

COUR DES COMPTES

Synthèse

du Rapport public thématique

Octobre 2010

Médecins et hôpitaux des armées

■ Avertissement

La présente synthèse est destinée à faciliter la lecture et le commentaire du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage la juridiction.

Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont insérées dans le rapport public.

Sommaire

Introduction	5
1 Les effectifs et les compétences nécessaires aux missions du service de santé des armées	7
2 Le soutien apporté aux troupes en opérations extérieures	11
3 La médecine d'unité	15
4 Les hôpitaux d'instruction des armées	17
5 Le coût de la médecine hospitalière pour le budget de la défense	21
Conclusion générale	24
Recommandations	25

Introduction

Depuis les guerres de la révolution jusqu'aux opérations extérieures en Afghanistan, au Liban ou au Tchad, les personnels médicaux et paramédicaux du service de santé des armées doivent garantir aux militaires blessés les meilleures chances de survie et la plus grande préservation possible de leur intégrité physique. Il s'agit d'un devoir moral de la Nation. Il s'agit aussi d'un impératif stratégique : le chef d'état-major des armées doit être assuré qu'en toutes circonstances et en tout lieu le service de santé sera en mesure de soigner les soldats envoyés en opérations.

Service inter-armées placé sous l'autorité directe du chef d'état-major des armées, le service de santé des armées emploie 15 600 personnes, dont plus de 2 000 médecins et internes et 4 500 infirmiers, qui exercent dans 316 services médicaux d'unité, neuf hôpitaux d'instruction des armées, quatre écoles de santé, un institut de recherche biomédicale, une pharmacie centrale des armées et cinq centres de ravitaillement sanitaire. Le coût du fonctionnement annuel du service s'est établi à plus de 1,3 Md€ en 2009. Il est financé à hauteur de 860 M€ par le ministère de la défense et de 450 M€ par les recettes de son activité hospitalière (versements des caisses de sécurité sociale, des mutuelles et des patients).

Aux termes du contrat opérationnel fixé par le chef d'état-major des armées, le service de santé des armées doit pouvoir soutenir le déploiement de 10 000 hommes sur le territoire national, de 5 000 hommes dans des opérations d'évacuation et de 30 000 hommes en projection à distance du territoire métropolitain. Il s'est organisé à cette fin de manière quasi autonome par rapport au système civil de santé publique.

Ses neuf hôpitaux militaires ont pour vocation première d'assurer, d'une part, la formation et le maintien des compétences des personnels médicaux et, d'autre part, d'accueillir les militaires blessés. Leur capacité globale est d'environ 2 700 lits, soit l'équivalent du CHU de Toulouse.

Depuis la suspension de la conscription, pour préserver ses neuf hôpitaux, le service de santé des armées a décidé de les ouvrir largement aux civils. 90 % de leur activité est aujourd'hui civile.

Ainsi, la médecine militaire est à l'intersection de deux politiques – une politique de défense et une politique de santé publique- 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 thématique. ■

1 Les effectifs et les compétences nécessaires aux missions du service de santé des armées

Les besoins du contrat opérationnel

Le contrat opérationnel fixé par le chef d'état-major des armées prévoit que le service de santé des armées apporte un soutien santé en toutes circonstances aux 340 000 militaires des trois armées et de la gendarmerie.

Au 31 décembre 2009, les effectifs globaux du service de santé des armées répondaient aux besoins définis par son contrat opérationnel, sauf s'agissant des infirmiers de blocs opératoires pour lesquels il manquait un quart des effectifs requis. Ce déficit doit être comblé car il s'agit là de personnels qualifiés indispensables au bon fonctionnement du dispositif chirurgical à l'arrière comme en opérations.

Le dispositif permanent est complété par la participation active des réservistes qui jouent un rôle important, y compris en opérations extérieures. Le service de santé doit donc s'assurer que les réservistes sont effectivement disponibles en toutes circonstances, ceux-ci ayant souvent d'autres engagements (au titre de la sécurité civile, de la Croix

rouge, des services départementaux d'incendie et de secours etc.) qui pourraient entrer en concurrence en cas de crise. Les praticiens quittant le service de santé doivent être encore davantage incités à s'inscrire dans la réserve opérationnelle à l'issue de leur contrat.

La formation du personnel

Le recrutement et la formation initiale

Les conditions particulières d'exercice de la médecine militaire et son attractivité limitée pour des médecins déjà diplômés obligent le service de santé français - comme la plupart de ses homologues étrangers- à recruter la grande majorité de ses médecins dès la première année de formation universitaire.

Le service de santé a consacré environ 105 M€ en 2009 au recrutement et à la formation initiale de son personnel, essentiellement dans le cadre de quatre écoles militaires placées sous sa respon-

Les effectifs et les compétences nécessaires aux missions du service de santé des armées

sabilité : les écoles de Lyon, Bordeaux et du Val de Grâce pour la formation des praticiens, et l'école de Toulon pour la formation des personnels paramédicaux.

Les étudiants en médecine sont recrutés après le baccalauréat à l'issue d'un concours très sélectif. Ils bénéficient durant un an d'une préparation intensive, en complément de celle fournie par l'université, pour préparer les épreuves du *numerus clausus*. Les écoles du service de santé sont ainsi les meilleures classes préparatoires à ce concours, gratuites et même rémunérées (54 à 68 % de réussite).

Les étudiants reçus sont élèves officiers puis officiers, rémunérés pendant toute leur scolarité. Les élèves infirmiers, sous-officiers dès leur réussite au concours, bénéficient d'un régime comparable. La rémunération des élèves représente la moitié des dépenses des écoles du service de santé.

En contrepartie, les élèves des écoles du service de santé des armées souscrivent un engagement dont la durée a été allongée en 2004 pour tenir compte de l'augmentation de la durée des études. Les élèves médecins doivent ainsi 12 à 16 ans de service à l'Etat à l'issue de leurs études. Les élèves infirmiers doivent 8 ans, soit proportionnellement à leur temps d'étude, deux fois plus que les médecins.

La Cour a relevé que l'aspect dissuasif du remboursement des frais de scolarité était atténué dans la pratique. Ainsi,

les anciens élèves rejoignant l'une des trois fonctions publiques bénéficient de mesures de bienveillance qui limitent la portée du remboursement de leurs frais de scolarité. La Cour demande au ministère de la défense et au comptable du Trésor public d'appliquer strictement les règles en vigueur en matière de remboursement des études rémunérées par l'Etat.

Le coût des écoles

Le coût annuel de la scolarité par élève (hors sa propre rémunération) est d'environ 42 000 euros. Ce coût élevé, alors que 93 % de la formation sont dispensés dans des universités civiles, tient à un taux d'encadrement particulièrement élevé (un personnel administratif ou de soutien pour 2,8 élèves à Lyon et Bordeaux).

Pour réduire ce coût de fonctionnement d'environ un tiers, le regroupement des écoles de santé de Lyon et Bordeaux sur le site de Lyon a finalement été décidé et la première promotion exclusivement lyonnaise a commencé sa scolarité à la rentrée 2009. Il faut toutefois souligner que ce regroupement préconisé à plusieurs reprises par la Cour aura mis près de trente ans à se réaliser puisqu'il était prévu dès la création de la nouvelle école de Lyon en 1981.

En outre, le déménagement de l'école des infirmiers de Toulon vers le site lyonnais n'a pas été envisagé alors

Les effectifs et les compétences nécessaires aux missions du service de santé des armées

que 40 M€ ont été investis pour construire une nouvelle école d'infirmiers sur le même site.

La formation militaire des praticiens

La formation spécifique aux besoins du service de santé ne représente que 4 % du temps de formation des étudiants entre la deuxième et la sixième année. Le service de santé des armées a reconnu que cette formation était insuffisante et le dispositif est en cours de révision. Les exigences accrues des opérations extérieures, en particulier en

Afghanistan, nécessitent une formation spécifique, notamment militaire, plus importante, que celle-ci soit assurée dans des écoles du service de santé ou par d'autres écoles d'officiers.

2 Le soutien apporté aux troupes en opérations extérieures

Des personnels engagés sur de multiples théâtres d'opérations

Le service de santé des armées est chargé du soutien médical des armées françaises engagées sur tous les théâtres d'opérations extérieures. En moyenne, compte tenu des rotations des personnels, 1 600 personnes et 30 équipes chirurgicales⁽¹⁾ ont été déployés chaque année depuis 2005. Parmi ces opérations, celle en Afghanistan est la plus exigeante en raison de l'importance des troupes à soutenir, de la nature des opérations militaires et des responsabilités assumées au sein de l'alliance atlantique. Le service de santé reste toutefois moins sollicité jusqu'à présent que ses homologues américain et britannique.

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

Les autorités militaires font état de leur satisfaction pour la qualité du service assuré en opérations extérieures par le service de santé. La Cour relève cependant que contrairement à son homologue britannique, le service de santé n'a pas développé d'indicateurs ou de statistiques sur les délais d'évacuation des blessés qui permettraient d'attester du respect des standards OTAN. Ceux-ci définissent une durée maximale pour évacuer les blessés.

Une très faible part des effectifs mobilisée en opérations extérieures

Le déploiement des personnels du service de santé en opérations extérieures ne représente qu'au plus 200 emplois en équivalent-temps plein sur un plan annuel, soit 2,4 % des effectifs

(1) Une équipe chirurgicale est composée d'un chirurgien orthopédiste, d'un chirurgien « viscéraliste », d'un anesthésiste-réanimateur et d'infirmiers de bloc opératoire.

Le soutien apporté aux troupes en opérations extérieures

qui peuvent être projetés. Le service de santé des armées remplit sans difficulté particulière les missions qui lui sont dévolues en l'état des opérations militaires actuelles.

L'impact de la participation aux opérations extérieures est donc globalement limité pour le secteur hospitalier. L'effort pèse surtout sur les spécialistes en chirurgie orthopédique et viscérale et sur les anesthésistes-réanimateurs. Il est très inégalement réparti puisque, entre 2002 et 2008, 35 % de ces spécialistes ne sont jamais partis et 20 % ne sont partis qu'une fois (c'est-à-dire deux mois ou moins).

L'adaptation à l'évolution des conflits

Les nouvelles conditions d'emploi des forces

Le service de santé doit 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 loin des postes de secours. Cela l'oblige à réviser le modèle traditionnel de médicalisation de l'avant pour se rapprocher du concept américain qui fait reposer une partie du secours médical sur les militaires eux-mêmes. De nouveaux modules de formation des soldats ont été ainsi mis au point permettant,

pour les plus avancés, la pratique de geste de nature médicale par des soldats ou des infirmiers. Les conditions de mise en œuvre de ces gestes mériteraient d'être précisées au plan juridique.

Le service de santé, qui dispose d'importants services psychiatriques dans ses hôpitaux, ne s'est en revanche pas suffisamment impliqué dans le développement de la détection et du suivi des troubles psychiques éventuels des militaires ayant participé à des opérations. Les armées ont donc développé leurs propres pratiques et services psychologiques.

Le transport des blessés

Jusqu'en 2006, l'Etat n'avait pas les capacités aériennes pour rapatrier plus de deux blessés graves en même temps, en utilisant des Falcon médicalisés. Ainsi, en mai 2002, lors de l'attentat de Karachi contre des agents de la DCN, la France a dû faire appel au soutien de l'Allemagne qui a envoyé au Pakistan un Airbus médicalisé de la Bundeswehr. Il a dès lors été décidé de développer un kit dénommé « Morphée », qui permet la médicalisation en quelques heures d'un avion KC 135 de l'armée de l'air et le transport d'un plus grand nombre de blessés graves, avec toutes les capacités de réanimation nécessaires. Entré en service mi-2006, le premier kit sera complété par un deuxième en 2010. Les équipements d'évacuation sanitaire resteront cependant moins importants que ceux dont disposent nos partenaires

Le soutien apporté aux troupes en opérations extérieures

allemands, ce qui doit inciter les armées à mutualiser ces moyens lourds et coûteux.

Les capacités d'évacuation sanitaire des blessés des zones de combat vers les antennes chirurgicales restent à améliorer. Le manque d'hélicoptères et d'équipages de l'armée de l'air ne permet pas de le faire aujourd'hui dans des conditions pleinement satisfaisantes, ce qui explique le recours aux hélicoptères américains à plusieurs reprises en Afghanistan.

La mutualisation avec les alliés

La coopération entre service de santé des armées alliées est indispensable. Elle existe au plan bilatéral (en particulier avec les Allemands) et dans le cadre de l'OTAN. Mais les coopérations opérationnelles n'ont pas donné suffisamment lieu jusqu'à maintenant à de véritables mutualisations, sauf avec l'Allemagne. Sur le modèle de la coopé-

ration franco-allemande, des progrès doivent être en faits avec nos principaux alliés, en dépit des réticences des armées, pour mutualiser davantage les matériels et les pratiques.

L'activité civilo-militaire

L'aide médicale apportée aux populations locales par le service de santé des armées sur tous les théâtres où il est engagé est un élément essentiel de l'action civilo-militaire des armées qui vise à favoriser l'acceptation des troupes étrangères. Elle rencontre des limites opérationnelles et sécuritaires. L'activité chirurgicale en opération apparaît toutefois excessivement faible (un acte tous les trois jours au Liban, trois par jour au Tchad). Les capacités sont sous-utilisées et les équipes ont une activité insuffisante pour maintenir leur qualification. La définition d'une véritable politique de l'action civilo-militaire du service de santé est donc souhaitable.

3 La médecine d'unité

Une activité peu adaptée aux priorités opérationnelles

La mission des médecins et infirmiers

Les médecins et infirmiers militaires des services médicaux d'unité sont présents sur les bases des différentes armées (en métropole, outre-mer et auprès des forces pré-positionnées), à bord des navires et dans les écoles militaires. Ils assurent le soutien santé au quotidien des militaires, conseillent le commandement, participent à la préparation opérationnelle des troupes et fournissent les effectifs nécessaires à la tenue des postes de secours en opérations extérieures mais aussi, pour certains d'entre eux, sur le territoire national (cas par exemple des services médicaux des brigades de sapeurs-pompiers de Paris et Marseille). Le dispositif est complété par des équipes de dentistes et de vétérinaires.

L'activité médicale

Les médecins des forces armées ont des tâches spécifiques qui ne permettent pas de comparer directement leur acti-

vité à celle de leurs confrères civils de médecine générale. Leur activité médicale stricto sensu apparaît cependant faible, de l'ordre de 6 à 7 consultations par jour. Près des trois quarts des consultations de soins se font pour des motifs ne relevant pas du service.

La préparation opérationnelle

L'organisation actuelle de la médecine d'unité, largement héritée de l'armée de conscription, ne peut pas être considérée comme optimale pour répondre aux exigences opérationnelles nouvelles des armées françaises. Elle ne garantit pas en particulier une pratique suffisante des actes d'urgence (une vingtaine d'actes d'urgence par an et par médecin en moyenne). L'absence de politique d'encouragement à prendre part aux gardes d'urgence dans les hôpitaux militaires ou civils ne permet pas aujourd'hui de compenser la faiblesse de la préparation opérationnelle.

Les soins ne relevant pas de la défense

Une part importante du temps de travail des médecins d'unité est consacrée à délivrer aux militaires ou à leurs ayants-droits des soins sans lien avec le service. Outre le fait que ce type de

médecine ne contribue que partiellement à l'entretien des compétences médicales nécessaires en opération, la Cour souligne que, en dépit de la recommandation faite en 2002, ces soins continuent d'être délivrés gratuitement. Le manque à gagner pour l'Etat peut être évalué à environ 10 millions d'euros par an. Or, dans le même temps, un grand nombre de militaires ont recours aux services de la médecine civile pour des actes en relation avec le service et qui sont alors remboursés par le service de santé des armées à l'assurance maladie. En 2008, en dépit des efforts du service de santé des armées pour en limiter la croissance, la facture s'est élevée à plus de 10 millions d'euros. Il y a un paradoxe à maintenir une médecine « civile » gratuite au profit des militaires et de leurs familles tandis qu'un nombre important de militaires recourent à la médecine publique pour des soins ou des examens en lien avec l'exercice de leur fonction.

La rationalisation inachevée du dispositif

Le nombre de services médicaux

L'éparpillement entre de multiples unités de 316 petits services médicaux explique en partie la faible productivité médicale. La création des bases de

défense devrait permettre de regrouper davantage les équipes au sein de centres médicaux desservant une plus grande population de militaires. La priorité doit être donnée à la poursuite de rationalisation engagée du dispositif outre-mer et dans les forces pré-positionnées.

La logique de regroupement des services médicaux d'unité rencontre des réticences « culturelles » fortes des médecins comme des chefs de corps, attachés les uns et les autres à la grande proximité entre les médecins et les soldats.

La poursuite de l'inter-armisation

L'inter-armisation permet, d'une part, de développer la polyvalence et la mobilité du personnel pour gagner en réactivité opérationnelle et, d'autre part, de mutualiser des moyens dispersés. La réforme conduite en 2005 apparaît positive mais doit être complétée pour renforcer l'autorité des directeurs régionaux (en métropole) et des directeurs interarmées (outre-mer) du service de santé sur les personnels des services médicaux d'unité.

4 Les hôpitaux d'instruction des armées

La mission militaire des hôpitaux des armées

Les hôpitaux militaires ont pour mission d'assurer la formation du personnel médical et paramédical et de soigner les militaires au titre des accidents de service. Dans le cadre des opérations extérieures, ils fournissent des équipes chirurgicales et des spécialistes envoyés sur les théâtres d'opérations. Ils accueillent enfin les blessés rapatriés.

Les hôpitaux d'instruction des armées sont dotés d'un budget global de l'ordre de 800 millions d'euros. Plus de la moitié du financement repose sur une contribution de l'assurance maladie (416 M€ en 2009) liée aux soins réalisés au bénéfice des patients civils. Les neuf hôpitaux d'instruction des armées emploient 8 400 personnes dont 677 médecins et disposent de 2 700 lits.

Le respect du contrat opérationnel

Au titre du contrat opérationnel fixé par le chef d'état-major des armées, le service de santé doit pouvoir fournir 48 équipes chirurgicales - formées chacune d'un chirurgien orthopédiste, d'un chirurgien « viscéraliste », d'un anesthé-

siste-réanimateur et d'infirmiers de bloc opératoire -. Fin 2008, le service de santé des armées ne disposait que de 37 équipes chirurgicales. Le nouveau schéma d'organisation des soins adopté en 2009 par le service de santé des armées prévoit que les objectifs du contrat opérationnel seront remplis en 2015 avec l'appui des réservistes.

Le contrat opérationnel dresse la liste des spécialités jugées nécessaires (neurochirurgiens, ophtalmologues, pédiatrie) au fonctionnement des hôpitaux militaires. Il ne retient pas la psychiatrie alors que les traumatismes psychiques que peuvent subir les soldats sont aujourd'hui reconnus. Il n'inclut pas davantage les soins de suite et de rééducation. L'expérience britannique en Iraq et en Afghanistan montre pourtant l'importance de développer ces structures spécialisées dont les armées ne disposent pas aujourd'hui.

Le caractère marginal des soins directement liés aux armées

L'activité médicale des hôpitaux militaires directement liée aux armées (médecine d'expertise et d'aptitude, soins dans le cadre d'accidents ou d'affections de travail ou de service, soins aux blessés rapatriés) est en diminution

Les hôpitaux d'instruction des armées

régulière. Elle ne représentait plus que 5,4 % de l'activité hospitalière en 2009. Les militaires ont en effet la même liberté de choisir leur médecin et leur hôpital que les civils, y compris en cas d'accident de service. Pour des raisons notamment pratiques, ils recourent fréquemment aux structures hospitalières civiles. Il revient alors au service de santé de rembourser les soins prodigués dans les établissements civils, ce qui a représenté un montant de 9,5 M€ en 2008, soit près du quart du coût directement liée aux armées réalisée par le service.

Les autres missions militaires des hôpitaux

Les hôpitaux militaires abritent des modules de décontamination et de traitement pour les blessés radio-contaminés, les grands brûlés, les victimes d'accidents de plongée... Ils participent à la mise en œuvre des plans de prise en charge des risques nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC). Toutes ces capacités sont disponibles au profit des populations civiles. C'est le cas notamment des unités de traitement des grands brûlés des hôpitaux Percy (Clamart) et Sainte Anne (Toulon), particulièrement utilisées.

Les missions de formation, d'instruction et d'expertise assurées par les hôpitaux militaires sont aujourd'hui mal comptabilisées.

Une articulation insuffisante avec le dispositif civil de santé publique

Les grandes options d'organisation

Confrontés à des mutations fondamentales de leur environnement depuis la fin de la guerre froide, les services de santé des armées occidentales ont été conduits à repenser l'organisation de leurs hôpitaux. La question de l'articulation entre le dispositif sanitaire civil et les hôpitaux militaires est nécessairement au centre des réflexions. Les réponses apportées sont diverses. Ainsi, la Bundeswehr – qui compte encore de nombreux appelés – a gardé des hôpitaux militaires en en réduisant toutefois le nombre. Elle dispose aujourd'hui de quatre hôpitaux militaires et d'un hôpital civilo-militaire qui offrent 1 800 lits pour soutenir en opérations extérieures un nombre voisin de militaires de celui du service français. Le Royaume-Uni a en revanche choisi de s'adosser au dispositif de santé public. La totalité des hôpitaux militaires a été fermée et une convention a été passée avec le « National Health Service », prévoyant l'accueil des praticiens militaires dans 32 structures hospitalières publiques, en particulier dans des services de traumatologie. L'accueil des militaires blessés

Les hôpitaux d'instruction des armées

dans six hôpitaux civils est également prévu par cette convention.

En France, après la fermeture de centres hospitaliers concomitamment à la suspension du service national, le service de santé des armées a décidé de conserver neuf hôpitaux d'instruction répartis dans six régions, en les ouvrant aux patients civils.

L'ouverture à la population civile

Le service de santé des armées a cherché à concilier une double approche :

- conserver des hôpitaux de taille moyenne (200 à 400 lits), dont la part dans l'offre de soins est suffisamment circonscrite pour leur permettre le cas échéant d'assurer un soutien prioritaire aux forces armées sans perturber le service public de santé. Ils représentent environ 2 % des capacités publiques d'hospitalisation.

- être suffisamment attractif par une offre de soins large et de qualité pour trouver des patients civils en nombre suffisant. Cela a notamment imposé des travaux de rénovation importants dans plusieurs établissements. Un seuil d'alerte est en revanche atteint en matière de vétusté des matériels médicaux, avec un taux de vétusté voisin de 50 %. L'ouverture aux civils conduit aussi à offrir, autour d'un pôle chirurgical fort, une large palette de spécialités, sans lien direct avec les besoins des armées. Pris individuellement, aucun des

hôpitaux ne présente toute l'étendue de l'offre médicale, mais tous offrent un plateau technico-médical étendu avec au moins 11 spécialités. En conséquence, le profil des hôpitaux militaires est celui des hôpitaux généralistes civils de taille comparable, hormis l'absence de l'obstétrique dans huit établissements sur les neuf.

Dès lors, les trois-quarts des patients accueillis en 2009 sont « étrangers » au monde de la défense. En termes de profil de soins, l'activité des hôpitaux d'instruction des armées est civile à 94,6 % puisque seule l'activité liée aux besoins des armées (5,4 %) peut représenter, jusqu'à un certain point, une spécificité.

Une inscription des hôpitaux militaires dans le dispositif de santé publique « à la carte »

Malgré l'absence de spécificité de leur activité médicale et la reconnaissance de leur mission de santé publique depuis 2002, les hôpitaux militaires restent peu intégrés dans le dispositif national et local de santé publique. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 23 juillet 2009 a renforcé leur insertion dans le dispositif de santé publique mais le décret du 15 juillet 2009 relatif aux attributions du ministre de la défense a continué de réserver à ce dernier le soin de « définir les conditions de la contribution du service de santé des

Les hôpitaux d'instruction des armées

armées à la politique de santé publique».

La concertation avec les autorités régionales de santé est restée limitée. Le schéma national d'organisation des soins élaboré en 2009 par le service de santé des armées, pour organiser son offre hospitalière à horizon 2015, n'a pas fait l'objet d'une concertation avec les autorités civiles. L'engagement de projets d'infrastructure ou l'achat de matériels médicaux onéreux sans concertation avec les autorités civiles, ont conduit à des surcapacités regrettables et à des choix budgétairement coûteux. Ainsi, une expérience de coopération civilo-militaire proposée par l'agence régionale de santé de Provence Alpes Côte d'Azur, au moment où le ministère de la défense lançait un projet de reconstruction de son hôpital toulonnais (pour un montant de 240 millions d'euros) a été refusée par le ministère de la défense. En matière d'équipements, l'acquisition à Toulon et au Val de Grâce de tomographes à émission de positons (TEP), utilisés en cancérologie, s'est faite sans concertation avec les autorités civiles. Il s'agit pourtant là de matériels coûteux, sans utilité militaire, et dont l'implantation est réglementée par le ministre de la santé.

Une activité médicale trop limitée

Avec un taux d'occupation des lits de 52 %, malgré la fermeture de 10 % des capacités hospitalières depuis 2000, les hôpitaux militaires sont en dessous des normes communément admises dans les centres hospitaliers civils comparables (75 % en chirurgie, 85 % en médecine). D'une façon générale, les capacités des services ne sont pas utilisées de façon optimale, conforme aux bonnes pratiques recensées par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). L'activité des chirurgiens a progressé depuis 2002, mais, avec un ratio moyen de 140 séjours chirurgicaux par chirurgien et par an, elle est très inférieure à celle observée dans des centres hospitaliers comparables (243 séjours chirurgicaux en moyenne). Les blocs opératoires sont sous-utilisés. Compte tenu de l'importance de l'écart entre hôpitaux civils et militaires, les départs en opérations extérieures des chirurgiens ne peuvent expliquer cette contre-performance.

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

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

Le déficit d'exploitation hors norme des hôpitaux militaires

Le déficit d'exploitation des hôpitaux militaires en 2009 s'est élevé à 281,3 millions d'euros. Il constitue le premier déficit hospitalier de France. Alors que les hôpitaux des armées ne regroupent que 2 % des capacités hospitalières publiques, leur déficit d'exploitation équivaut à celui cumulé de l'AP-Hôpitaux de Paris, des Hospices civils de Lyon et de l'AP Marseille.

Ce déficit des hôpitaux militaires, constant, est hors norme. Il représente 53 % des produits. A titre de comparaison, le 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 3 % pour les centres hospitaliers régionaux (CHR). Une telle procédure est évidemment théorique pour les hôpitaux d'ins-

truction des armées puisque le déficit est couvert par la dotation du ministère de la défense. Cela pèse sur le budget, contraint, du ministère de la défense. Ainsi, ce déficit hospitalier annuel pourrait servir à acquérir six hélicoptères Caracal ou quatre avions de transport C130.

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

Le passage à la tarification à l'activité, engagé depuis le 1er janvier 2009 et qui sera achevé en 2015, peut laisser craindre à terme une aggravation de ces résultats et par conséquent la nécessité d'augmenter la subvention du ministère de la défense.

Les causes principales du déficit

Un niveau de charges comparable aux établissements civils

Les rémunérations versées par les hôpitaux militaires supportent un taux de cotisation de retraite très supérieur à

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

celui des hôpitaux civils en raison du régime des pensions militaires. L'impact de ce surcoût de fonctionnement doit être relativisé car les hôpitaux militaires ne paient pas de taxe sur les salaires (à laquelle sont assujettis les établissements civils) et ne supportent pas de charge financières pour l'acquisition d'équipements ou la réalisation d'infrastructures du fait qu'ils font partie intégrante du budget du ministère de la défense. Surtout, la politique conduite par le service de santé a permis de contenir la part de la masse salariale dans les charges des hôpitaux militaires (65 %), qui reste inférieure à ce qui est observé dans les établissements civils (68 %).

Une proportion trop élevée de personnels non soignants

Les hôpitaux militaires emploient une proportion presque double de personnels administratifs par rapport à la moyenne civile. Ils ont également une proportion nettement plus importante de personnel technique et ouvrier. Un rééquilibrage de la structure des emplois apparaît nécessaire.

Une productivité médicale insuffisante

En 2009, la recette moyenne d'activité de soins par médecin hospitalier militaire représentait 665 000 euros. Cela place les hôpitaux d'instruction des armées dans la fourchette des 20 % d'établissements hospitaliers moins pro-

ductifs. Certaines spécificités peuvent contribuer à expliquer cette productivité limitée (départs en opérations extérieures, absence de l'obstétrique dans huit établissements sur neuf) mais sans le modifier radicalement. Les insuffisances constatées constituent la contrepartie d'une réticence à s'intégrer pleinement dans le dispositif de santé civil de santé public conduit en fait à une notoriété limitée auprès de la médecine de ville et des patients civils et à une insertion trop faible dans les réseaux d'urgence et de soins.

Une prise en compte perfectible des contraintes militaires

Afin de limiter l'impact sur le fonctionnement des hôpitaux du départ du personnel en opérations extérieures, une planification a été établie. Ce dispositif a fait la preuve de son efficacité opérationnelle depuis 2002. En revanche, toutes les conséquences n'ont pas été tirées en matière d'organisation des soins, ce qui se traduit par une baisse importante de l'activité chirurgicale quand un des chirurgiens part en opération. Il serait possible d'en atténuer l'impact en améliorant le fonctionnement des services de chirurgie.

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

Une solution à construire avec le monde civil

La reprise des bonnes pratiques de la gestion hospitalière

Le fonctionnement des hôpitaux militaires repose pour le moment sur la fiction d'un hôpital unique avec neuf implantations régionales. Le service de santé y voit la meilleure façon de répondre au contrat opérationnel mais il ne s'agit pas là d'un mode de gestion adapté au pilotage de chaque établissement. Les chefs d'établissements, qui doivent être mieux formés à la gestion hospitalière, doivent avoir des marges de manœuvre plus importantes pour redresser les comptes de leur hôpital. Ils doivent aussi pouvoir s'appuyer sur des outils de pilotage plus efficaces, notamment en matière de comptabilité analytique.

L'hypothèse du regroupement des structures

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.

La fermeture d'établissements hospitaliers supposerait de revoir le nombre d'équipes chirurgicales et donc le

contrat opérationnel fixé par le chef d'état-major des armées en fonction des priorités stratégiques. Il apparaît en effet difficile pour le service de santé des armées de répartir un nombre de chirurgiens inchangé sur un nombre d'hôpitaux moins important, sauf à accroître encore la sous-activité, faute de patientèle suffisante ou de créneaux opératoires.

L'adossement au système civil de santé publique

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. Pour répondre à ces besoins, le service de santé doit s'adosser au dispositif civil de soins. Le recentrage de l'activité médicale, conforme au contrat opérationnel, doit être recherché avec l'appui des autorités sanitaires civiles. Le service de santé des armées n'a 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 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.

Conclusion générale

Le service de santé dispose aujourd'hui des compétences humaines et des moyens qui lui permettent de remplir le contrat opérationnel fixé par le chef d'état-major des armées. L'organisation retenue doit cependant être améliorée, voire repensée.

Ainsi, la scolarité des élèves praticiens dans des écoles spécifiques est excessivement coûteuse alors qu'elle est assurée à plus de 90 % par les universités civiles. Les mesures de rationalisation doivent être poursuivies. Un suivi rigoureux des anciens élèves doit être assuré pour garantir à l'Etat la disponibilité effective des personnels qu'il a formés.

Le choix de s'appuyer sur un réseau de neuf hôpitaux militaires, qui n'était pas le seul envisageable comme le montre l'expérience britannique- soulève quant à lui un double problème : il ne garantit pas un niveau d'activité suffisant aux équipes médicales et il est excessivement coûteux pour le budget du ministère de la défense. Il est à cet égard peu opportun que la dotation budgétaire du ministère aux hôpitaux militaires serve à 80 % à couvrir un déficit d'exploitation produit par une stratégie reposant sur une activité exercée au profit essentiellement de la population civile. Le ministère de la défense doit mieux hiérarchiser ses priorités budgétaires en faveur des dépenses les plus utiles à la santé des soldats.

La politique d'autonomie des hôpitaux militaires doit donc être abandonnée et le service de santé doit rechercher avec les autorités civiles une stratégie crédible de redressement.

Si le service de santé des armées ne parvenait pas à améliorer substantiellement et rapidement ses comptes hospitaliers, la question de la pérennité des hôpitaux militaires devrait alors être clairement posée.

Recommandations

Optimiser la formation des praticiens des armées

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

A améliorer le soutien santé en opérations extérieures

- Poursuivre l'adaptation du soutien santé aux nouvelles conditions d'emploi des forces (formation militaire, équipement, psychiatrie) ;
- Accroître la coopération avec les alliés dans le cadre des engagements en coalition ;
- Rendre compte des délais d'évacuation des blessés en opérations extérieures ;
- 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

- 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 ;
- Mutualiser les médecins d'unité au sein des bases de défense afin d'accroître leur activité médicale ;
- Facturer aux militaires et à leurs ayants droit les consultations et les soins pour des raisons ne relevant pas du service ;

A dossier l'emploi des compétences hospitalières sur le dispositif civil de santé publique

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