

Le service de santé des armées : une évolution engagée

PRESENTATION

Le service de santé des armées emploie environ 16 000 agents et dispose d'un budget de plus d'1,6 Md€. Il est chargé d'apporter les meilleurs soins aux militaires, tant sur le territoire national qu'en opérations extérieures. Les soins sont assurés par une composante de proximité, la médecine d'unité, et par neuf hôpitaux militaires, les hôpitaux d'instruction des armées, répartis sur le territoire métropolitain. A côté de leur mission prioritaire, les hôpitaux militaires soignent principalement des civils.

En octobre 2010, la Cour a publié un rapport public thématique intitulé « médecins et hôpitaux des armées ». Ce rapport formulait quatorze recommandations. La Cour préconisait de réduire le coût de la formation des personnels médicaux et de la rendre plus pertinente, d'améliorer l'efficacité et le suivi du soutien santé en opérations extérieures, de mieux utiliser le temps des médecins d'unité et de réduire le déficit des hôpitaux militaires.

Le service de santé des armées a adopté un projet de modernisation présenté au conseil des ministres du 18 mai 2011 et a fait preuve d'une réelle volonté d'amélioration de sa performance. Le bilan des suites données par le service aux recommandations de la Cour est positif bien qu'inégal. Le service de santé des armées finalise un nouveau projet de service afin de poursuivre son adaptation.

I - La formation des praticiens des armées a été optimisée

B - Une scolarité intégrant mieux les besoins militaires

Dans son rapport de 2010, la Cour avait relevé que la formation militaire des praticiens du service de santé des armées était insuffisante.

Elle ne représentait qu'environ 4 % de la formation dispensée aux praticiens militaires. En y ajoutant certaines formations médico-militaires et des cours de langue, cette part ne dépassait pas 8 %.

Par une décision du 6 juillet 2010, le service de santé a créé à Lyon-Bron l'école de santé des armées qui remplace, à compter du 2 juillet 2011, les écoles de Bordeaux et de Lyon. La création d'une école unique a été l'occasion de rédiger un projet d'établissement répondant aux préoccupations exprimées par la Cour.

La formation militaire a été renforcée, particulièrement en deuxième et troisième année d'études. Pour ces deux années, l'encadrement est confié uniquement à des officiers des armes plutôt qu'à des officiers du service de santé. Certaines activités militaires facultatives sont devenues obligatoires et d'autres ont été créées, en utilisant le retour d'expérience de la participation de médecins aux conflits actuels. Ainsi, une initiation aux techniques d'intervention opérationnelle et le doublement des activités en terrain libre visent à mieux préparer les personnels médicaux à des situations de combat de haute intensité où ils peuvent être pris à partie, remédiant ainsi à un point faible identifié par la Cour en 2010.

La formation militaire représente désormais 1 279 heures au cours des six années de scolarité, soit 13 % du volume annuel de formation. La recommandation de la Cour a donc été suivie grâce à une augmentation quantitative des heures et modules de formation militaire et une meilleure préparation des praticiens militaires aux contraintes spécifiques des missions opérationnelles.

C - Un coût de formation réduit

La Cour relevait que le taux d'encadrement des élèves des écoles de praticiens de Bordeaux et Lyon était, à la fin de l'année 2009, de un personnel administratif ou de soutien pour 2,8 élèves, taux particulièrement élevé.

La fusion des deux écoles de praticiens de Lyon et Bordeaux a permis de réduire le nombre de personnels administratifs et de soutien de 30 %, faisant passer le taux d'encadrement à un personnel pour quatre élèves en 2011. En intégrant aux réductions d'effectifs le transfert de 46 personnels au groupement de soutien de la base de défense de Lyon, dans le cadre de la réforme du soutien en janvier 2011, le taux d'encadrement passe même à un personnel pour cinq élèves.

La réduction des dépenses de personnel doit générer des économies annuelles de 3 M€ et celle des dépenses de fonctionnement

environ 1,6 M€ à compter de 2013. Ainsi, l'économie annuelle nette pérenne devrait être de 4,6 M€ par an. En 2010, l'objectif était atteint à 55 %, avec des économies de 2,5 M€.

Dans son rapport public thématique de 2010, la Cour avait regretté que le déménagement de Toulon à Lyon de l'école du personnel paramédical des armées, ait été trop rapidement écarté par le service de santé des armées, alors qu'un tel regroupement aurait permis une rationalisation plus poussée des structures de formation. Depuis juillet 2011, le service envisage cette hypothèse qui permettrait, d'après une étude interne, de réaliser des économies nettes de l'ordre de 3,5 M€ par an. Cette démarche de rationalisation et de mutualisation de la formation doit être poursuivie.

D - Le remboursement des frais de scolarité

Aux termes des dispositions statutaires, les élèves et anciens élèves des écoles du service de santé des armées mettant fin avant leur terme à leur engagement de service sont tenus au remboursement des rémunérations nettes perçues pendant leurs études, affectées d'un coefficient de majoration de 1,5. Dans son rapport de 2010, la Cour avait critiqué l'octroi systématique de sursis, voire d'exonérations, aux élèves et anciens élèves des écoles mettant fin prématurément à leur engagement de service mais poursuivant une carrière dans la fonction publique.

Le service de santé des armées a redéfini sa politique en la matière. En application d'une directive du directeur des affaires financières du ministère de la défense en date du 11 octobre 2010, tous les élèves sont tenus au remboursement, même ceux qui poursuivent leur carrière dans la fonction publique. Ces nouvelles orientations ont été mises en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2010.

II - Le soutien santé en opérations extérieures a été amélioré

A - Une meilleure adaptation du soutien santé aux nouvelles conditions d'emploi des forces

1 - La formation des personnels « pérимédicaux »

Les conditions particulières du déploiement en Afghanistan, en particulier la participation de très petits groupes de soldats aux opérations

aux côtés des forces afghanes, avaient mis en évidence la nécessité de disposer, en plus des médecins et infirmiers des forces, de militaires, notamment les auxiliaires sanitaires, formés aux techniques du secourisme au combat. Afin de mieux préparer ces personnels dits « pérимédicaux » à faire face aux urgences vitales, le service de santé des armées a mis en place en février 2009 une formation d'« *aptitude de sauvetage au combat* » de niveau 2². La Cour recommandait de poursuivre et d'élargir les efforts de formation.

L'objectif de former 150 auxiliaires sanitaires par an a été atteint sur la période 2009-2012 et la cible initiale de 600 personnels formés a été atteinte avant l'échéance de quatre ans.

L'effort sur la formation de ces personnels doit être maintenu, malgré le retrait progressif d'Afghanistan, du fait notamment de la persistance de conflits asymétriques³ et de demandes émanant de certains personnels servant dans des conditions particulières (forces spéciales).

2 - Les moyens aériens pour l'évacuation des blessés

En 2010, la Cour avait relevé l'insuffisance des moyens aériens pour l'évacuation et le rapatriement des blessés.

En ce qui concerne l'évacuation stratégique des blessés graves vers la métropole, le service de santé des armées peut avoir recours aux avions à usage gouvernemental et à deux équipements MORPHEE⁴. Le deuxième kit n'est disponible que depuis juin 2011, alors que la Cour constatait déjà en 2010 que le retard pris pour acquérir cet équipement était de plus de deux ans.

Contrairement à l'Allemagne, la France ne dispose d'aucune capacité importante d'évacuation mobilisable immédiatement. En effet, si les équipements MORPHEE permettent une utilisation polyvalente des avions qui leur servent de vecteurs et donc un vivier d'appareils utilisables important, il faut six heures pour équiper ces avions. Cependant, selon le service de santé, ce délai ne compromet pas les chances des blessés graves qui, pour être transportés, doivent être stabilisés et mis en condition par un ensemble de mesures dont la mise en œuvre dépasse largement cette durée.

² Une formation de secours au combat de niveau 1 est, par ailleurs, dispensée à tous les militaires devant partir en opérations extérieures.

³ Un conflit asymétrique est un conflit entre une ou des armées classiques et une guérilla.

⁴ Module de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation. Ce kit permet la médicalisation rapide d'un des onze avions KC-135 de l'armée de l'air.

Les évacuations stratégiques de ces dernières années ont pu être effectuées avec les moyens nationaux et l'année 2011 a été marquée par une forte utilisation des différents moyens aériens mis à la disposition du service de santé pour les évacuations sanitaires. Par ailleurs, pour l'évacuation tactique des blessés vers les antennes chirurgicales de proximité, le service a pu recourir aux hélicoptères des nations alliées pour pallier l'insuffisance des moyens nationaux.

3 - La détection et le traitement des troubles psychiques post-traumatiques

L'engagement français en Afghanistan a abouti à une prise en compte croissante des troubles de stress post-traumatique en opérations. Cependant, la Cour relevait en 2010 que le service de santé n'était pas assez impliqué dans la détection et le suivi de ces troubles et que l'armée de terre avait dû mettre en place, sans son concours, de nombreuses actions en la matière.

Un plan d'actions « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées 2011-2012 » a été adopté par le service le 10 mars 2011. Un des objectifs du plan d'actions est d'améliorer le diagnostic et l'information générale en renforçant la formation pratique des médecins d'unité, en mettant en place une politique cohérente de surveillance épidémiologique et en sensibilisant les militaires aux risques du stress opérationnel.

La complémentarité entre psychologues des armées et psychiatres du service de santé reste cependant à définir précisément. Les premiers, présents en permanence sur les théâtres d'opérations, notamment en Afghanistan, sont chargés du soutien psycho-social, tourné vers le groupe et l'environnement des militaires. De leur côté, les psychiatres du service de santé sont chargés du soutien médico-psychologique, tourné vers l'individu, qui permet le dépistage de troubles et la mise en œuvre de soins appropriés. Ils consultent dans les hôpitaux militaires de métropole mais peuvent aussi être prépositionnés (Afghanistan, Djibouti) ou envoyés ponctuellement sur le terrain. Dans ce dernier cas, il peut en résulter une confusion avec les psychologues des armées tant que les modes d'intervention des différents acteurs ne seront pas clairement définis. Une des orientations du plan d'actions de 2011 vise précisément à remédier à cette insuffisance.

B - Une coopération avec les alliés encore modeste

Le rapport de 2010 notait que la coopération entre le service de santé français et les services de santé alliés ne donnait généralement pas lieu à de vraies mutualisations de moyens.

La coopération avec les alliés en coalition n'a pas fait l'objet d'avancée majeure depuis 2010. L'accueil de personnels de santé étrangers et l'envoi de praticiens français au sein d'unités étrangères se sont poursuivis. Mais le partage de matériel et de procédures n'a été développé que marginalement. Il ne concerne toujours principalement que l'Allemagne. Selon le service, la mutualisation du soutien médical des opérations avec les alliés est limitée par l'insuffisance de la plupart des services de santé alliés dans le domaine du soutien médical et la différence de standard de prise en charge médicale.

En dehors des engagements en coalition, la coopération institutionnelle avec d'autres services de santé a été approfondie, notamment avec le service de santé du Royaume-Uni à la suite des accords de *Lancaster House* de novembre 2010. Par ailleurs, dans le cadre des projets de « mise en commun et partage » (« *Pooling and Sharing* ») de l'OTAN et de l'Agence européenne de défense, le service de santé français co-préside depuis novembre 2011 un groupe de travail dont l'objet est de favoriser la mutualisation des capacités santé entre les pays alliés.

C - Des délais d'évacuation des blessés toujours inconnus

Si la doctrine française de médicalisation de l'avant privilégie l'action médicale au plus près du blessé, celui-ci doit ensuite être évacué au plus vite, si son état le nécessite, vers des structures médicales plus élaborées. Par ailleurs et dans une perspective tout autant opérationnelle, le service de santé doit pouvoir comparer ses performances aux recommandations de l'OTAN⁵, ce qui implique aussi le développement d'un système de mesure des délais d'évacuation. Enfin, le délai d'évacuation est une donnée sensible et importante aux yeux des familles de militaires.

⁵ Dans les dix minutes suivant la blessure, les gestes de premier secours doivent faire cesser le saignement. Dans l'heure qui suit la blessure, une équipe médicale doit rejoindre le blessé pour le prendre en charge. Dans les deux heures le blessé doit être arrivé, après un transport héliporté médicalisé, au sein d'une structure chirurgicale.

En 2012, le service ne dispose toujours que d'informations fragmentaires et de sources différentes en matière de délais d'évacuation. Les seuls délais moyens fournis respectent la directive de l'OTAN (85 minutes en moyenne entre la blessure et l'arrivée du blessé dans une structure chirurgicale). Ces données ne concernent que l'Afghanistan, qu'une des trois recommandations OTAN⁶ et qu'une période de temps limitée, dix mois, de novembre 2009 à août 2010.

Le service de santé indique que le suivi des délais implique de développer un registre des traumatismes et donc un système de collecte de données. Souhaitant que l'interopérabilité soit assurée avec l'OTAN, le service attend que le groupe de travail ad hoc de l'Organisation ait défini les caractéristiques communes de ce système, prévu pour 2015, ce qui paraît tardif.

Le service de santé des armées reste donc aujourd'hui dans l'incapacité de fournir les délais moyens d'évacuation ou de prise en charge et de les comparer aux recommandations de l'OTAN.

D - L'aide médicale aux populations

Relevant que l'activité générale des équipes médicales était très faible sur les théâtres d'opérations, la Cour recommandait en 2010 d'ouvrir plus largement les soins aux populations civiles et de développer la coopération civilo-militaire.

La doctrine interarmées de l'aide médicale aux populations du 15 mai 2009 en définit notamment les objectifs, principes et contraintes. L'aide médicale aux populations vise d'abord à répondre aux besoins vitaux de la population civile et à l'acceptation de la présence armée française. De manière secondaire, elle permet d'entretenir la motivation du personnel et de maintenir une activité technique régulière pour les équipes médicales. Cette aide est soumise à plusieurs exigences : une demande des autorités locales, la priorité laissée au soutien des forces françaises, l'impératif de sécurité et la nécessité de ne pas nuire au système de santé local. Cette doctrine n'a pas été revue.

En 2011, l'aide médicale aux populations représentait 35 % des consultations, 56 % des hospitalisations et 85 % des interventions chirurgicales en opérations et les dépenses liées ont augmenté de 36 % en deux ans pour atteindre 2,62 M€. Toutefois, faute de disposer des

⁶ Il s'agit de la recommandation relative aux deux heures avant l'arrivée en structure chirurgicale. En l'absence même de données, le service de santé des armées considère que la première recommandation de l'OTAN est structurellement satisfaite par la formation de « sauvetage au combat » mise en place depuis 2008.

statistiques générales et de séries dans la durée, ces données ne préjugent ni d'une augmentation réelle de l'aide ni d'une hausse de l'activité des équipes médicales sur le terrain.

III - La réforme de la médecine d'unité a été modeste

A - Des médecins d'unité davantage impliqués dans la médecine d'urgence

Le rapport de 2010 soulignait la faible part de l'activité des médecins d'unité consacrée à la médecine opérationnelle et à la médecine d'urgence, directement utilisable en opérations. Tout en soulignant que la médecine militaire ne se limite pas à la seule médecine opérationnelle et que cette dernière ne correspond pas à la seule médecine d'urgence, le service incite désormais davantage les médecins d'unité à la pratique des urgences. Chaque année depuis 2010, les personnels de santé doivent réaliser quatre gardes par an.

Pour les médecins, les objectifs fixés par les directives ont été atteints dès 2011 et devraient être largement dépassés en 2012. En revanche, l'objectif n'est pas encore atteint en 2012 pour les infirmiers. De manière générale, l'objectif de quatre gardes par personnel et par an est modeste et recouvre des réalités disparates⁷.

B - Une activité médicale très faible

À la fin de l'année 2009, les services médicaux d'unité étaient au nombre de 286 en métropole, 20 outre-mer et 10 à l'étranger, soit un total de 316. Le rapport de 2010 mettait en relation la faible productivité des services médicaux d'unité avec l'éparpillement des structures, estimant que la création des bases de défense devrait permettre de regrouper des équipes médicales desservant mieux une plus grande population militaire.

Au 1^{er} janvier 2011, le service de santé a créé, en remplacement des 316 services médicaux d'unité, 55 centres médicaux des armées (CMA) en métropole et 14 centres médicaux interarmées (CMIA) outre-mer et à l'étranger. Intégrées aux bases de défense, ces structures disposent par ailleurs d'antennes pour desservir les différentes unités.

⁷ Certains médecins effectuent un nombre significatif de vacations, d'autres n'en font pas du tout.

Le nombre total de structures, en comptabilisant les antennes, est de 309 en août 2012, soit une modeste réduction de sept structures par rapport à 2009 (- 2 %), alors que près de trente unités ont été dissoutes sur cette même période. Une très faible part de cette réduction résulte d'optimisations ou de réelles mutualisations.

La création des centres médicaux a permis une mise en commun des moyens, en regroupant les effectifs, véhicules et les matériels de santé sous l'autorité du commandant de chaque centre médical. Cette mutualisation permet ainsi de supporter plus facilement les absences liées aux nécessités opérationnelles comme les départs en OPEX ou les formations. Les mutualisations réellement génératrices d'économies sont cependant assez rares : seuls quelques centres médicaux ont regroupé sur un même site des stocks de médicaments et le matériel « santé ».

Une étude réalisée en janvier 2012 par le ministère de la défense identifie les économies réalisées en « régime permanent », à compter de 2013 : elles s'établiraient à 11,1 M€ par an, résultant de la suppression nette de 180 postes et 1,8 M€ par an d'économies de fonctionnement. Sur les 180 postes supprimés, seuls 18, soit 10 %, sont imputables aux mutualisations, les autres réductions résultant de la dissolution d'unités. Le service considère que la réorganisation n'a pas permis de réduire de manière conséquente le nombre de personnels médicaux dans la mesure où la médecine d'unité était en sous-effectif en métropole, ce que les constats de la Cour infirment au moins en partie.

L'activité médicale des médecins d'unité n'a pas augmenté depuis 2010. Le rapport public thématique de 2010 notait qu'un médecin d'unité effectuait environ 900 consultations de soins et environ 800 consultations d'expertise par an. En 2011, le service de santé indique que chacun des 624 médecins d'unité a réalisé, en moyenne, 780 consultations de soins et 456 visites d'expertise ; l'activité médicale semble donc avoir baissé par rapport aux données de 2010, qui, selon le service, étaient peu fiables.

Le nombre de jours consacrés à la médecine de soins est très faible : 3,4 jours par mois. De plus, les 65 consultations mensuelles d'un médecin d'unité aboutissent à un ratio moyen de 19 consultations par jour et par médecin. En prenant une durée moyenne de 20 minutes par consultation, les consultations représentent ainsi seulement six heures et demie de travail par jour.

La réorganisation a été l'occasion d'améliorer la répartition géographique du soutien médical de la gendarmerie, qui représente environ un tiers des effectifs soutenus par le service. Une délégation de gestion cadre entre l'état-major des armées et la direction générale de la gendarmerie nationale devait fixer la contribution de la gendarmerie,

rattachée au ministère de l'Intérieur depuis trois ans, au financement du service de santé. Ce document n'est toujours pas signé.

Enfin, la Cour avait constaté en 2010 que les implantations du service de santé outre-mer et à l'étranger étaient surdimensionnées en personnels administratifs et médicaux, dans des proportions que le soutien aux familles des militaires⁸ n'expliquait pas. Entre 2010 et 2012, les effectifs des directions interarmées du service de santé ont diminué de près de 8 % et le nombre de médecins militaires de 13 %. Cependant, le nombre de militaires à soutenir a décru dans des proportions comparables, si bien que le ratio de soutien n'a que peu évolué.

Ainsi, la mutualisation des médecins d'unité au sein des bases de défense, potentiellement porteuse d'économies d'échelle, n'a abouti que très marginalement à des réductions d'effectifs, à périmètre constant. Loin d'augmenter, l'activité de soins des médecins d'unité a décliné par comparaison à 2009.

C - L'absence persistante de facturation des soins pour des raisons ne relevant pas du service

La Cour constatait que tous les militaires et leurs ayants droit continuent d'être soignés totalement gratuitement, en dépit d'une recommandation déjà émise en 2002, alors que près des trois-quarts des consultations n'ont aucun lien avec le service. Le manque à gagner était estimé à près de 10 M€ pour le service de santé des armées.

Depuis septembre 2011 et la mise en place d'un suivi précis, plus des deux tiers des consultations et actes médicaux réalisés par la médecine d'unité correspondent à des maladies et blessures en lien avec le service. Ces données actualisées réduisent l'intérêt de procéder à une facturation des soins par rapport au potentiel identifié en 2010.

La recommandation formulée en 2002 et 2010 visait d'abord et principalement à réduire le déficit apparent du service de santé en imputant les dépenses de santé sans lien avec le service à leurs réels débiteurs, l'assurance maladie (principalement la Caisse nationale militaire de sécurité sociale), les mutuelles et les patients eux-mêmes.

La recommandation de la Cour consistait, d'autre part, à faire partager par tous les assurés sociaux l'effort de maîtrise de la consommation de soins imposé par les lois de financement de la sécurité

⁸ À l'étranger, les familles de militaires représentent une partie plus importante de la patientèle du service de santé qu'en métropole.

sociale. Cet effort se traduit notamment par le paiement de la participation forfaitaire et par les sommes laissées à la charge du patient.

L'état-major des armées considère qu'un éventuel paiement des soins, lorsqu'un militaire ne consulte pas pour raisons de service, ne devrait avoir aucun impact sur la condition militaire, notamment en termes de gratuité des soins et de simplicité des liens unissant le service de santé aux forces. La possibilité laissée aux militaires de se faire soigner dans des structures civiles, largement utilisée, réduit cependant la portée de cette considération, d'autant que les militaires (et leurs ayants droit) soignés dans les hôpitaux militaires pour des affections contractées hors du service se voient déjà facturer les soins prodigués par le service de santé. La gratuité pratiquée actuellement dans les centres médicaux, au moins pour les ayants droit, résulte ainsi plus de difficultés matérielles et organisationnelles que de considérations relatives à la condition militaire.

Estimant que les coûts de mise en œuvre d'une facturation réelle aux militaires et à leurs ayants droit sont trop élevés, le service réfléchit à un système simplifié reposant sur une contribution forfaitaire. Chaque année, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale⁹ rembourserait au service un montant correspondant à l'activité déclarée des centres médicaux en faveur des personnes concernées. Le service de santé estime que ce système ne pourrait cependant être mis en œuvre qu'en 2015, du fait des nécessaires modifications réglementaires et de la durée nécessaire au déploiement complet du logiciel médico-militaire. Ce système reposerait sur des données purement déclaratives et difficilement vérifiables. Il nécessite l'accord de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale qui peut souhaiter la mise en place d'un contrôle de la réalité des actes.

Un tel mécanisme de facturation forfaitaire répondrait en partie à l'objectif de transparence mais il ne permet pas de faire partager par les militaires et leurs ayants droit l'effort de maîtrise de la consommation de soins.

⁹ Cette caisse représente l'enjeu financier le plus important car elle prend en charge les dépenses des militaires (87 % des consultations et 79 % des actes infirmiers hors service) et d'une partie de leurs ayants-droit.

IV - Les neuf hôpitaux militaires ont réduit leur déficit et resserré leurs liens avec le système civil de santé

A - La réduction du déficit des hôpitaux d'instruction des armées

1 - Le plan d'action hospitalier de 2011

Un « plan de réduction du déséquilibre financier de la fonction hospitalière pour la période 2011-2015 » a été adopté au printemps 2011. Décliné, en juin 2011, en contrats de retour à l'équilibre financier entre les neuf hôpitaux militaires et la direction centrale du service de santé, il vise à réduire le déficit des hôpitaux de près de moitié entre 2009 et 2015 pour passer de 281 M€ à 151 M€.

La Cour relevait en 2010 que, comparées à des hôpitaux de taille similaire, les hôpitaux d'instruction des armées (ou hôpitaux militaires) avaient une activité et une productivité hospitalières trop faibles. Tirant les conséquences de ce constat, le service fait porter l'essentiel de l'effort de réduction du déficit sur une hausse des produits, générée par une augmentation de l'activité hospitalière. Une telle stratégie implique cependant une hausse des charges, que le service de santé espère maîtriser afin d'obtenir une réduction effective du déficit hospitalier.

2 - Une activité médicale en hausse mais inférieure aux prévisions du plan d'action

Afin d'augmenter leur activité, les hôpitaux militaires ont repris la majorité des recommandations de la Cour. Ils ont cherché à mieux s'intégrer dans leur environnement de santé, notamment au moyen de collaborations inter hospitalières, et à développer leur activité d'urgence afin de capter de nouveaux patients et de renforcer leur visibilité. De plus, une circulaire du 30 juin 2011 définit un parcours de soins au profit de la communauté militaire, dont l'objectif est d'inciter les militaires à se faire soigner en priorité dans les structures militaires. Enfin, de nouvelles conventions ont été conclues avec certaines administrations¹⁰, sur le

¹⁰ Convention avec le ministère du budget relative à l'aptitude du personnel naviguant de la direction générale des douanes et droits indirects (décembre 2011), convention avec la direction générale de l'aviation civile (DGAC), relative à la prise en charge des visites médicales réglementaires des pilotes demandeurs d'emploi (juillet 2012).

modèle de la convention passée en juin 2008 avec le ministère de l'intérieur relative à la prise en charge de la visite médicale annuelle des préfets et sous-préfets.

En interne, les plages horaires d'ouverture des secrétariats ont été élargies et des actions ont été menées pour augmenter le taux de rotation des lits et la productivité, notamment en développant l'activité ambulatoire et l'hôpital de jour (entre 2009 et 2011, les séjours de moins de 24 heures ont augmenté de sept points dans le total des séjours).

Depuis le rapport de la Cour de 2010, le taux d'occupation des lits est passé de 52 à 61 %, le ratio moyen brut de séjours chirurgicaux par chirurgien a augmenté de 140 à 194 et le nombre d'actes de bloc opératoire a crû de 28 %. Mais ils restent inférieurs aux normes communément admises dans les centres hospitaliers civils.

L'activité est en hausse dans la majorité des secteurs entre 2010 et 2012 : c'est notamment le cas pour la chirurgie (+ 9 %), la médecine (+ 7 %), les séances de chimiothérapie (+ 21 %) et radiothérapie (29 %) et l'utilisation des matériels d'imagerie (+ 107 % pour les scanners, 109 % pour les IRM et 104 % pour les tomographes à émission de positons). Toutefois, l'activité n'atteint parfois pas les objectifs du plan d'action : les soins de suite et la réadaptation (- 3 % pour les hospitalisations complètes), la psychiatrie (- 1 % pour les hospitalisations complètes)¹¹ et les consultations spécialisées (- 3 %) s'écartent particulièrement de la trajectoire.

3 - Une hausse des produits en deçà des objectifs

Les produits totaux s'établissent à 591 M€ en 2011. Par rapport à 2009, ils ont crû de 11 %. L'objectif fixé par le plan d'action hospitalier de 604 M€ n'est atteint qu'à 98 %.

Les produits proviennent à 85 % de l'activité de soins au profit de patients ne relevant pas du ministère de la défense et couverts par l'assurance maladie, les mutuelles voire les patients eux-mêmes : ces produits sont qualifiés de « recettes extrabudgétaires » car ils ne proviennent pas du budget du ministère de la défense. Ces « recettes extrabudgétaires » atteignent 503 M€ en 2011, soit une hausse de 8 % par rapport à 2009 et 99 % de l'objectif fixé par le plan.

¹¹ Pour les soins de suite, la réadaptation et la psychiatrie, le service de santé précise que l'écart par rapport aux objectifs est volontaire, dans la mesure où ces activités restent en sous dotation globale contrairement aux prévisions.

Les autres produits (15 % du total) correspondent à la valorisation des prestations des hôpitaux en direction du ministère de la défense (soins aux armées, conseil au commandement, enseignement). Ces « produits régaliens » ne sont pas des recettes versées par le budget du ministère de la défense ; ils ne sont calculés que pour pouvoir déterminer le déficit des hôpitaux militaires. Ils sont eux aussi en augmentation depuis 2009 (+ 31 M€), année où ils étaient particulièrement faibles.

Cependant, les objectifs de produits fixés par le plan de retour à l'équilibre ne sont pas atteints. En 2011, l'écart entre objectif de recettes et recettes exécutées s'élevait à 13 M€. Il pourrait atteindre 20 M€ en 2012, soit un taux d'exécution de 97 % (au lieu de 98 % en 2011). Cet écart à la programmation résulte en grande partie de « produits régaliens » insuffisants (autour de seulement 90 % seulement de l'objectif), les recettes d'assurance maladie, des mutuelles et des patients évoluant plus conformément au plan de retour à l'équilibre (autour de 98 % de l'objectif).

Tableau n° 1 : évolution des recettes des hôpitaux militaires

En M€	2009	2010	2011			2012**		
			M€	taux de réalisation*	évolution 2009-2011	M€	taux de réalisation*	évolution 2009-2012
Produits	531	585	591	98 %	11 %	615	97 %	16 %
Extrabudgétaires	466	495	503	99 %	8 %	527	98 %	13 %
Régaliens	64	91	88	92 %	38 %	88	90 %	38 %

* Par rapport au plan d'action hospitalier de 2011

** Projection

Source : Cour des comptes, service de santé des armées.

D'un point de vue plus général de maîtrise des coûts de santé publique, il faut noter que le plan de retour à l'équilibre repose sur une hausse des recettes d'assurance maladie d'environ 3,5 % par an pendant cinq ans, soit une croissance supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par les lois de financement de la sécurité sociale¹².

4 - Une maîtrise des charges à poursuivre

En 2011, les charges des hôpitaux militaires atteignent un peu moins de 800 M€. Elles sont composées des rémunérations et charges sociales (64 %), de charges médicales (15 %), de charges hôtelières et générales (12 %), de dotations aux amortissements et charges financières (6 %) et d'une quote-part pour frais généraux (3 %).

¹² La loi du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques fixe l'augmentation de l'ONDAM à 2,9 % en 2011 et 2,8 % par an en 2012, 2013 et 2014.

Entre 2009 et 2011, les charges ont légèrement mais régulièrement diminué, passant de 811 à 796 M€ (- 2 %). Cette évolution, notamment la diminution de 10 M€ des charges entre 2010 et 2011, résulte cependant en partie de changements de périmètre. En 2011, si les rémunérations et charges sociales sont en diminution de 6 %, les charges médicales (+ 8 %) et les charges hôtelières et générales (+ 6 %) augmentent plus rapidement que les prévisions du plan de retour à l'équilibre.

Le service de santé des armées indique avoir suspendu toutes dépenses d'infrastructures, sauf celles nécessaires à la sécurité.

En ce qui concerne la réduction de la population administrative, la baisse de 77 personnels administratifs en trois ans a été obtenue en partie par des changements de périmètre. Le personnel administratif représente toujours 19 % du total, proportion sensiblement supérieure au ratio constaté dans les structures civiles (15,2 %).

L'emploi de personnel civil plutôt que de militaires est, à tâches égales, généralement moins coûteux. Le service estime que la part des civils a atteint un plafond eu égard aux missions opérationnelles du service. En 2012 cependant, les civils représentaient 43,5 % des effectifs, en baisse de plus d'un point par rapport à 2011. Par ailleurs, les obstacles au recrutement de civils résultent plus de réticences culturelles, de l'insuffisante attractivité financière ou de blocages juridico-administratifs que du respect du contrat opérationnel des armées.

La mutualisation des achats a été développée dans deux directions. Depuis le 1^{er} janvier 2011, la direction des approvisionnements en produits de santé centralise les achats relatifs au cœur de métier santé. Selon une estimation du service de santé d'avril 2012, le service dans son ensemble aurait réalisé en 2011 une économie de 8 M€ sur les achats passés par la direction des approvisionnements.

Dès 2011, des mutualisations ont été recherchées avec l'union des groupements d'achat public, le réseau des acheteurs hospitaliers d'Ile-de-France et la centrale d'achat de l'OTAN. Au-delà de ces efforts réels mais réduits (13 M€ d'achats mutualisés par an), le service n'a pas recherché de coopérations à plus grande échelle avec d'autres gros acheteurs comme les hôpitaux publics pour obtenir une meilleure performance.

Les achats non spécifiques devaient être transférés en janvier 2012 aux autres pouvoirs adjudicateurs métiers du ministère. Cependant, l'incapacité de ces entités à fournir des informations comptables fiables et complètes a conduit les hôpitaux militaires à ne transférer que très peu de segments d'achat (le gardiennage et les espaces verts soit 2 M€).

Les hôpitaux militaires ont, par ailleurs, mis en commun entre eux certaines activités (stérilisation, laboratoires de biologie clinique).

5 - La réduction du déficit des hôpitaux et la baisse de la contribution du ministère de la défense

Le déficit des hôpitaux militaires atteint 205 M€ à la fin de l'année 2011. La première année d'application du plan d'action a permis une réduction du déficit de 16 M€. Par rapport à 2009, le déficit est en baisse de plus de 27 %. La cible de déficit fixée par le plan d'action hospitalier pour 2011 (207 M€) est plus qu'atteinte, surtout grâce à la baisse des dépenses plus importante que prévue.

Avant de comparer le déficit des hôpitaux militaires à celui des hôpitaux civils, le service de santé opère des retraitements visant les principales différences entre structures civiles et militaires : l'absence de paiement de taxe sur les salaires dans les hôpitaux militaires et le poids des pensions militaires (dont le taux est le quadruple des pensions de la fonction publique hospitalière). Le retraitement souffre de certaines faiblesses méthodologiques mais identifie un surcoût d'environ 95 M€ pour les hôpitaux militaires en 2011.

En prenant en compte le retraitement opéré par le service sur les dépenses de pensions et l'absence de paiement de la taxe sur les salaires, le déficit pour 2011 atteint 109 M€, soit 16 % des charges retraitées et 18 % des produits. En comparaison, le déficit des hôpitaux publics civils se limite à 1 % des produits et des charges.

Tableau n° 2 : évolution du déficit des hôpitaux militaires

<i>En M€</i>	2009	2010	2011	Evolution 2009-2011	Evolution 2010-2011
Déficit d'exploitation	281	221	205	-27 %	-5 %
<i>(en % des charges)</i>	35 %	27 %	26 %		
<i>(en % des produits)</i>	53 %	38 %	35 %		
Déficit retraité		121	109		-10 %
<i>(en % des charges retraitées)</i>		17 %	16 %		
<i>(en % des produits)</i>		21 %	18 %		

Source : Cour des comptes, service de santé des armées

Enfin, la contribution effective du ministère de la défense aux hôpitaux militaires baisse de 15 % entre 2009 et 2011, passant de 43 % à 37 % des dépenses.

6 - Une performance financière inégale selon les hôpitaux militaires

Les objectifs de recettes fixés par le plan de retour à l'équilibre sont respectés de manière très hétérogène par les neuf hôpitaux. En prenant comme référence les recettes effectives par rapport aux objectifs du plan, les hôpitaux Laveran à Marseille (Bouches-du-Rhône), Clermont-Tonnerre à Brest (Finistère) et Desgenettes à Lyon (Rhône) connaissent les difficultés les plus importantes avec des taux d'exécution atteignant en 2012 seulement 93 à 96 % des objectifs. Les meilleurs résultats sont obtenus par les hôpitaux Robert Picqué à Bordeaux (Gironde), Bégin à Saint-Mandé (Val-de-Marne) et du Val-de-Grâce à Paris avec des taux supérieurs à 100 %.

Les chiffres de la productivité médicale donnent cependant une vision assez différente. Ainsi, le taux d'occupation des lits va de 54 % à l'hôpital Laveran à 69 % pour l'hôpital Sainte-Anne de Toulon (Var) et 73 % pour l'hôpital Clermont-Tonnerre. De même, en ce qui concerne le ratio d'actes chirurgicaux par bloc opératoire effectivement disponibles en 2011, les hôpitaux militaires Percy à Clamart (Hauts-de-Seine) et Sainte-Anne sont insuffisamment performants. Inversement, les hôpitaux Legouest à Metz (Moselle), du Val-de-Grâce et Clermont-Tonnerre dépassent de loin la moyenne.

Les premiers résultats du plan de retour à l'équilibre hospitalier sont donc encourageants, le déficit pour 2011 étant inférieur à la prévision. Cependant, l'évolution des produits est en dessous de la trajectoire fixée par le plan d'action et la stabilité des charges doit être confirmée dans la durée.

B - Une concertation renforcée avec les agences régionales de santé et la direction générale de l'offre de soins

Il ressortait du rapport de la Cour de 2010 que les hôpitaux militaires étaient insuffisamment intégrés au système de santé public, ce qui, d'une part, nuisait à leur rayonnement et au développement de leur activité, d'autre part, aboutissait parfois à des choix de spécialisation ou d'équipement coûteux et inefficaces pour la collectivité.

Depuis 2010, la concertation entre le service de santé des armées et le ministère de la santé s'est améliorée.

Au niveau national, le ministre de la défense et le ministre chargé de la santé ont adopté l'arrêté du 25 juin 2010 qui précise les capacités,

les activités de soins, les équipements et les missions d'intérêt général prises en charge par les hôpitaux militaires. La préparation de cet arrêté a été réalisée conjointement par le service de santé et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé, après consultation des six agences régionales de santé (ARS) concernées. L'arrêté devant être mis à jour tous les deux ans, le projet d'arrêté pour 2012 a de même fait l'objet d'une consultation réciproque. Par ailleurs, la volonté de coopération a été réaffirmée dans une lettre adressée par le ministre de la défense au ministre de la santé le 22 juin 2011. A la suite de cet échange, un officier de liaison du service de santé a été affecté à la DGOS en septembre 2012.

En ce qui concerne les relations locales entre le service et le ministère de la santé, une directive du service de santé du 17 janvier 2011 encourage mais encadre fortement les relations entre hôpitaux militaires et ARS.

Le dialogue avec les agences régionales de santé est encouragé. Une note du 4 octobre 2010 du directeur central constituait une première étape en demandant aux directeurs d'hôpitaux militaires de prendre contact avec les agences et de les informer « dans les meilleurs délais » de « toute modification significative et durable » de l'offre de soins. La directive de 2011 précitée impose désormais au moins une rencontre annuelle entre ARS et hôpitaux militaires. Des réunions ont eu lieu entre septembre 2010 et mars 2011 et des correspondants référents ont été identifiés dans chaque structure. La directive prescrit aux médecins-chefs et à leurs adjoints de participer à l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins et aux conférences de territoire et autres commissions organisées par les agences.

En matière d'échange d'informations, l'article L. 6147-8 du code de la santé publique prévoyait déjà que les ARS, lors de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins, devaient tenir compte de l'offre de soins des hôpitaux des armées. En sens inverse, un décret du 30 janvier 2012 impose désormais aux hôpitaux militaires de consulter l'agence pour « tout élément susceptible d'influer sur l'offre de soins », à la hausse comme à la baisse, notamment « pour tout projet touchant à ses installations et activités de soins ».

Si les relations entre agences régionales de santé et hôpitaux militaires se sont améliorées sur la période, certains projets locaux de mutualisation et spécialisation n'ont pas pu voir le jour. Ainsi, la répartition de l'activité de cardiologie entre l'hôpital civil et l'hôpital militaire de Toulon n'a pas prospéré, le service de santé des armées et l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur se renvoyant la responsabilité de cet échec.

Par ailleurs, le décret de janvier 2012 précité impose aux hôpitaux militaires un devoir d'information, en direction des ARS, lorsqu'ils modifient leur offre de soins, même de manière temporaire. L'entrée en vigueur de cette règle est de nature à éviter certaines difficultés de coordination rencontrées dans le passé. L'ARS Île-de-France n'a ainsi pas été prévenue par l'hôpital du Val-de-Grâce de travaux prévisibles rendant indisponible son caisson hyperbare pendant une semaine d'août 2011, alors que le deuxième caisson hyperbare d'Île-de-France était lui aussi indisponible. A la suite de cet incident, une concertation a été organisée dans le cadre plus large de la permanence des soins.

C - Des équipements davantage mutualisés avec les établissements civils de santé

Des conventions particulières permettent depuis longtemps aux hôpitaux militaires de profiter de complémentarités avec les établissements publics ou privés de santé en mutualisant des moyens, des services ou des personnels. Certains équipements et activités rares des hôpitaux militaires (caissons hyperbares, équipements nucléaires, radiologiques, bactériologiques et chimiques, traitement des brûlés) font par ailleurs l'objet de coopérations au niveau régional. Toutefois, la Cour relevait en 2010 que certains investissements du service de santé, pris sans considération de l'offre locale préexistante, aboutissaient à l'installation d'équipements coûteux et sous-utilisés.

De manière générale, la directive précitée du 17 janvier 2011 incite les hôpitaux à développer la coopération avec les autres structures locales de santé. Elle les invite notamment à recourir aux formules traditionnelles comme les conventions de coopération et à participer aux réseaux de santé. L'adhésion à un groupement de coopération sanitaire, formule plus intégrée, est elle aussi encouragée.

Si l'impulsion politique donnée par la direction centrale du service vise effectivement à améliorer la mutualisation des moyens, les modalités prévues ne laissent qu'une liberté très restreinte aux gestionnaires d'hôpitaux. Dans tous les cas, la direction centrale doit être informée avant la signature par un hôpital de tout document contraignant.

Les projets de coopération ou partenariat sont nombreux et les modalités financières de collaboration assez précises, mais rares sont les chiffrages des économies réalisables ou les estimations du supplément de recettes générées. Par ailleurs, certains projets ne sont en réalité que la reprise, sous une forme différente, de coopérations antérieures.

Les deux projets de groupements sanitaires les plus avancés ont été signés entre l'hôpital du Val-de-Grâce et le groupement hospitalier Cochin en décembre 2011, d'une part, et entre l'hôpital Robert Picqué de Bordeaux et la maison de santé protestante Bagatelle en mai 2012, d'autre part.

De plus, les hôpitaux Percy (Clamart) et Begin (Saint-Mandé) participent depuis février 2012 à la permanence des soins pour la chirurgie en nuit profonde, organisée par l'ARS Île-de-France.

Enfin, d'autres hôpitaux militaires ont cherché à réduire leur isolement et à attirer une nouvelle patientèle en signant des accords avec des structures civiles voisines ou en développant l'accueil des urgences.

Les hôpitaux militaires se sont ainsi progressivement ouverts à de réelles coopérations avec les autres structures hospitalières, tant publiques que privées. La signature des premiers accords relatifs à des groupements de coopération sanitaire de moyens en est le signe le plus évident. Les efforts restent inégaux selon les hôpitaux.

D - Une gestion hospitalière plus professionnelle mais toujours centralisée

Afin d'améliorer la gestion et de responsabiliser les directeurs d'hôpitaux militaires, la Cour recommandait de développer l'autonomie des hôpitaux militaires. La direction centrale du service n'a pas à ce jour donné suite à cette recommandation. Elle considère toujours que seule une gouvernance centralisée permet un pilotage d'ensemble des hôpitaux. Cependant, la déconcentration de la gestion hospitalière concourt à la mise en œuvre des deux recommandations précédentes relatives à l'ouverture des hôpitaux militaires sur leur environnement local de santé. L'absence de progrès dans cette voie est donc particulièrement regrettable.

Par ailleurs, constatant que les directeurs d'hôpitaux militaires sont des médecins, souvent peu formés à la gestion hospitalière, alors que les directeurs d'hôpitaux civils appartiennent à un corps administratif particulier, le rapport de 2010 soulignait l'importance d'une professionnalisation accrue des directeurs d'hôpitaux militaires. Le service de santé des armées a commencé à réfléchir en août 2010 à la mise en œuvre d'une réelle formation opérationnelle des directeurs d'hôpitaux militaires. Depuis 2011, cette formation profite à une dizaine de médecins-chefs ou officiers d'administration chaque année. Assurée par des enseignants de l'école des hautes études en santé publique, cette formation de quatre semaines aborde notamment l'analyse et le pilotage

budgétaire et financier, le contrôle de gestion et les aspects sociaux de la gestion des personnels.

Ainsi, bien que la formation des directeurs d'hôpitaux militaires ait été améliorée, les marges de manœuvre des directeurs d'hôpitaux militaires sont toujours aussi restreintes par l'organisation verticale retenue par le service de santé des armées.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Deux ans après la publication du rapport public thématique de la Cour, si certains sujets ont peu évolué – l'activité médicale des médecins d'unité, le suivi des délais d'évacuation des blessés, la déconcentration de la gestion hospitalière, la facturation aux militaires des soins pour des maladies ou blessures contractées hors du service –, les efforts fournis par le service de santé dans de nombreux domaines sont indéniables.

Le coût de la formation des praticiens a été réduit et la part militaire de cette formation a été accrue ; les médecins d'unité participent davantage aux gardes d'urgence ; la coopération entre hôpitaux militaires et civils a été améliorée et la contribution budgétaire du ministère de la défense au financement hospitalier a été réduite de 15 % en trois ans, grâce à une amélioration de l'activité et de la productivité des hôpitaux.

Les efforts pour réduire le déséquilibre financier des hôpitaux marquent, toutefois, le pas. Aussi, le service réfléchit-il actuellement à un nouveau projet de service qui concerne ses deux activités :

- s'agissant des hôpitaux d'instruction des armées, ce projet vise une plus large coopération avec l'ensemble des secteurs de la santé publique et les agences régionales de santé, une spécialisation renforcée de chaque hôpital afin de bénéficier d'économies d'échelle et d'obtenir de meilleurs résultats ; pour y parvenir, il prévoit aussi d'accorder une autonomie accrue aux directeurs des hôpitaux, tant que la mission opérationnelle de soutien des forces n'est pas en cause ;

- s'agissant de la médecine d'unité, les médecins devraient voir leur activité augmentée et recentrée sur les soins et la pratique des urgences en les faisant participer à l'offre de soins en direction de la population locale non militaire.

La Cour invite le service de santé à rationaliser et à spécialiser ses structures tout en augmentant l'activité médicale qui constitue son cœur de métier. Des progrès sont encore possibles en matière de coopération avec les acteurs du système civil de santé et passent notamment par une

plus grande liberté d'action laissée, au niveau local, aux hôpitaux militaires.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. poursuivre le redressement des comptes des hôpitaux d'instruction des armées, en améliorant leur articulation avec les autres acteurs de la santé publique ;*
 - 2. donner davantage d'autonomie aux directeurs des hôpitaux, dans le respect du contrat opérationnel fixé par l'état-major des armées ;*
 - 3. augmenter l'activité de soins et d'urgence des médecins d'unité en leur faisant soigner des patients extérieurs aux armées, sur le modèle des hôpitaux militaires, voire en réduisant le nombre de médecins ;*
 - 4. poursuivre les efforts en matière de réduction des coûts de la formation en regroupant à Lyon l'école d'infirmiers et l'école de praticiens ;*
 - 5. accélérer autant que possible la mise en place d'un suivi des délais d'évacuation des blessés et la facturation aux militaires et à leurs ayants droit des soins ne relevant pas du service.*
-

Sommaire des réponses

Ministre des affaires sociales et de la santé	40
Ministre de la défense	41
Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	43

**REPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ**

*Après lecture attentive de ce document, j'ai l'honneur de vous faire
savoir qu'il n'appelle pas de remarque particulière de ma part.*

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA DÉFENSE

Audité par la Cour des comptes en 2008, alors qu'il était soumis à une forte pression opérationnelle et conduisait une transformation importante dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, le service de santé des armées (SSA) a fait l'objet d'un rapport thématique en octobre 2010 pointant en particulier un défaut d'efficience de ses établissements hospitaliers.

La majeure partie des recommandations dépassant le cadre hospitalier a été suivie et la Cour en reconnaît le bilan positif.

Si le plan de modernisation mis en œuvre en mai 2011 a permis d'optimiser ses ressources et d'améliorer sa gestion, résorbant en partie le déficit comptable, le SSA est resté toutefois soumis à certaines contraintes liées au caractère strictement régalien de sa position. En outre, placé dans une situation d'isolement au sein du monde de la santé, ce qui limite ses marges de manœuvre, il doit aujourd'hui évoluer.

C'est dans ce cadre que le SSA a reçu mission de mener un projet novateur l'inscrivant dans les politiques de santé publique avec une démarche pleinement concertée et en parfaite synergie avec le milieu civil, afin d'améliorer le service rendu et d'accroître son efficience globale. Aussi, le nouveau projet « SSA 2020 » doit repenser la relation et le positionnement du service vis-à-vis des autres acteurs de la santé.

Pour mettre en œuvre ce nouveau projet de service, trois axes stratégiques seront suivis. Ils prendront en compte les orientations à venir du livre blanc sur la défense et la sécurité nationale et celles s'inscrivant dans le cadre de la préparation de la prochaine loi de programmation militaire.

La médecine militaire sera réformée dans ses deux composantes que sont la médecine au soutien direct des forces et la médecine hospitalière, dans le cadre d'une approche globale du parcours de soins. Cette démarche permettra de parfaire l'adaptation du soutien santé aux nouvelles conditions d'emploi des forces tant sur le territoire national qu'en opérations extérieures. Un effort particulier sera consenti dans deux domaines : une meilleure prise en compte de l'environnement international avec plus d'interopérabilité et une plus grande contribution à la résistance de la Nation en cas de menaces sanitaires de grande ampleur.

Une approche plurielle, aux niveaux national, régional et local, permettra de mieux inscrire l'action du SSA dans les politiques de santé publique. Une concertation et une collaboration plus étroites, concrétisées par des partenariats solides, représenteront pour le SSA de réels avantages en termes de qualité du service rendu, d'attractivité et d'efficience. Ces retombées dépassent largement le cadre hospitalier par l'impact qu'elles

peuvent avoir sur le soutien des forces, particulièrement au travers du parcours de soins des militaires et de tous les membres de la communauté de défense. La mission opérationnelle spécifique au profit des forces devant être sanctuarisée, il conviendra de définir avec précision le cadre permettant au SSA de la remplir pleinement. Ce rapprochement concerté, grâce auquel ce service devient un acteur à part entière des politiques de santé publique, traduit une nouvelle conception du soutien des forces associant ministère de la défense, ministère de la santé et société civile. Ce nouveau modèle fait ainsi entrer pleinement dans la défense et la sécurité nationale l'ensemble des acteurs de la santé, prêts à répondre de façon organisée et coordonnée à une crise sanitaire, grâce à des coopérations étroites au quotidien.

Une nouvelle dynamique de transformation du service sera impulsée en faisant porter l'effort d'une part sur les systèmes d'information nécessaires non seulement au suivi des activités mais également à la qualité de leur réalisation, d'autre part sur la formation, dont l'axe opérationnel sera valorisé et le dispositif densifié, et en troisième lieu, sur la gouvernance qui respectera les principes de simplification, de délégation, de découplage et de responsabilisation.

Par ailleurs, la mise en place d'une véritable comptabilité analytique au sein du service lui permettra notamment de mieux documenter les évaluations de charges et de recettes, les mutualisations des infrastructures et équipements avec les établissements publics de santé. De plus, une meilleure identification des dépenses opérationnelles du service permettra de cibler davantage les priorités du SSA en matière de ressources humaines, de fonctionnement ou d'investissement (ratio civil/militaire, maintien en condition opérationnelle des matériels...).

La conduite de ce projet reposera sur le strict respect de l'identité du service en s'appuyant sur ses valeurs, et impliquera l'ensemble du personnel. Un projet d'une telle ampleur doit se réaliser progressivement, dans une approche globale visant le meilleur équilibre des différentes composantes du SSA, en respectant le personnel qui s'y investit au quotidien.

La conduite de ce changement se fera en toute transparence grâce à une communication précise et porteuse de sens, tant pour le personnel du SSA que pour les armées, la communauté de défense et la santé publique qui doivent avoir une vision claire de ce que sera le SSA à l'horizon 2020.

**RÉPONSE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE
DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU BUDGET**

Tout d'abord, vous relevez l'absence persistante de facturation aux militaires et aux ayants droit des consultations ne relevant pas du service. Il m'apparaît qu'une réduction du champ des ayants droit, dont une bonne part me semble en mesure de trouver auprès de l'offre de soins civile la réponse à ses besoins, permettrait de rendre plus facilement envisageable les améliorations nécessaires à une bonne facturation. Au-delà de l'enjeu budgétaire, il me semble y avoir là un enjeu d'égalité face à l'effort de maîtrise des coûts de la protection sociale.

Plus largement, je considère qu'il n'est pas souhaitable que la stratégie d'évolution du SSA repose, comme semble le montrer votre rapport, sur une préservation à l'identique du volume de ses structures et de ses effectifs, sans prise en compte de la réduction du format des années et du nombre de ses implantations ainsi que des objectifs de réduction des déficits, toutes administrations confondues (y compris de Sécurité sociale). En ce sens, l'hypothèse d'une augmentation d'activité pour pallier aux problèmes de surcapacité du service me semble devoir être repoussée.

Une stratégie marquée par une réduction des charges du SSA et par une concentration de ses hôpitaux sur quelques spécialités médicales, en cohérence avec l'offre de soins locale, m'apparaît plus vertueuse. Le moment me semble opportun pour choisir d'emprunter cette voie. En effet, la définition d'un nouveau contrat opérationnel et l'élaboration de la prochaine loi de programmation militaire offrent l'occasion de reconsidérer le modèle du SSA. Il me semble que le redimensionnement de ses structures et la révision de ses effectifs devraient être engagés à cette occasion.
