activité répondant aux besoins opérationnels, n'aboutit pas aux résultats escomptés. Insuffisamment insérés dans le dispositif d'organisation des soins, trop peu performants dans leur gestion, les hôpitaux militaires ne permettent pas d'assurer une activité suffisante aux praticiens et à leurs équipes. Le déficit d'exploitation des hôpitaux militaires, de l'ordre de 280 millions d'euros en 2009, le premier déficit hospitalier de France, est la traduction financière de ces difficultés.

Cette situation appelle une réponse ambitieuse du ministère de la défense qui doit recentrer l'organisation du service sur les besoins opérationnels de la médecine militaire et adosser la gestion de ses hôpitaux au dispositif civil de santé.

Ainsi les médecins d'unité doivent-ils consacrer une part plus importante de leur temps de travail à des activités médicales plus opérationnelles ce qui suppose de prendre une part plus active à la médecine d'urgence.

Mais c'est dans le secteur hospitalier qu'une réponse doit être apportée dans les meilleurs délais. La dotation budgétaire du ministère de la défense aux hôpitaux militaires sert, aujourd'hui, à 80 %, à combler un déficit d'exploitation produit par une stratégie reposant sur une activité exercée essentiellement au profit de la population civile. Les crédits du

ministère de la défense ne doivent pas combler durablement un tel déficit, pour une activité qui pourrait être assumée par des structures civiles plus efficientes. Ils n'ont pour objet, ni d'offrir une gamme de spécialités sans rapport direct avec les besoins des armées, ni de développer une offre concurrente sur un marché de santé déjà pourvu.

La politique d'autonomie complète par rapport aux autorités civiles, telle qu'elle a été menée depuis le début des années 2000, conduit ainsi à un bilan peu satisfaisant et doit être abandonnée. Le service de santé doit rechercher avec les autorités civiles une stratégie crédible dans le domaine des soins, une mutualisation des équipements et un appui à la professionnalisation de sa gestion. Il doit définir une trajectoire financière de retour à l'équilibre de ses comptes et son calendrier de mise en œuvre.

Si le service de santé des armées ne parvenait pas à améliorer substantiellement ses performances et à atteindre cet objectif, la question de la pérennité des structures hospitalières militaires devrait alors être posée.

Recommandations

Optimiser la formation des praticiens des armées

1. *Mieux intégrer dans la scolarité des praticiens les besoins spécifiquement militaires du soutien santé des forces ;*
2. *Réduire le coût de la formation en limitant le personnel d'encadrement des écoles du service de santé ;*
3. *S'assurer du remboursement effectif des frais dus par les élèves ou militaires qui démissionnent avant l'achèvement de leurs obligations de service.*

Améliorer le soutien santé en opérations extérieures

4. *Poursuivre l'adaptation du soutien santé aux nouvelles conditions d'emploi des forces (formation militaire, équipement, psychiatrie) ;*
5. *Accroître la coopération avec les alliés dans le cadre des engagements en coalition ;*
6. *Rendre compte des délais d'évacuation des blessés en opérations extérieures ;*
7. *Ouvrir plus largement les dispositifs du service de santé aux populations civiles locales afin de garantir une activité suffisante aux praticiens militaires et développer une démarche de coopération civilo-militaire ;*

Recentrer les médecins d'unité sur la préparation opérationnelle

8. *Recentrer l'activité des médecins d'unité sur leur métier opérationnel, afin de disposer de praticiens moins nombreux mais davantage concentrés sur la pratique de la médecine militaire et d'urgence ;*
9. *Mutualiser les médecins d'unité au sein des bases de défense afin d'accroître leur activité médicale ;*
10. *Facturer aux militaires et à leurs ayants droit les consultations et les soins pour des raisons ne relevant pas du service ;*

Adosser l'emploi des compétences hospitalières sur le dispositif civil de santé

- 11. Fixer l'objectif de retour à l'équilibre des comptes d'exploitation des hôpitaux d'instruction des armée, déterminer le calendrier pour y parvenir, et en élaborer les modalités avec le dispositif civil de santé ;*
- 12. Rechercher systématiquement une concertation avec les agences régionales de santé pour la définition des spécialités offertes par les hôpitaux militaires ;*
- 13. Organiser une mutualisation des infrastructures et des équipements avec les établissements publics de santé ;*
- 14. Déconcentrer et professionnaliser la gestion hospitalière avec l'appui local des agences régionales de santé et celui de l'école des hautes études en santé publique.*

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA DÉFENSE

Le rapport public thématique consacré aux médecins et hôpitaux des années, à la suite du contrôle du service de santé des armées (SSA), réalisé en 2008 et 2009 par la Cour des comptes, appelle de ma part les observations suivantes.

Ce rapport vient utilement compléter les réflexions conduites par le ministère qui ont déjà débouché sur des évolutions dont la Cour souligne la pertinence, mais qui doivent être poursuivies et approfondies. Les propositions de la Cour constituent une aide précieuse pour parfaire les réformes engagées.

Consciente de la nécessité de fournir aux troupes engagées un soutien santé le meilleur possible, la Cour reconnaît à juste titre à de nombreuses occasions la qualité des soins prodigués et la compétence du SSA, tout en prenant acte de la complexité de ses missions, dans un contexte opérationnel mouvant et face aux évolutions de la politique nationale de santé à laquelle le SSA participe, tant par ses HIA que par ses autres moyens (services médicaux d'unités (SMU), formation, recherche).

Elle insiste sur la nécessité de maintenir une formation d'excellence à moindre coût et de prendre en charge les névroses traumatiques de guerre en opérations extérieures. Elle relève le rôle important des SMU et souligne avec raison l'importance de la médecine d'urgence dans leur activité, tout en maintenant, pour des raisons d'efficacité tant en métropole qu'en opérations extérieures, la polyvalence de leurs actions, médecine de soins traditionnelle, urgence, aptitude et prévention. Dans cette perspective elle insiste sur la nécessité de rendre possible la prise en charge par l'assurance-maladie de l'activité de soins pour les affections non liées au service des militaires et de leurs familles.

S'agissant des HIA, la Cour souhaite qu'ils travaillent davantage au profit des militaires mais considère aussi comme une nécessité leur participation à la mission de service public hospitalier afin de maintenir la compétence des équipes et d'éviter des surcapacités hospitalières. Elle juge enfin indispensable une meilleure synergie avec les autorités sanitaires civiles.

A quelques réserves près sur le détail de la situation du SSA, je souscris largement aux propositions avancées par la Cour, dont bon nombre ont déjà été prises en compte ou sont en voie de l'être. Les décisions nécessaires ont été prises pour rationaliser le dispositif de formation, développer la formation militaire et obtenir le remboursement de la formation de ceux qui ne respecteraient pas leur

engagement de service. Le recours aux réservistes est encouragé. Le personnel des SMU proches des HIA participent aux gardes, et des expérimentations vont débuter pour faire prendre en charge par l'assurance-maladie les soins réalisés dans les SMU au profit des familles. La diminution du nombre de personnel non soignant est résolument engagée et le regroupement des services médicaux va être poursuivi. Des négociations ont été menées avec le ministère de la santé, à l'occasion desquelles les agences régionales de santé ont été sollicitées. Elles ont conduit le SSA à adapter son dispositif de soins et son programme d'équipements lourds.

Certains développements de la Cour me paraissent cependant devoir justifier un réexamen. Il en est ainsi de ceux relatifs au « déficit d'exploitation » des HIA, qui me semble devoir être considéré comme la première approche d'un coût de possession. Comme le reconnaît la Cour, le calcul de ce coût de possession est difficile car les outils budgétaires et comptables actuels du SSA n'ont pas été conçus à cet effet et s'appuient sur des conventions en matière de valorisation très éloignés des réalités économiques. Un effort considérable est en cours pour apporter des solutions à cet état de fait. Il serait cependant aujourd'hui inexact et aventureux de vouloir assimiler ces montants très imparfaits à un « déficit d'exploitation » dénué de sens dans ce contexte.

De même les comparaisons internationales doivent être utilisées avec circonspection : sans sous-estimer l'intérêt de la position retenue par le Royaume-Uni, qui a récemment choisi une intégration partielle de ses équipes hospitalières dans les structures civiles, il est encore un peu tôt pour juger de sa pertinence : cette option souffre en effet de nombreuses limites d'ailleurs soulignées dans les rapports du National audit office et de la Chambre des Communes auxquels la Cour fait d'ailleurs référence et qui viennent corroborer les constats faits par exemple en Afghanistan.

Enfin, et sans que cela affecte en rien ma détermination à garantir une utilisation optimale des crédits dont bénéficie le SSA tant par la voie budgétaire que par les remboursements au titre de l'assurance-maladie, je veux souligner l'importance que j'attache à la qualité et à la réactivité du soutien santé des forces armées qu'il assure remarquablement et qui est sa mission première. Ainsi, il convient de faire preuve d'une certaine prudence dans l'analyse de son fonctionnement qui ne saurait être uniquement économique et technique. Les conditions d'exercice de cette mission doivent également conduire à accepter le coût d'une certaine résilience et adaptabilité à un contexte opérationnel instable.

Je vous prie de bien vouloir trouver mes observations détaillées sur les recommandations de la Cour qui étayent ma réponse et apportent des compléments actualisés aux observations formulées par le rapport.

Observations sur les recommandations de la Cour des comptes

I - La ressource humaine

1.1. La répartition des effectifs

La Cour estime que le pourcentage de médecins accomplissant des tâches de direction et d'administration est élevé

Le corps des médecins des armées est statutairement le corps de direction du service de santé des années (SSA) qu'il lui incombe d'encadrer, d'organiser et de diriger dans un contexte où l'organisation des soins au sein d'une chaîne santé opérationnelle reste indissociable de l'exercice médical dans les armées.

Les médecins occupent donc des emplois de commandement, d'inspection, d'expertise, de conseil, d'encadrement et d'instruction, sans contact direct avec le malade mais pour lesquels la connaissance intime du milieu et les compétences acquises dans l'exercice clinique constituent un atout tenu pour indispensable. Le management par des médecins n'est d'ailleurs pas l'apanage du service de santé des armées et existe aussi, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

L'orientation vers ces emplois répond, d'une part, aux besoins d'encadrement du service et, d'autre part, au souhait de certains praticiens de s'investir, lorsqu'ils en ont les compétences, dans le domaine du management sans perdre totalement de vue leur métier d'origine.

Naturellement, ceux qui désirent continuer à exercer leur pratique médicale en ont la pleine capacité et l'ensemble des fonctions proposées forme un équilibre respectant aussi bien les desiderata des individus que l'intérêt du service.

Après analyse de chaque poste, les emplois d'encadrement ne nécessitant pas de culture professionnelle spécifique sont confiés à des officiers des armes ou à des fonctionnaires de catégorie A.

Au titre de l'année 2010, les médecins des armées occupent 158 emplois de management, soit un peu plus de 8% de l'ensemble des postes réalisés pour ce corps. Si, en valeur absolue, le nombre de ces postes est en diminution de 10% depuis 2005, la proportion reste quasiment identique, compte tenu de l'attrition, conforme à la diminution du plafond ministériel d'emplois autorisés, des effectifs réalisés.

Ces données sont amenées à diminuer ces prochaines années dans le cadre des restructurations en cours : regroupement des deux écoles de santé, création d'un institut unique de recherche, fusion des deux régiments médicaux.

1.2. Le rôle des réservistes

La Cour des comptes souligne que, compte-tenu de l'importance des réservistes dans le fonctionnement du service de santé et de l'investissement lourd que représente la formation initiale du personnel du service de santé, il est regrettable qu'une politique de maintien dans la réserve opérationnelle ne soit pas développée en direction des praticiens et paramédicaux d'active qui quittent le service.

Par ailleurs, elle précise qu'il est nécessaire de s'assurer que les réservistes seront effectivement disponibles en cas de crise majeure, une part importante de ces médecins et infirmiers pouvant être mobilisée dans le cadre d'autres obligations.

La politique d'ouverture de la réserve opérationnelle du SSA à ses anciens personnels d'active est déjà mise en oeuvre depuis plus de cinq années, en particulier au regard de l'évolution des conflits.

Jusqu'en 2004, le SSA n'a pas favorisé le recrutement d'anciens militaires d'active dans la réserve opérationnelle, afin de préserver un ancrage de sa réserve dans la société civile, conformément à l'esprit de la loi du 22 octobre 1999 portant organisation de la réserve militaire et du service de défense.

A partir de 2004, alors que la multiplication des opérations extérieures conduisait à accroître la participation des réservistes aux opérations, le SSA a plus largement ouvert le recrutement de sa réserve opérationnelle à ses anciens cadres d'active, afin de bénéficier de l'apport précieux de ces personnels formés et expérimentés.

C'est ainsi qu'en mai 2010, ont été adoptées d'importantes mesures de simplification de procédure avec, en particulier, l'adoption d'une disposition permettant la signature rapide d'un contrat d'engagement à servir dans la réserve opérationnelle. Au cours de ces trois dernières années, le pourcentage d'anciens cadres d'active à avoir souscrit un tel type de contrat s'est élevé à 25,3%.

Pareille évolution s'est accompagnée d'opérations de communication fortes en direction de cette population, ainsi que de mesures de valorisation, en termes de promotions et de distinctions, pour ceux d'entre eux qui servent dans la réserve de façon particulièrement satisfaisante.

Dans un contexte où la disponibilité et les effectifs des professionnels de santé civils sont en diminution, le SSA est particulièrement conscient de son intérêt à encourager à servir dans la réserve ses anciens cadres qui forment un vivier de recrutement constamment renouvelé et dont la disponibilité reste élevée, puisque beaucoup d'entre eux ne reprennent pas une activité professionnelle à plein temps.

Plus de 50% de la réserve du SSA est désormais constituée de volontaires qui n'ont pas effectué de service militaire. Ces réservistes, recrutés parmi les professionnels de santé, sont compétents dans leurs métiers respectifs, mais doivent bénéficier de formations leur permettant d'acquérir un certain nombre de compétences communes, telles que la formation militaire initiale, la médecine d'urgence, l'épidémiologie ou la médecine d'expertise, pour adapter leur pratique aux nécessités du milieu militaire.

Jusqu'à ces dernières années, des formations étaient organisées à l'échelon régional au bénéfice des réservistes. Depuis 2009, les directeurs en région conservent la responsabilité du pilotage de la formation de leurs réservistes, mais les désignent pour suivre des sessions de formation organisées par l'Ecole du Val-de-Grâce. A chaque fois que la durée des formations le permet, ces réservistes suivent les enseignements destinés aux médecins d'active.

La formation du réserviste est désormais planifiée dans le cadre d'un parcours professionnel, dont les étapes sont décrites dans une instruction en cours de finalisation. L'acquisition de ces différentes étapes de formation sera sanctionnée par l'attribution d'insignes de qualification spécifiques.

Un suivi de la disponibilité est réalisé au travers d'un questionnaire qui est adressé annuellement aux réservistes, l'analyse des réponses étant réalisée par les directions régionales du SSA.

II - La formation

2.1. Le remboursement du lien au service

2.1.1. La Cour souligne qu'en contrepartie de la rémunération de leurs études, les anciens élèves des écoles de santé ont une obligation de servir l'Etat. La durée des études médicales ayant été augmentée, la réforme du statut des praticiens a prévu un allongement raisonnable de la durée de service.

Toutefois, l'aspect dissuasif de l'obligation de rembourser les frais de scolarité en cas de démission est atténué dans la pratique. En effet, les anciens élèves qui rejoignent l'une des trois fonctions publiques bénéficient systématiquement de sursis de paiement suivis de remises gracieuses de dette au bout de dix ans. Il s'agit là d'une pratique fondée sur une généralisation injustifiée des mesures de bienveillance.

Aussi, le ministère de la défense et le comptable du trésor public doivent donc appliquer strictement les règles en vigueur. La Cour recommande donc de s'assurer du remboursement effectif des frais dus par les élèves ou militaires qui démissionnent avant l'achèvement de leurs obligations de service.

Les élèves des écoles contractent un lien au service et si ce lien est interrompu, ils sont tenus au remboursement des frais de leur scolarité. Sursis et exonérations de dette ne sont effectivement pas prévus par les textes et ne reposent que sur l'application usuelle de mesures de bienveillance.

Afin d'examiner cette question, une réunion s'est tenue le 14 juin 2010, avec la trésorerie générale des créances spéciales du Trésor et la direction des affaires financières du ministère de la défense.

Cette réunion a permis de souligner :

- d'une part, que les formations des élèves des écoles du SSA sont financièrement supportées par le budget de l'Etat et que, s'agissant de la même personne morale et du même budget général, il n'y a aucune raison de distinguer le travail exécuté dans les armées de celui exécuté dans une autre administration de l'Etat. La notion de travail au profit de l'Etat, ouvrant droit à un sursis à recouvrement ne peut donc être réduite en deçà du périmètre de ce dernier ;*

- *d'autre part, que les décisions d'attribution d'un sursis sont créatrices de droit et, à ce titre, ne peuvent légalement être retirées après le délai de recours contentieux de quatre mois. En conséquence, les décisions datant de plus de quatre mois ne peuvent pas être affectées par une redéfinition de la pratique administrative.*

Ainsi, il a été décidé d'appliquer les positions suivantes :

- *désormais, les sursis à recouvrement liés à un emploi public, ne seront accordés qu'aux anciens élèves qui acquièrent la qualité d'agent public de l'Etat ;*
- *le régime des sursis « étudiants » n'est pas modifié ;*
- *les internes continueront à être considérés comme des étudiants, pour l'application des mesures de sursis ;*
- *les pratiques antérieures sont maintenues pour les situations acquises. Autrement dit, les sursis déjà accordés aux personnes ayant rejoint l'une des trois fonctions publiques seront maintenues et pourront donner lieu à l'annulation du solde de la dette si les intéressés remplissent leur lien au service ;*
- *les étudiants parvenant à la fin de leurs études se verront appliquer la nouvelle politique définie supra.*

2.1.2. La Cour souligne que la pratique du remboursement des frais de scolarité dans le cadre d'un échéancier négocié entre le Trésor public et le débiteur sans application d'intérêts apparaît hautement contestable.

Cette observation concerne l'ensemble des écoles de l'Etat et ne relève pas du seul ministère de la défense.

2.2. La réduction des coûts

La Cour recommande de réduire le coût de formation en limitant le personnel d'encadrement des écoles du service de santé des armées.

Avant le passage de la Cour, le SSA s'était déjà engagée dans la réduction des coûts de formation, à l'occasion des premiers travaux menés dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP).

Cette réforme de la formation initiale répond à quatre objectifs majeurs :

- former les praticiens nécessaires pour remplir le contrat opérationnel ;
- maintenir une formation académique de qualité répondant aux exigences de droit commun et en l'adaptant à l'évolution des études de santé ;
- développer la formation d'officier ;
- s'inscrire dans une maîtrise renforcée du coût du dispositif.

Le premier objectif repose sur un recrutement ab initio, qui implique de disposer d'écoles de formation initiale suffisamment attractives pour maintenir un recrutement de qualité.

Ces écoles doivent posséder un encadrement adapté afin d'assurer le soutien universitaire des élèves, leur formation militaire et leur transmettre les valeurs inhérentes à leur futur métier de praticiens des armées.

Pour être remplie avec succès, cette mission doit s'appuyer sur une direction des études et de la formation disposant d'un corps professoral dans les disciplines fondamentales des études de santé qui soit en mesure de suivre la performance universitaire des élèves durant leur scolarité.

Cette démarche est aujourd'hui finalisée puisque, d'ores et déjà, à l'issue du regroupement des deux écoles, le taux d'encadrement des promotions d'élèves sera ramené à 14% contre 18% en 2009. Cependant, le dimensionnement de la direction des études et de la formation demande à être réévalué en fonction des résultats obtenus, l'enjeu principal étant d'améliorer encore le taux de réussite au concours de fin de première année des études communes de santé.

Le renforcement de la formation d'officier des élèves praticiens et les évolutions sociologiques constatées nécessitent un encadrement au plus près des élèves afin de favoriser leur adhésion aux valeurs de l'institution militaire et de les amener à devenir des praticiens des armées aptes à servir dans des conditions difficiles. Le schéma d'encadrement a donc été revu en ce sens et sera expérimenté au cours de l'exercice 2010-2011. Un retour d'expérience permettra d'évaluer son efficacité.

La maîtrise du coût du dispositif s'inscrit dans le cadre plus général de la réforme de l'administration générale et du soutien commun du ministère de la défense. Le transfert de ces missions au commandement interarmées du soutien est programmé pour le 1^{er} janvier 2011. Le service de santé des années adhère sans réserve à cette démarche de mutualisation pour ses écoles et a mis en œuvre un plan de déflation bien plus ambitieux que celui des dispositions initiales de la révision générale des politiques publiques.

Enfin, la valorisation des prestations fournies par les groupements de soutien des bases de défense fera l'objet d'un suivi particulier. Pour mémoire, la mesure de l'efficience du soutien de la formation fait partie des indicateurs du projet annuel de performance du projet de loi de finances que le service suit annuellement. Cet indicateur affiche une amélioration de quatre points entre 2009 et 2010.

2.3. Le regroupement des écoles

La Cour estime que le service de santé des armées a trop rapidement écarté l'hypothèse d'un regroupement de l'école du personnel paramédical des armées avec l'école de formation initiale des praticiens.

Le transfert de l'école du personnel paramédical des armées (EPPA) de Toulon vers les bâtiments laissés libres sur le même site par la construction du nouvel hôpital Sainte Anne, a été décidé pour les raisons suivantes :

- *il aurait imposé des travaux d'infrastructure importants portant tant sur les locaux d'hébergement que sur les locaux d'enseignement, les cours de l'EPPA, en tant qu'institut de formation en soins infirmiers, devant être organisés sur le site ;*
- *ce transfert, par l'arrivée de près de 400 élèves infirmiers, aurait aussi déséquilibré l'offre de stages en soins infirmiers entre la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dont l'EPPA est l'un des plus importants instituts de formation et la région Rhône-Alpes qui en compte déjà de nombreux, restreignant d'autant les possibilités de stages en secteur civil ;*
- *toujours en termes de terrains de stages, les deux hôpitaux des armées de Toulon et de Marseille offrent, tant sur le plan quantitatif qu'en matière de diversité des spécialités, plus de possibilités que le seul hôpital des armées de Lyon.*

Un tel déplacement aurait également compliqué le transfert vers Lyon des élèves de l'école du service de santé des années de Bordeaux, retardant ainsi la fermeture de cet établissement et l'intégration de l'ensemble des élèves reçus au concours d'entrée depuis 2009.

2.4. L'enseignement militaire

La Cour invite à une meilleure intégration dans la scolarité des praticiens des besoins spécifiquement militaires du soutien santé des forces.

La formation militaire dispensée aux élèves admis dans les écoles de formation initiale a fait l'objet d'un plan d'action intégré dans le projet de refondation de la formation initiale.

Ce plan d'action comprend une remise à plat du dispositif de formation d'officier. Un rapprochement a été réalisé avec les autres grandes écoles d'officiers de carrière afin de capitaliser leur expérience et de donner ainsi aux futurs praticiens des années une formation militaire sinon identique, du moins comparable à celle dispensée dans ces écoles.

Une maquette rénovée a été établie tenant compte des spécificités de la formation médicale qui, pour sa partie académique, est totalement déléguée à l'université ce qui impose des contraintes aux élèves tant en termes de charge de travail que de calendrier.

La formation de l'officier et du combattant est ainsi répartie sur les trois premières années de la scolarité à l'école de santé et a pour objet de donner aux futurs praticiens des armées les connaissances et le savoir-faire sur lesquels ils pourront s'appuyer tout au long de leur carrière.

Reposant pour partie sur des périodes bloquées, organisées essentiellement durant les congés hospitalo-universitaires, elle s'appuie par ailleurs sur un renforcement de l'encadrement militaire de contact, qui sera réalisé dès la rentrée universitaire 2010.

Enfin, la refondation de la formation initiale ne s'est pas limitée à un regroupement des écoles mais a été l'occasion de procéder à une réorganisation de l'Ecole du Val-de-Grâce avec la montée en puissance de sa division de préparation opérationnelle.

III - Les opérations extérieures

3.1. Les délais d'évacuation

La Cour regrette que le service de santé des armées ne dispose pas d'indicateurs pour rendre compte des délais d'évacuation des blessés en opérations extérieures et lui recommande la mise en œuvre d'un tel suivi.

Pour le concept français de médicalisation de l'avant qui privilégie la qualité de l'action médicale au plus près de la blessure, le délai d'évacuation des blessés n'est pas l'indicateur le plus pertinent de la performance des activités de soutien des forces.

Toutefois, compte tenu du caractère multinational des opérations et de la nécessité de se conformer aux standards de l'OTAN, le suivi formel des délais d'évacuation des blessés s'intégrera naturellement dans le registre des actes techniques en opérations (REACTO), dont le développement sera achevé au deuxième semestre 2011.

La première phase de ce déploiement expérimental est déjà entreprise et le SSA dispose dès à présent des premiers éléments concernant les délais d'évacuation pour le théâtre afghan. Leur analyse fait apparaître que le délai moyen de prise en charge médicale par un médecin ou un infirmier est d'une vingtaine de minutes, ce délai pouvant être doublé en cas d'intensité particulière des combats. Ces délais sont bien inférieurs aux timelines de l'OTAN (1 heure).

L'évacuation tactique vers le rôle 3 est réalisée en deux heures et demie. Ce délai tient compte en particulier des impératifs sécuritaires de la zone de poser. On peut estimer à 15% le nombre d'évacuations médicales de l'avant qui ne sont pas réalisées dans des délais estimés optimum, pour des raisons opérationnelles (conditions météorologiques, absence de visibilité, zone de poser non sécurisée, etc.).

Pour ce qui concerne l'évacuation stratégique d'un combattant vers le territoire national, le délai moyen est de 24 heures entre la survenue de la blessure et l'atterrissement de l'avion à la base aérienne de Villacoublay.

Enfin, pour ce qui concerne les évacuations sanitaires stratégiques multiples dans le cadre de la mise en œuvre du module de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation (MORPHEE), celles-ci se sont toujours déroulées dans des délais bien inférieurs à ceux prévus dans leur concept d'emploi.

Par ailleurs, ces délais sont aussi bien inférieurs à ceux rencontrés par le service de santé allemand dans le cas d'une utilisation similaire d'un tel module.

Ainsi, force est de constater que la pratique observée dans la chaîne de prise en charge des blessés français respecte largement les standards des délais prescrits par l'OTAN

3.2. La faiblesse des effectifs mobilisés

La Cour souligne qu'une très faible part des effectifs est mobilisée en opérations extérieures : d'une part la participation globale est limitée et d'autre part le personnel hospitalier est peu sollicité.

Le format du SSA est calculé pour répondre au contrat opérationnel que lui fixent les années, soit, pour l'engagement le plus important retenu à ce jour, le soutien de 30 000 hommes sur un premier théâtre auquel doit s'ajouter la capacité de soutenir, d'une part, 5 000 hommes sur un deuxième théâtre et, d'autre part, 10 000 hommes sur le territoire national.

Dans la mesure où un tel volume de forces n'est pas actuellement engagé, il est absolument normal que les possibilités maximales du SSA ne soit pas atteintes.

Pour le soutien des 12 000 militaires présents en opérations extérieures, le service déploie annuellement une moyenne de 1 000 personnes soit 13% des effectifs qu'il peut mettre en œuvre, élèves et internes exclus. Si l'on y ajoute le nombre de personnes du service déployé au sein des forces de souveraineté et pré positionnées, en mission de courte ou de longue durée, ce taux passe à près de 15%.

L'effort que représente le seul engagement en opérations extérieures pour le service en 2009, année pourtant modeste sur ce plan, est le suivant :

- *14% des médecins des armées, toutes spécialités confondues, ont été projetés en opérations extérieures. Certaines spécialités étant particulièrement sollicitées, ainsi les anesthésistes-réanimateurs à hauteur de 31 % et les chirurgiens généralistes (orthopédistes et viscéralistes) à hauteur de 48 % ;*
- *13% des personnels paramédicaux tous corps confondus, ont été projetés en opérations extérieures. Certains corps sont particulièrement sollicités, ainsi les infirmiers de bloc opératoire à hauteur de 19% et les infirmiers anesthésistes à hauteur de 21%.*

3.3. *Le suivi des troubles psychiques*

La Cour recommande de poursuivre l'adaptation du soutien santé aux nouvelles conditions d'emploi des forces et regrette que le service de santé des armées ne s'implique pas suffisamment dans la détection et le suivi des troubles psychiques des militaires ayant participé à des opérations, ce que traduit le développement de pratiques et de services psychologiques propres à chaque armée.

Au cours des deux dernières décennies et à la suite d'opérations extérieures de durée limitée mais d'engagements intenses, le SSA a mis en place des procédures de prise en charge précoce des troubles psychiques post-traumatiques qui ont permis d'en limiter l'ampleur et la durée. Ces procédures reposent sur un dépistage avant projection, un suivi pendant le déploiement et un dépistage au retour, que l'évolution du contexte opérationnel, en particulier sur le théâtre afghan, a conduit à adapter.

Lors d'une conférence de consensus organisée par la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), les troubles psychiques post-traumatiques ont été retenus comme une priorité en matière de prévention. Cette décision a donné lieu à la rédaction d'un plan d'actions spécifiques à la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques dans les armées dans une approche visant à la cohérence d'ensemble des actions préventives, informatives, diagnostiques, thérapeutiques, sociales et de commandement au sein du ministère de la défense.

Ce plan d'actions vise à mieux :

- *dépister les troubles psychiques post-traumatiques pour une prise en charge adaptée ;*
- *prendre en charge les troubles psychiques post-traumatiques aigus pour prévenir un passage à la chronicité et les troubles psychiques post-traumatiques chroniques pour atténuer leur retentissement sur la vie familiale, sociale et professionnelle ;*
- *accompagner le militaire dans son projet de vie au décours d'une situation de stress opérationnel ;*
- *recenser les troubles psychiques pour évaluer leur impact sur la capacité opérationnelle.*

Il continue de donner un rôle central au médecin d'unité, affirme la doctrine de psychiatrie militaire, assure la traçabilité des troubles psychiques chez les patients, accompagne les choix stratégiques proposés par les armées et la gendarmerie nationale, renforce le

partenariat avec les institutions et organismes du ministère de la défense impliqués dans la prévention et fait progresser la recherche biomédicale.

Les orientations générales de ce plan d'actions doivent faire faire l'objet d'une validation par le ministre de la défense avant la fin de l'année 2010.

3.4. La coopération interalliée

La Cour recommande d'accroître la coopération avec les alliés dans le cadre des engagements en coalition.

Le ministère de la défense ne partage pas l'analyse de la Cour sur le niveau de coopération de la France avec ses alliés. Le SSA français est l'un de ceux qui promeut le plus ce type de coopération, étant l'un des seuls au monde à être en mesure de déployer une chaîne médicale complète.

La mutualisation du soutien médical des opérations avec les alliés est limitée par deux contraintes : l'insuffisance des services de santé alliés dans le domaine du soutien médical et la très grande différence de standard de prise en charge médicale.

Ce déficit capacitaire a fait l'objet de thèmes d'étude lors des comités des chefs du service de santé de l'OTAN, couramment appelés COMEDS⁶⁶, et en particulier en décembre 2009 à Bruxelles où le directeur central du service de santé français a été chargé d'en assurer la coordination.

L'insuffisance des capacités de soutien médical des nations est soulignée régulièrement par l'OTAN à travers son processus triennal de Defense requirement review.

Le général Abrial, commandement suprême allié transformation (SACT) à l'OTAN, l'a d'ailleurs souligné récemment lors de son audition par la Commission de la défense nationale et des forces armées de l'Assemblée nationale, le 26 mai 2010. Les quelques exemples suivants illustrent ce point particulier :

- à la fin de l'année 2009, le Royaume-Uni n'a pas pu assurer la relève de ses personnels de l'hôpital de niveau 3 de Camp Bastion dans le sud de l'Afghanistan et a laissé tous les secteurs cliniques aux danois durant 3 mois ;

66) Acronyme de Committees of the chiefs of military medical service in NATO.

- l'Allemagne qui est engagée à hauteur de neuf équipes chirurgicales (Kosovo, Afghanistan et opération Atalante au large de la Somalie) cesse sa coopération (une équipe chirurgicale) à l'hôpital médico-chirurgical (HMC) de Kaia en novembre 2010 car elle n'est plus en mesure d'assurer les relèves ;
- la République tchèque qui pourrait les remplacer à l'HMC Kaia avait envisagé initialement de s'investir à hauteur de quarante personnes de spécialité médicale dans cet hôpital. La réalité sera de dix personnes, c'est à dire une équipe chirurgicale ;
- l'Espagne qui détient un hôpital de niveau 3 à Herat dans l'ouest de l'Afghanistan a délégué la prise en charge chirurgicale des patients à deux équipes bulgares dont les standards de prise en charge sont assez éloignés des standards français.

Seules quelques grandes nations conservent une capacité significative, les autres offrant seulement quelques personnels épars. C'est le cas de la Hongrie qui coopère au sein de l'HMC de Kaia avec seulement 3 personnes. Cet état de fait engendre des difficultés de travail en environnement multinational avec de nombreuses nations alors que les équipements et les thérapeutiques sont en langue française : l'HMC de Kaia comprend 120 personnes et selon les périodes, 5 à 6 nations parmi les suivantes : France, Allemagne, Bulgarie, Belgique, Portugal, Hongrie, Etats-Unis. C'est en fait le service de santé français qui soutient les autres nations et non l'inverse.

Le standard de prise en charge a déjà été évoqué avec la Bulgarie. Il en est de même avec des nations comme celles de la Charte Adriatique par exemple (Bosnie-Herzégovine, Croatie, Monténégro et ex-République yougoslave de Macédoine) qui souhaitent pourtant contribuer aux hôpitaux de l'OTAN.

Le bilan de la coopération internationale en opérations reste toutefois positif puisqu'elle existe à tous les niveaux. Aucune autre fonction opérationnelle, hormis celle de commandement (états-majors), n'est allée aussi loin dans la coopération.

Si aujourd'hui, les Etats-Unis, l'Allemagne et la France représentent les seules nations capables de déployer une chaîne sanitaire complète en opérations extérieures, il importe de suivre avec attention l'évolution de nos alliés allemands qui envisagent la

restructuration la plus importante et étendue de leur histoire. En effet, dans sa lettre d'accompagnement au rapport analytique, le ministre allemand de la défense reprend les constatations du GenInspBw, à savoir « aujourd'hui, avec un engagement opérationnel instantané de 7 000 soldats sur un volume global de 252 000, la Bundeswehr atteint ses limites dans certains domaines ». Bien qu'ayant un statut, des structures et les capacités d'une armée, le service de santé allemand atteint lui aussi également ses limites avec des départs massifs de médecins des armées et la réforme de la formation universitaire en chirurgie.

Le rapport annuel du chargé de mission parlementaire pour la Bundeswehr (Wehrbeauftragter) mentionne des difficultés importantes de recrutement et de fidélisation de la ressource en médecins du Sanitätsdienst. Le rapport de 2009 en faisait encore état de manière particulièrement incisive, signalant une détérioration jugée « dramatique » de la situation et mettant en cause le commandement sur l'inefficacité des mesures correctrices.

L'hémorragie de médecins partant dans le secteur civil (privé ou public) apparue en 2007, s'est traduite par le départ non planifiée de l'institution de plus de 120 médecins en 2008 et au premier semestre 2009. Le déficit est estimé à environ 430 médecins sur un effectif théorique de 3 496 postes en 2010.

Les raisons invoquées pour cette hémorragie non maîtrisée tiennent à la fois à la concurrence accrue du secteur civil dans un contexte de diminution générale du nombre de médecins en Allemagne, mais aussi à des contraintes liées aux départs en opérations extérieures.

Pour ce qui est du modèle anglo-saxon mis en avant par la Cour des comptes, il convient de préciser les éléments suivants.

Par mesures d'économies, le defense medical service (DMS) a perdu entre 1990 et 1997 la moitié de ses effectifs, alors que dans le même temps, l'effectif des forces armées n'était réduit que d'un tiers. Le choix de recourir au secteur civil, le National health service (NHS), s'est traduit par la fermeture de la totalité des hôpitaux militaires et parallèlement par l'ouverture de cinq unités militaires au sein des hôpitaux civils. Le principe de coopérer avec le NHS paraissait à l'époque la meilleure solution, d'un point de vue fonctionnel, financier et administratif. Ces excès en matière de restructuration ont rendu le Royaume-Uni totalement dépendant en matière de soutien sanitaire.

La fermeture des hôpitaux militaires en faveur de l'appui du NHS est aujourd'hui perçue par les anglo-saxons eux-mêmes comme une entrave à la qualité des services proposés, provoquant une variation du respect de la conformité des normes de soins apportés sur les zones de conflit et au Royaume-Uni.

En 2010, le DMS a reconnu un manque d'effectifs de l'ordre de 42 % de médecins (476 pour un objectif de 818) et 21 % chez les infirmiers (1 500 pour un objectif de 1 900). Les déficits se font sentir dans la plupart des spécialités cruciales telles que la chirurgie, la médecine générale, la psychiatrie et la médecine de réadaptation. Le DMS a signalé que des mesures actives telles que l'emploi de réservistes et l'incitation à l'embauche, ainsi que la priorisation de l'utilisation des ressources pour soutenir les opérations, avaient été prises mais ces mesures tardent à produire leurs effets dans un contexte opérationnel prégnant. Le manque d'effectifs se répercute sur la cadence opérationnelle accrue, ayant un effet sur la vie familiale des personnels, le moral et la motivation.

Ainsi, dans un tel contexte de tensions sur les effectifs de nos alliés allemands et anglais, les capacités françaises devraient être davantage sollicitées.

3.5. Les opérations civilo-militaires

La Cour recommande d'ouvrir plus largement les dispositifs opérationnels du service de santé aux populations civiles locales afin de garantir une activité suffisante aux praticiens militaires et développer une démarche de coopération civilo-militaire.

Le concept de sortie de crise a amené l'état-major des armées à rechercher un meilleur emploi des moyens de l'Etat dans le cadre d'une stratégie globale. C'est dans ce cadre qu'il a développé dès 2005, en pleine cohérence avec la doctrine de l'OTAN et de l'Union européenne le concept et la doctrine de la coopération civilo-militaire.

Ce développement est à l'origine de la doctrine de l'aide médicale aux populations, rédigée par le SSA en 2009, qui comprend plusieurs principes intangibles dont certains sont cités par la Cour des comptes. La politique d'aide médicale aux populations est ainsi bien définie et les limitations à sa mise en oeuvre reposent à la fois sur des contraintes opérationnelles, techniques, budgétaires et éthiques.

Le service de santé français se distingue fortement de celui des autres nations dans la mesure où l'aide qu'il apporte aux populations en difficulté est consubstantielle de son action, alors

qu'elle fait l'objet de directives conjoncturelles spécifiques et limitées pour les autres nations.

C'est ainsi que l'aide médicale aux populations représente 42% des consultations médicales en opérations, 89% des consultations chirurgicales et 87% des interventions chirurgicales. Ces chiffres témoignent de l'investissement du SSA en la matière.

Deux observations de la Cour en matière d'activité civilo-militaire méritent d'être complétées:

- *la réalisation de six interventions chirurgicales par jour ne correspond qu'à une donnée conditionnant le format du soutien chirurgical opérationnel et non à un impératif opératoire en engagement conventionnel ;*
- *le SSA dispose, depuis près de 10 ans, de dotations pédiatriques déployées en tant que de besoin sur les théâtres d'opération en fonction des contextes d'engagement.*

IV - La médecine d'armée

4.1. Le recentrage sur le cœur de métier

La Cour souligne que la médecine la plus opérationnelle, directement utilisable en opérations, occupe une faible part de l'activité des équipes et recommande de recentrer l'activité des médecins d'unité sur leur métier opérationnel, afin de disposer de praticiens moins nombreux mais davantage concentrés sur la pratique de la médecine militaire et d'urgence.

Même si la médecine opérationnelle ne peut se résumer à la seule médecine d'urgence, la formation à l'urgence est primordiale pour le médecin des armées appelé à servir en opérations pour prendre en charge des blessés. Le cursus universitaire commun et la formation spécifique délivrée par l'Ecole du Val-de-Grâce, au travers notamment des brevets de médecine de catastrophe et de médecine de l'avant concourent à la formation initiale de tous les praticiens dans ce domaine.

La question de la formation continue aux urgences est prise en compte par un certain nombre de dispositifs tels que les centres d'instruction aux techniques élémentaires de réanimation (CITERA), les stages et les gardes au sein des services d'aide médicale urgente ou de sapeurs-pompiers ou l'obtention de la capacité d'aide médicale urgente (CAMU), selon un schéma volontariste mais adapté aux situations locales et complété lors des mises en condition de projection.

Ces dispositifs, lourds en organisation et en suivi, dépendent pour beaucoup des structures d'urgence civiles du fait d'un maillage territorial distant des hôpitaux d'instruction des armées (HIA). L'organisation de la prise en charge des urgences en milieu civil est actuellement performante, ne souffre pas de manque de main-d'œuvre médicale et nécessite une disponibilité régulière des praticiens y participant.

Les emplois du temps chargés, les contraintes opérationnelles sur le territoire national comme à l'étranger et la dispersion géographique des médecins d'unité rendent cette exigence de disponibilité aléatoire. De ce fait, l'intégration des médecins militaires au sein des dispositifs d'urgence hospitaliers ne peut être qu'occasionnelle et difficile à systématiser.

C'est pourquoi, le SSA préfère s'engager vers un plan d'actions centré sur ses structures, sans pour autant exclure les gardes d'urgences hospitalières de son dispositif. A cet égard, les services de porte et d'urgence de plusieurs hôpitaux des armées intègrent de façon régulière des médecins d'unités.

L'activité médicale des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, du service à l'extérieur de leur unité fait actuellement l'objet d'un suivi particulier par les directions régionales dont ils relèvent.

Dans le cadre de la restructuration du ministère de la défense, la création des centres médicaux des armées (CMA) en base de défense (BdD), (regroupement d'un certain nombre de services médicaux d'unités) va permettre de mieux rationaliser l'activité des praticiens des armées et d'aménager ainsi plus facilement des créneaux de formation.

De plus, le regroupement du régiment médical, du centre d'instruction santé et du centre de préparation aux opérations extérieures (CPOPEX), sur le site de La Valbonne⁶⁷ va donner au service de santé une plateforme d'instruction, d'entraînement et de mise en condition de projection qui lui faisait jusqu'alors défaut.

Une meilleure mise en cohérence des formations actuellement dispensées au sein des différentes structures du service et la mise en oeuvre d'un pilotage de ces formations sous l'égide de l'école du Val-de-Grâce va permettre enfin de fédérer l'ensemble des réponses jusqu'ici apportées au niveau local.

⁶⁷⁾ Pour mémoire, le site de La Valbonne est situé à moins d'une heure de trajet par voie routière de la future Ecole de santé des armées de Lyon.

4.2. La facturation des soins

La Cour souligne le paradoxe entre une évolution de la facture des soins « à charge » du SSA en médecine générale civile coûteuse pour le SSA et le maintien d'une activité de soins sans lien avec le service et pourtant gratuite. Elle recommande de facturer aux militaires et à leurs ayants droits les consultations et les soins pour des raisons ne relevant pas du service.

Ayant déjà mis en application cette mesure pour les soins prodigués dans les hôpitaux des armées, le SSA s'est engagé dans une analyse « coût-bénéfice » de son extension à ceux prodigués dans les services médicaux des unités. Les premiers éléments recueillis estiment à 10 millions d'euros annuel les gains potentiels. Mais cette étude demande à être affinée dans tout ce qu'elle suppose comme modifications de comportement et pour ce qui concerne plus particulièrement les moyens techniques à mettre en œuvre, en liaison avec la CNMSS qui supportera in fine le remboursement des soins.

L'étude d'impact finalisée sera présentée au cabinet du ministre avant la fin du second semestre 2010. Les expérimentations devraient débuter en 2011 sur deux sites : l'un en Ile-de-France, l'autre en province, Brest a priori.

4.3. La médecine de prévention

La Cour estime souhaitable que le ministère engage une réflexion sur le rôle exact que les médecins militaires doivent jouer en matière de médecine du travail et d'aptitude, en particulier dans le cadre de la mise en place des bases de défense avec deux options possibles et opposées : prise en charge de l'ensemble de la médecine du travail par les médecins militaires ou au contraire, transfert le plus large possible de la médecine du travail, voire de l'aptitude à la médecine civile.

La loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, a imposé aux médecins qui exercent la médecine de prévention dans la fonction publique d'être titulaires de l'une des qualifications requises par le l'Ordre national des médecins.

Toutefois, le décret du 19 juillet 1985 relatif à l'hygiène, à la sécurité et à la prévention au ministère de la défense donne à ce dernier une position originale au sein de la fonction publique d'Etat et une instruction du 26 avril 2007 prise pour son application précise les conditions d'exercice de la médecine de prévention pour les personnels civils et militaires de la défense.

Dans des conditions restreintes, l'exercice de la médecine de prévention est confié à des médecins des armées non titulaires des qualifications autrement requises. L'arrêté du 30 mars 2005 relatif à l'organisation et à la nomination des médecins de prévention au sein du service de médecine de prévention de la défense précise le dispositif en l'encadrant par la mise en place d'une autorité technique exercée par des conseillers et des experts régionaux en médecine de prévention.

Actuellement moins de 10 % du personnel civil de la défense est pris en charge par des services médicaux d'unité. Il s'agit le plus souvent de personnes dispersées et de petits effectifs ou de localisation géographique rendant momentanément impossible le rattachement à un prestataire spécialisé.

Etendre ou généraliser cette disposition dérogatoire ne paraît pas souhaitable, sachant qu'actuellement, 47 % de l'effectif total du personnel civil, soit 76 000 personnes, est pris en compte par les dix médecins des armées qualifiés et les vingt médecins contractuels de la défense, le reste l'étant par des prestataires pour un coût annuel d'environ 3 millions d'euros.

Toute autre est la situation du personnel militaire pour lesquels la prestation fait partie intégrante de l'exercice de la médecine d'armée. La médecine d'armée comprend également la visite systématique d'aptitude et le conseil au commandement. Elle s'effectue dans le cadre de la supervision réalisée par des conseillers régionaux spécialisés et d'un enseignement ciblé sur les expositions professionnelles des militaires qui permet aux médecins des années d'acquérir les connaissances indispensables à l'exercice de leurs fonctions sur les navires à la mer et en opérations extérieures, où aucune externalisation n'est possible.

Ainsi, l'extension de la prise en charge de la médecine de prévention des civils de la défense par les médecins des armées, pas plus que celle des militaires par des services civils de médecine du travail, n'est envisageable.

4.4. La mutualisation des moyens

La Cour estime que la rationalisation du dispositif de soutien sanitaire des forces est inachevée, le processus de mutualisation des médecins d'unité au sein de centres médicaux en bases de défense pouvant être retardé par des réticences culturelles ou encore par des limitations en termes d'investissement.

La rationalisation du dispositif de soutien sanitaire des forces, débutée dès 2003 avec les centres médicaux interarmées (CMIAs), renforcée en 2008 avec les travaux de la RGPP, devrait se poursuivre encore plusieurs années bien après la mise en oeuvre de l'ensemble des bases de défense (BdD).

Dans le cadre de la réorganisation du soutien sanitaire de forces, la conduite du changement a permis de vaincre les réticences initiales et de fédérer les acteurs autour de ce projet commun.

Le SSA s'est engagé dans un schéma d'infrastructure raisonnable, proposant à l'arbitrage de l'état-major des armées, là où cela est nécessaire, les opérations de restructuration des centres médicaux et a mandaté son département d'audit interne afin d'en établir une cartographie plus précise.

D'ores et déjà, à l'issue d'un premier recensement, nécessairement partiel, qui a porté sur les opérations initiées par l'armée de terre, les projets de restructuration suivants ont été retenus :

- *CMA de la BdD de Brive ;*
- *CMA de la BdD de Châlons-en-Champagne ;*
- *CMIAs de Djibouti.*

Pour ce qui est des restructurations engagées au titre de sa propre transformation, le service a inscrit trois projets à son au schéma directeur :

- - *CMA de la BdD de Marseille (réhabilitation de locaux libérés) ;*
- *CMA des écoles de Coëtquidan ;*
- *CMA de la BdD de Toulon (construction neuve).*

4.5. Les échelons intermédiaires

La Cour estime que la réforme des échelons intermédiaires entreprise en 2005 a été incomplète et n'a pas été conduite outre-mer.

La réorganisation du soutien santé des forces avec la mise en place des CMA s'est accompagnée d'une évolution des échelons intermédiaires du SSA. Disposant actuellement d'un effectif moyen de cinquante personnes, ces échelons vont progressivement évoluer vers un effectif de quarante personnes en 2011-2012, grâce aux transferts de charges vers les BdD et aux créations des antennes médicales de prévention des armées et des antennes vétérinaires des armées au sein des CMA.

En ce qui concerne l'outre-mer, la prise en compte de l'ensemble du soutien médical se traduit par le regroupement des moyens en personnel des anciens services médicaux d'unité au sein d'un ou de plusieurs CMIA. Cette réorganisation prendra en compte les évolutions du volume des forces de souveraineté et prépositionnées, mais également les augmentations des effectifs de la gendarmerie et du service militaire adapté.

V - Les hôpitaux des armées

5.1. Le taux de fréquentation des militaires

La Cour souligne la part marginale que représente l'activité à charge des hôpitaux d'instruction des armées et un recours majoritaire du personnel militaire et de ses ayants droit au secteur public.

Le principe du libre choix par le patient de son médecin qui s'applique à toutes les situations nécessitant des soins, résulte notamment des dispositions législatives suivantes :

- *l'article L. 1110-8 du Code de la santé publique (CSP) qui dispose que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire » ;*
- *l'article L. 432-2 du Code de la sécurité sociale (CSS) qui dispose que « la victime conserve le libre choix de son médecin, de son pharmacien et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin. »*

Ce principe ne permet pas d'obliger les militaires à se rendre dans les hôpitaux des armées.

Toutefois, la priorité d'accueil accordée aux militaires constitue une volonté affichée du service de santé des armées.

En effet, le décret du 22 novembre 2005 relatif aux soins du service de santé des armées, accorde aux militaires un accès prioritaire aux structures du service de santé des armées, par rapport à l'ensemble des autres bénéficiaires.

En pratique, les HIA accordent un traitement particulier par le biais d'une priorité d'accès aux militaires à l'hôpital illustrée par certaines mesures de type :

- *facilité accordée dans l'obtention d'un rendez-vous, notamment en termes de délais ;*

- accès prioritaire aux services, même sans prise de rendez-vous, notamment aux plateaux techniques (analyses biologiques et radiologiques) ;
- mise en place dans certains hôpitaux de files d'attente spécifiques aux militaires leur permettant d'accéder de façon prioritaire à tous les guichets d'accueil pour accélérer leurs démarches administratives.

Si les militaires, comme cela a été rappelé, peuvent avoir recours à des professionnels de santé civils pour des soins résultant d'une affection présumée imputable au service, le médecin d'unité, lors de l'élaboration des déclarations permettant le remboursement des soins correspondants, informe de façon systématique les intéressés que les règles de remboursement sont les mêmes que celles en vigueur pour les soins dispensés aux titulaires de pension militaire d'invalidité et que le recours aux hôpitaux des armées constitue pour eux la garantie du remboursement complet de leurs frais de soins.

Enfin, les militaires, conformément aux dispositions de l'article D. 713-24 du CSS, n'encourent aucune pénalité lorsqu'ils sont adressés en consultation spécialisée par un médecin des armées, quand bien même celui-ci ne serait pas leur médecin traitant au sens du parcours de soins coordonné, ce qui constitue pour eux un avantage substantiel.

Compte tenu des dispositions d'ordre public qui président au libre choix du praticien et de l'établissement de santé par les patients ainsi que du maillage du dispositif hospitalier militaire, l'augmentation du taux de fréquentation des hôpitaux des armées par ceux auxquels il est dédié est difficile, mais le SSA continuera naturellement à l'améliorer.

5.2. L'intégration dans le dispositif de santé publique

La Cour estime que les hôpitaux militaires restent peu intégrés dans le dispositif national et local de santé publique et recommande de rechercher systématiquement une concertation avec les agences régionales de santé pour la définition des spécialités offertes par les hôpitaux militaires.

Le dispositif hospitalier militaire français permet de projeter des capacités de soutien médicochirurgical importantes, armées à brefs délais par des équipes hospitalières, avec une souplesse, une réactivité et un coût final que d'autres systèmes ne permettent pas d'assurer.

Pour autant et conformément à la volonté du législateur, le service de santé des années s'inscrit aussi pleinement dans les objectifs de santé publique, tels qu'introduits notamment par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, en conciliant à la fois les impératifs de ces objectifs et la nécessaire maîtrise dont doit disposer le ministre de la défense sur les moyens relevant de son autorité.

S'agissant du potentiel sous-utilisé, le service de santé a indiqué qu'il entendait ramener l'exploitation de son parc hospitalier à 2 700 lits, en consentant des efforts suivis pour relancer l'activité hospitalière indispensable à la réussite de son passage à la tarification à l'activité (T2A).

C'est en fonction de cet objectif qu'a eu lieu, le 25 juin 2010, la signature, par la directrice générale de l'offre de soins et le directeur central du service de santé des armées, de la deuxième version de l'arrêté prévu par l'article L. 6147-7 du CSP et que sera très prochainement signé le protocole pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article R. 174-34 du CSS.

Dans cette démarche, l'avis des six agences régionales territorialement compétentes a été soigneusement pris en compte et le dialogue avec les nouvelles agences régionales de santé (ARS), créées le 1^{er} avril 2010, se met progressivement en place.

Dès à présent, une réunion entre le directeur central du service de santé des armées et le directeur général de l'agence régionale Ile-de-France, agence « pivot » pour l'ensemble des hôpitaux des armées, est prévue. L'un de ses principaux objets sera de définir au mieux les relations de partenariat à mettre en place et les interlocuteurs qui, à tous les niveaux, auront à les mener à bien.

Les médecins-chefs des hôpitaux des armées participent déjà aux conférences sanitaires de territoires organisées par les ARS et les moyens dont ils disposent sont recensés dans le cadre de l'offre de soins territoriale, étant clairement rappelé que ces moyens, comme le prévoit l'article L. 6147-7 du CSP, demeurent disponibles pour assurer la mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées.

Des mesures de mutualisation des moyens techniques entre les hôpitaux des armées et les hôpitaux civils ont été mises en place. Des accords-cadres ou des conventions existent d'ores et déjà dans différents domaines, comme l'anatomopathologie, la biologie médicale ou les activités interventionnelles.

De la même façon, l'équipement des HIA constitue parfois un recours essentiel pour la santé publique, comme c'est le cas pour le traitement des brûlés ou les traitements hyperbariques. Ainsi que, pour leurs laboratoires de sécurité biologique P3 qui sont intégrés dans les plans sanitaires nationaux.

VI - Les coûts

La Cour souligne que l'analyse de l'économie générale du service de santé des armées fait apparaître que certaines fonctions sont remplies à un coût excessif pour le budget du ministère. Par rapport aux hôpitaux publics civils de taille comparable, les hôpitaux d'instruction des armées enregistrent un déficit d'exploitation hors normes qui pèse sur les marges de manœuvre budgétaire du ministère de la défense. Elle recommande de fixer un objectif de retour à l'équilibre des comptes d'exploitation des HIA.

6.1. La notion de « déficit » n'est pas appropriée

Par construction, le SSA doit remplir deux missions dont la première, prioritaire, est de satisfaire au mieux les besoins des forces armées et la seconde, complémentaire, s'inscrit dans le dispositif général de la santé publique. Le développement de ses activités répond donc en premier lieu à la nécessité d'assurer et de maintenir la compétence professionnelle de ses équipes médicales tout en contribuant à une atténuation de leur coût de possession par le département de la défense et c'est pourquoi la notion même de déficit d'exploitation ne peut être valablement retenue.

Cette notion est et ne peut qu'être incompatible avec une réalité financière fondée sur une organisation permanente spécifique répondant à des exigences régaliennes et, en partie seulement, compensée économiquement par une participation à des missions générales et de service public comparables à celle des établissements de santé.

L'analyse de la Cour est conduite à partir de données impropre à alimenter un compte de résultat, et difficilement comparables à celles des hôpitaux publics qui figurent dans un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Il est ainsi rappelé que les documents valorisant les prestations du service de santé sont le budget et le compte de gestion qui, en matière de soutien, imputent les dépenses à l'établissement bénéficiaire et les charges de soutien dans les comptes de facturation des unités opérationnelles concernées au moyen de la quote-part des frais généraux.

L'établissement d'un EPRD pour chacun des HIA est inadapté. En particulier, la négociation, la mise en place et la gestion des ressources budgétaires imposent plutôt de préserver et de moderniser le dispositif actuel des budgets et comptes de gestion. Ce à quoi le service de santé va s'attacher.

Néanmoins, dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A et conscient de l'intérêt d'un EPRD pour l'ensemble du secteur hospitalier militaire, des démarches de construction d'un EPRD central, compatibles avec les règles de gestion des administrations de l'Etat, ont été initiées, mais elles ne pourront s'achever qu'avec la réalisation d'un progiciel dédié, en cours de développement, fédérant les informatisations de divers logiciels métiers.

Il importe aussi de souligner que, par analogie au dispositif d'emprunt utilisé par les hôpitaux publics, le « déficit » dénoncé par la Cour ne s'est pas traduit par une augmentation des dotations budgétaires de fonctionnement qui ont, à périmètre identique, au contraire diminué de 41,88 millions d'euros entre 2002 et 2011.

6.2. Le montant du « déficit » affiché par la Cour doit être relativisé

L'augmentation des rémunérations et charges sociales (RCS) ne provient en effet pas de mesures de compensation de besoins en masse salariale, mais fondamentalement du poids des charges liées aux pensions de retraite, lui-même dû au statut militaire de la majeure partie des personnels du service de santé des armées.

6.2.1. Des charges non comparables

La typologie et le montant des charges sont la conséquence du fait militaire, tant dans la technique comptable, que dans la dimension opérationnelle. Les charges ne peuvent être simplement comparées.

6.2.1.1. Le poids RCS est induit par la mission opérationnelle

Le poste de charge le plus important est celui des rémunérations, ce que relève d'ailleurs la Cour. L'écart entre le secteur hospitalier civil et l'ensemble des HIA est de deux ordres :

- une population administrative proportionnellement plus importante que le SSA s'est engagé à réduire par une politique de rationalisation, aidé en cela par la mise en œuvre de dispositif d'optimisation de l'administration générale et du soutien commun (AGSC) au sein du ministère. Si globalement, le pourcentage dans les charges de masse salariale entre l'hôpital public et l'hôpital militaire est voisin, cela ne fait pas apparaître en fait une grande disparité en termes d'effectifs,

tant quantitativement que qualitativement (au sens de répartition par catégories médicales, techniques et administratives). L'occupation de certains emplois par du personnel civil, d'ailleurs amorcée par le service, pourrait réduire ce décalage, mais se trouve limitée par le maintien de la capacité à projeter le personnel en opérations, inacceptable au-dessous d'un certain seuil ;

- la différence la plus importante sur les RCS est d'ordre technique. Le poids RCS est très différent entre les secteurs hospitaliers civil et militaire. C'est la conséquence du rôle des HIA, vivier de projection de praticiens des armées et de paramédicaux militaires. La différence de RCS est principalement liée à au poids des charges liées aux pensions de retraite. Il faut noter que les tarifs de recettes (tarifs publics) ne prennent pas en compte ce différentiel lourd, les tarifs étant bâties sur des coûts standards de la fonction publique hospitalière dont le poids pension est inférieur à celui des militaires. Une comparaison induit donc nécessairement un retraitement.

6.2.1.2. La quote-part des frais généraux, un dispositif « orphelin » qui ne peut être assimilé aux charges de siège de l'hôpital public

La Cour établit un parallèle entre les charges de siège et la quote-part des frais généraux (QPFG). Alors que les premières représentent le poids de l'administration centrale sur la gestion hospitalière, la seconde correspond à l'ensemble des prestations croisées entre structures, dans un souci simplificateur et à un calcul d'équilibre. Ce sont donc des mécanismes comptables différents. Les charges de siège peuvent, pour le SSA, s'appliquer uniquement en les retraçant aux seules RCS de la structure comparable. En effet, un hôpital civil n'incorpore pas de charge de l'ARS ou de la direction générale de l'organisation des soins. Cela représente une atténuation de près de 40 millions d'euros.

6.2.1.3. Le SSA est dans une phase de rationalisation de ces charges

Le service s'est engagé dans une démarche de rationalisation des charges, dans le cadre de la mise en oeuvre de la RGPP. Ceci doit permettre à terme de dégager des gains financiers :

- par une rationalisation et une centralisation des achats et de la liquidation financière, pilotée par la direction des approvisionnements en produits de santé du service de santé des armées (DAPSA), dans le respect des principes ministériels édictés en la matière, en ayant recours, si le bilan

économique le justifie, aux centrales spécialisées du monde de la santé. Localement, des mesures existent déjà. Cette rationalisation impactera également la masse salariale par une diminution forte d'emplois administratifs ;

- *par une rationalisation des procédures administratives de gestion des ressources humaines en cours (dans le cadre des restructurations AGSC). En outre, d'autres fonctions (les systèmes d'informations et l'infrastructure, par exemple) sont en cours de restructurations. Les premiers résultats devraient être patents en 2012.*

6.2.2. Des produits différents

Alors que les produits de l'activité remboursable sont en constante augmentation, les produits régaliens, sous-estimés et bâties selon des normes comptables différentes ne peuvent induire de comparaison immédiate.

6.2.2.1. Une typologie particulière de recettes

La typologie des recettes de l'hôpital public diffère en outre largement de celles de l'hôpital militaire :

- *des recettes subsidiaires faibles. Le taux moyen en 2007 de ces dernières est de 11 %, ce qui peut ainsi représenter jusqu'à 80 millions d'euros ;*
- *des dotations de missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation (MIGAC) plus faibles que pour les établissements comparables. A titre d'exemple, le centre hospitalier universitaire de Toulouse a disposé de 134 millions d'euros de MIGAC en 2007 contre 40 millions d'euros en 2009 pour le SSA.*

Structurellement, résultant de sa mission régalienne de soutien des forces, le domaine hospitalier militaire n'a pas la même structure d'activité que l'hôpital public :

- *86 % de lits et places « médecine- chirurgie » dans les HIA, pour 56% dans l'hôpital public selon la statistique annuelle des établissements de 2007, le reste, 14 et 44% respectivement, est constitué par des secteurs encore sous dotation globale (moins soumis à la pression économique que la T2A) ;*
- *une activité prioritairement orientée vers la satisfaction des besoins humains de soutien santé opérationnel.*

6.2.2.2. Une valorisation des prestations médicales régaliennes encore insuffisante.

Le volume d'activité réalisé n'est pas strictement superposable à la seule activité médicale puisqu'il faut inclure un certain nombre de prestations institutionnelles dont la valorisation tant en terme de coût que d'exhaustivité peut être améliorée (ce que relève justement la Cour).

Il faut noter que le SSA a initié toute une série de dispositions visant à améliorer cet état de fait. La facturation des consultations hospitalières des militaires, le paiement des chambres individuelles sont ainsi effectifs ou en voie de l'être.

Au plan comptable et à titre indicatif, une valorisation du temps médical régalien (qui n'est donc pas consacré à l'activité remboursable) par chiffre d'affaire perdu et non par seul décompte du poids RCS conduirait pour 2008 à une augmentation de 106 M€ de la valorisation des produits.

6.2.2.3. Une amélioration sensible des recettes hospitalières à partir de 2009.

Avec la mise en oeuvre de la tarification à l'activité (T2A) depuis janvier 2009, les recettes ont connu un essor important. Pour le seul premier débiteur (hors éléments forfaitaires) le montant de recettes est passé de 320 M€ en 2008, à 345 M€ en 2009 et est estimé à 375 M€ en 2010. Cette évolution impacte homothétiquement de façon positive les recettes des seconds et troisièmes débiteurs.

Le montant des dotations forfaitaire est passé de 62 M€ à 78 M€ en 2010.

Ainsi, avec le remboursement de la créance de l'article 58 qui concerne le mécanisme de remboursement des créances non réglées lors du passage en dotation globale, le montant global des recettes hospitalières en 2010 pourrait être supérieur à 520 M€.

6.3. La formation des managers

La Cour recommande de construire une solution avec le monde civil en reprenant en particulier les bonnes pratiques de gestion hospitalière. Il estime que les chefs d'établissement sont des médecins trop peu formés à la gestion hospitalière et n'ont pas toujours reçu de formation particulière avant de prendre des responsabilités de gestion d'un hôpital.

Les efforts seront poursuivis pour améliorer la formation des managers des HIA (stages de management, de contrôle de gestion ou de gestion des ressources humaines pour les médecins-chefs et médecins-adjoints, formations universitaires dans le domaine de l'économie et de la gestion des systèmes de santé pour les officiers du corps technique et administratif).

Un cycle de formation mixte portant sur la gestion hospitalière civile et les particularités spécifiques du SSA est organisé à l'EVDG en partenariat avec l'école des hautes études de santé publique (EHESP) de Rennes.

En outre, suivant les recommandations précédentes de la Cour, la participation du SSA au cycle de formation « Hôpital plus » de l'EHESP de Rennes a été augmentée de façon significative et doit conduire, à terme, à la formation de la totalité des médecins-chefs des HIA.

Enfin, il convient de signaler que le SSA envisage de permettre à des commissaires des armées et à des jeunes diplômés de l'EHESP de Rennes d'exercer des fonctions administratives dans le domaine de l'administration générale et du soutien commun.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les observations générales qu'appellent les recommandations de la Cour, ainsi que des observations plus précises sur certains points particuliers.

1° Sur la nécessité d'une concertation systématique avec les agences régionales de santé (ARS) (Recommandation 12) :

Les ARS sont investies d'une compétence beaucoup plus large que celle des ARH et adoptent donc une dimension stratégique plus globale sur le champ de la santé à travers le projet régional de santé (PRS) et le plan stratégique régional de santé (PSRS). La démarche d'organisation des soins ne repose désormais plus sur le seul encadrement réglementaire des activités, même s'il demeure à travers le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et le régime d'autorisation.

Compte-tenu de ce contexte nouveau, l'offre présentée par les hôpitaux du SSA doit chercher sa juste insertion dans la stratégie définie au plan régional. En effet, dès lors que cette offre répond désormais dans une proportion considérable de son activité – et sur financement par l'Assurance maladie – à des besoins civils, l'autorité sanitaire régionale et le SSA devraient définir après concertation, le positionnement et les perspectives d'évolution respectives des différents acteurs hospitaliers, notamment les plus spécialisés. Sans que soit remis en cause le rôle de pilotage de la DCSSA et celui de la DGOS, de tels échanges gagneraient à se tenir au niveau régional.

Il convient de souligner qu'à l'heure actuelle, les ARS sont engagées dans la préparation de leur PRS, qui doit être publié au début du second semestre de 2011. Dans les six régions où se trouvent les HIA, ce sera pour les ARS et les autorités du SSA un moment privilégié pour considérer la valeur de l'offre de soins assurée par le SSA et réfléchir à sa mise en relation avec l'offre civile présente ou à venir.

Le ministère de la santé et les ARS sont prêts à engager toute démarche en ce sens avec le SSA et les responsables de ses différentes implantations.

2°Sur la mutualisation des infrastructures et des équipements entre HIA et EPS (Recommandation 13) :

Dès lors qu'il est avéré que l'offre de soins proposée par le SSA couvre principalement des besoins civils et que le ministère de la défense trouve dans cette situation un intérêt structurel pour le maintien au meilleur niveau de l'expertise du SSA, il apparaît légitime que les principaux investissements (plateaux techniques, éventuellement certains moyens logistiques) dans les HIA fassent systématiquement l'objet d'un accord entre les autorités militaires et les autorités sanitaires civiles.

Il ne s'agirait pas d'instituer un accord préalable sur ces opérations mais d'en évaluer la pertinence – y compris pour la réponse locale aux besoins des forces armées - dans leur contexte d'implantation, notamment pour éviter les doublons.

Il s'agirait, plus encore, d'instaurer entre les établissements une coopération : répartition raisonnée et utilisation commune de leurs moyens techniques permettant d'en optimiser l'emploi ; création d'équipes communes développant ensemble leur expertise, permettant ainsi le maintien et le partage de compétences rares ; participation à l'exécution de certaines activités formatrices, telle la médecine d'urgence.

Cette coopération – pour laquelle certains établissements ont manifesté de l'intérêt, comme à Brest - devrait être affirmée comme une orientation stratégique du SSA et des établissements de santé concernés et sa mise en place devrait être formalisée dans des conventions.

Les autorités sanitaires sont prêtes à travailler sur ces aspects avec le SSA et avec les représentants de l'hospitalisation publique.

3°Sur l'hypothèse du regroupement des structures :

Cette hypothèse évoquée par la Cour présente l'intérêt de s'inscrire dans le mouvement général de recomposition de l'offre de soins hospitalière que préconise le ministère de la santé et du sport, laquelle trouvera prochainement sa traduction dans les nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins élaborés sous la responsabilité des ARS. Elle pourrait, en particulier, trouver son application dans certaines régions où l'offre de soins proposée à la population peut-être considérée comme excédentaire au regard des besoins.

Observations ponctuelles sur les constatations

Capacité des hôpitaux du SSA (Pages 4, 45, 74 et 90) :

L'arrêté conjoint Santé-Défense du 25 juin 2010 a actualisé les capacités: celles-ci sont désormais de 2 709 lits et places, y compris : unités d'hospitalisation de courte durée (urgences), places de dialyse (IRC), USIC, soins intensifs, surveillance continue, et soins de support (démarche palliative). Ces capacités sont en diminution d'une centaine de lits par rapport à l'arrêté précédent.

On notera qu'en parallèle des évolutions intervenues ces dernières années pour moderniser la planification dans le champ sanitaire civil, il serait judicieux de raisonner désormais en volumes d'activité prévisionnelle plutôt qu'en capacité en lits. Le ministère de la santé a demandé que cette mention figure dans le prochain protocole pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Soins de suite et réadaptation (Page 47) :

Si, comme le constate la Cour, il n'existe pas (depuis la transformation de l'établissement de l'Oratoire à Toulon) de site relevant du SSA uniquement dédié aux SSR, les HIA disposent dans cette activité de soins de 146 lits et places (Référence : arrêté du 25 juin 2010), ainsi répartis:

Robert-Picqué (Bordeaux) : 16 lits /places

Clermont-Tonnerre (Brest) : 6 lits /places ;

Percy (Clamart) : 61 lits /places ;

Legouest (Metz): 28 lits /places ;

Laveran (Marseille): 19 lits /places ;

Desgenettes (Lyon): 16 lits/places.

Là où la taille de l'unité est suffisante pour justifier la présence de compétences médicales et paramédicales spécialisées sans induire pour autant un coût excessif, l'adossement de cette activité aux services de soins aigus est loin d'être défavorable à la promptitude et à la qualité des prises en charges d'aval et permet d'associer sur le même site des compétences utiles à la continuité des soins.

Qualité des hôpitaux des armées (Page 57) :

Si le ministère de la santé reconnaît la grande qualité du service rendu par les hôpitaux des armées, il tient à souligner que ces « classements » et « palmarès », élaborés par certains périodiques selon des critères variables que les auteurs fixent eux-mêmes, aboutissent parfois d'une « enquête » à l'autre à des conclusions peu concordantes, ont une validité qui peut être discutée, ne sont pas administrativement probants et demeurent, par leur principe même, de portée éphémère.

Le ministère de la santé ne voit que des avantages à ce que les indicateurs qualité développés en lien avec la HAS soient, comme c'est le cas pour ceux relatifs aux infections nosocomiales, diffusés au SSA.

Missions de service public assurées par les hôpitaux des armées (Page 62) :

La loi HPST du 21 (non 23) juillet 2009 a mis fin au concept de service public hospitalier, et a introduit le principe de « missions de service public des établissements de santé » dont l'art. L. 6112-1 du CSP donne la liste, limitée à 14 missions.

Le SSA est compris dans la liste (art. L. 6112-2) des structures ou personnes qui, sans être un établissement de santé, peuvent être chargées d'une de ces missions de service public (MSP). La décision d'attribution d'une MSP relève de l'ARS.

Pour l'application au SSA, un décret en Conseil des ministres redéfinissant le cadre des activités de santé publique du SSA est également en cours d'élaboration entre la Défense et la Santé. Il réglera les conditions d'attribution de MSP au SSA, attribution qui devrait, en application de l'art. L. 6112-2, tenir compte des préconisations du SROS, dès lors que cette contribution au service public ne relève pas des missions de soutien des forces armées qui justifient la non soumission du SSA aux règles générales d'organisation des soins et d'autorisation correspondantes.

Le décret n° 2009-869 du 15 juillet 2009, mentionné dans le rapport n'est donc en rien un texte d'application des dispositions nouvelles de la loi du 21 juillet 2009 ; il fait d'ailleurs référence à la « politique de santé publique », concept très différent des missions de service public.

Arrêté conjoint (Page 63) :

L'arrêté du 1^{er} mars 2006 est désormais abrogé et remplacé par celui du 25 juin 2010 (J. O. du 6 juillet).

Ce dernier arrêté, bien qu'il prenne toujours en compte les capacités installées sur lesquelles seule la Défense a autorité, a été précédé de discussions entre la DCSSA et la DGOS. Il est en effet désormais en lien direct avec le protocole pluriannuel d'objectifs et de moyens (PPOM) prévu à l'article R.174-34 CSS (décret du 30 décembre 2008) en cours de conclusion.

L'arrêté prévoit (art. 7) un suivi de la réalisation des objectifs d'activité, établis par site et par année, en MCO (séjours), psychiatrie (journées d'hospitalisation complète) et SSR (journées /venues), sur les cinq ans du PPOM (2010-2014). Ces données d'actualisation seront communiquées aux ARS pour les travaux d'élaboration et de révision du schéma d'organisation des soins. Une information périodique sur l'apport effectif du SSA dans le contexte sanitaire régional sera ainsi confrontée aux besoins affichés et aux évolutions à prévoir par le SROS applicable à l'offre civile.

La référence aux seuils d'activité existant pour certaines activités de soins (traitement du cancer, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle) est également introduite à titre indicatif.

A titre d'exemple d'une possible complémentarité, on peut citer la mention de la répartition d'activités en cardiologie interventionnelle convenue entre l'HIA Sainte-Anne et le CH intercommunal de Toulon, à partir de 2011.

Régime d'autorisation (Page 65) :

Le régime d'autorisation d'activité de soins et d'équipement matériel lourd, délivrée au nom de l'Etat à des établissements de santé ou à des personnes physiques ou morales en application de l'article L. 6122-3 CSP, n'est légalement pas applicable aux HIA qui sont des services de l'Etat, n'ont pas la personnalité morale et ne sont pas des établissements publics de santé tels que les définit l'article L.6141-1 CSP.

Le ministre de la défense, agissant au nom de l'Etat, a compétence pour décider de l'équipement du service de santé des armées sans avoir à requérir l'accord du ministre chargé de la santé. L'article 6 de l'arrêté du 25 juin 2010, comme les textes qui l'ont précédé, met cependant en place une obligation

d'information incombant au ministre de la défense. Cette information est nécessaire aux directeurs généraux des ARS concernées pour la connaissance des moyens de soins accessibles dans la région. Mais au motif du « dégagement », total ou partiel, de ces moyens susceptible, théoriquement, d'intervenir à tout moment au titre du contrat opérationnel du SSA, et au regard des règles de priorité d'accès aux soins dispensés par le SSA posées par l'arrêté de la Défense du 22 novembre 2005, les équipements ainsi installés ne sont pas comptés comme répondant aux besoins quantifiés en implantations, au sens des articles. D. 6121-7 et D. 6121-9 CSP, dans le SROS par lequel ils sont néanmoins « pris en compte ».

Cette situation paradoxale appellerait une réflexion entre les ministères de la défense et de la santé sur l'évolution des conceptions juridiques mentionnées, afin d'intégrer davantage les moyens militaires, ne fût-ce que pour une partie ou pour les activités très spécialisées, ou au moins pour les implantations d'équipements lourds, dans la quantification de l'offre de soins accessible à toute la population résidente.

**RÉPONSE DU MINISTRE DES AFFAIRES ETRANGÈRES
ET EUROPÉENNES**

Le rapport public de la Cour des comptes, relatif au service de santé des armées et, en particulier, au cas de l'hôpital Bouffard de Djibouti, appelle de ma part les observations suivantes.

Sur la recommandation de la Cour d'établir une convention financière de remboursement entre le ministère des Affaires étrangères et européennes et le ministère de la Défense pour les soins dispensés gratuitement aux militaires et gendarmes djiboutiens et à leurs familles (8 millions d'euros au titre de 2009), ce ministère maintient la position exprimée à la Cour, en septembre 2009, dans sa réponse au relevé d'observations provisoires relatif au service de santé des armées.

L'hôpital Bouffard est une structure militaire entièrement financée, gérée et contrôlée par le ministère de la Défense, avec laquelle le ministère des Affaires étrangères et européennes n'entretient aucun lien et dont il ne finance aucune des activités.

Par ailleurs, la redéfinition de notre partenariat de défense avec Djibouti, actuellement en cours, pourrait amener à une éventuelle modification du statut de l'hôpital Bouffard au fil de la négociation du nouvel accord.

Enfin, le ministère des Affaires étrangères et européennes ne dispose pas de la capacité de financement de l'hôpital, d'autant que s'ajouteront aux 8 millions d'euros, pour 2009, les frais inévitables dus au vieillissement de la structure.

S'agissant de la deuxième recommandation de la Cour concernant le calcul de l'aide publique au développement française, selon les indications dont dispose ce ministère et sous réserve de confirmation par les ministères compétents, la direction générale du Trésor, en liaison avec le ministère de la défense, a comptabilisé 866 000 euros en 2008 et 910 000 euros en 2009 sur les crédits du programme 178 du ministère de la défense pour des dépenses correspondant à l'aide médicale aux populations civiles de Djibouti.

RÉPONSE DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ETAT

Je partage l'analyse faite par la Cour, notamment sur la question de la performance des hôpitaux d'instruction des armées (HIA).

Vous regrettiez l'absence d'articulation avec le secteur hospitalier civil, alors même que les HIA sont des hôpitaux généralistes, très proches de ceux du secteur civil de taille équivalente, et que leur niveau d'activité apparaît faible. Vous indiquez que ces structures connaissent une forte sous activité, entraînant un faible niveau de recette et un déficit pris en charge par le ministère de la défense.

Les HIA connaissent ainsi un fort déséquilibre entre les ressources qu'ils tirent de leur activité et leurs charges, ce déséquilibre de près de 300 M€, soit 53 % des produits, étant financé par le budget de la défense.

Par courrier en date du 15 octobre 2009, le directeur du budget vous avait indiqué que les difficultés similaires que vous pointiez dans votre précédent projet de rapport pourraient le cas échéant être étudiées dans le cadre de la deuxième vague des travaux de la RGPP. Cependant, compte tenu du volume important de réformes concernant le ministère de la Défense lancées dans le cadre de la première vague de travaux de RGPP, il n'a pas été possible d'inscrire de nouvelles réformes à ce titre.

Toutefois, la situation des hôpitaux du SSA a été évoquée avec le ministère de la Défense lors des conférences budgétaires pour la préparation du budget triennal 2011-2013. A cette occasion, ce ministère a indiqué à mes services mener des travaux en interne afin d'améliorer la situation de ces hôpitaux, tant du point de vue de leurs recettes que de leur organisation.

Je peux vous assurer que mes services seront attentifs à ce que ces travaux aboutissent et permettent à la fois de diminuer la charge pour le ministère de la défense et d'aboutir à une meilleure articulation avec le secteur civil dans le cadre de la politique régionale conduite par les agences régionales de santé (définition des stratégies de développement d'activité et d'investissement, mutualisation des moyens), gage d'une plus grande performance de ces hôpitaux et de leurs personnels.

**Liste des rapports publiés par la Cour des comptes
depuis le 1^{er} janvier 2007**

- * Rapport public annuel (février 2010)
- * Rapport public annuel (février 2009)
- * Rapport public annuel (février 2008)
- * Rapport public annuel (février 2007)

*** Rapports sur l'exécution des lois de finances pour l'année 2009 :**

- Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques (juin 2010)
- Résultats et gestion budgétaire de l'Etat – Exercice 2009 (mai 2010)
- La certification des comptes de l'Etat – Exercice 2009 (mai 2010)

*** Rapports sur l'exécution des lois de finances pour l'année 2008 :**

- Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques (juin 2009)
- Résultats et gestion budgétaire de l'Etat – Exercice 2008 (mai 2009)
- La certification des comptes de l'Etat – Exercice 2008 (mai 2009)

*** Rapports sur l'exécution des lois de finances pour l'année 2007 :**

- Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques (juin 2008)
- Résultats et gestion budgétaire de l'Etat – Exercice 2007 (mai 2008)
- La certification des comptes de l'Etat – Exercice 2007 (mai 2008)

*** Rapports sur l'exécution des lois de finances pour l'année 2006 :**

- Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques (juin 2007)
- Résultats et gestion budgétaire de l'Etat – Exercice 2006 (mai 2007)
- La certification des comptes de l'Etat – Exercice 2006 (mai 2007)

*** Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale :**

Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2009 (juin 2010)

Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2008 (juin 2009)

Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2007 (juin 2008)

Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2006 (juin 2007)

*** Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale :**

Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2010)

Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2009)

Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2008)

Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2007)

Rapports publics thématiques :

Le service public pénitentiaire : prévenir la récidive, gérer la vie carcérale (juillet 2010)

La Poste : un service public face à un défi sans précédent, une mutation nécessaire (juillet 2010)

Les concours publics aux établissements de crédit : bilan et enseignements à tirer (mai 2010)

L'éducation nationale face à l'objectif de la réussite de tous les élèves (mai 2010)

Les effectifs de l'Etat 1980-2008 - Un état des lieux (décembre 2009)

Les collectivités territoriales et les clubs sportifs professionnels (décembre 2009)

Le transfert aux régions du transport express régional (TER) : un bilan mitigé et des évolutions à poursuivre (novembre 2009)

La conduite par l'Etat de la décentralisation (octobre 2009)

France Télévisions et la nouvelle télévision publique (octobre 2009)

La protection de l'enfance (octobre 2009)

Les concours publics aux établissements de crédit : premiers constats, premières recommandations (juillet 2009)

Les communes et l'école de la République (décembre 2008)

La formation professionnelle tout au long de la vie (octobre 2008)

Les aéroports français face aux mutations du transport aérien (juillet 2008)

La mise en œuvre du plan cancer (juin 2008)

Le réseau ferroviaire, une réforme inachevée, une stratégie incertaine (avril 2008)

Les grands chantiers culturels (décembre 2007)

Les aides des collectivités territoriales au développement économique (novembre 2007)

Les institutions sociales du personnel des industries électriques et gazières (avril 2007)

La gestion de la recherche publique en sciences du vivant (mars 2007)

Les personnes sans domicile (mars 2007)

*** Contrôle des organismes faisant appel à la générosité publique**

La Fondation pour l'enfance (avril 2010)

La Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France (février 2010)

La Société protectrice des animaux (septembre 2009)

L'association France Alzheimer et maladies apparentées : l'impact des recommandations de la Cour (juin 2009)

Le Comité Perce-Neige : l'impact des recommandations de la Cour (juin 2009)

L'association Sidaction : l'impact des recommandations de la Cour (juin 2009)

Les Restaurants du Cœur – Les Relais du Cœur : l'impact des recommandations de la Cour (juin 2009)

Amnesty International section française (AISF) (décembre 2008)

La ligue nationale contre le cancer (octobre 2007)

La qualité de l'information financière communiquée aux donateurs par les organismes faisant appel à la générosité publique (octobre 2007)

Fondation « Aide à Toute détresse » - ATD Quart Monde (mars 2007)

Association « Le Secours Catholique » (mars 2007)