

---

# 1

## Le service de santé des armées

---

### PRESENTATION

---

*Le Service de santé des armées (SSA) a pour mission d'assurer aux armées une couverture complète de l'ensemble de la chaîne sanitaire, de la médecine préventive aux soins immédiats, à l'hospitalisation et au suivi des patients. Il constitue un élément essentiel du dispositif militaire, toute opération requérant la présence de moyens sanitaires adaptés<sup>1</sup>. Les armées des grands pays occidentaux possèdent des services comparables à l'exception de l'armée britannique qui doit s'appuyer, lors d'opérations extérieures, sur les moyens sanitaires dont disposent ses alliés.*

*Organiser le soutien médical « au plus près » des blessés a toujours constitué une spécificité française<sup>2</sup> qui n'était d'ailleurs pas propre au milieu militaire. Un tel mode de fonctionnement s'appuie, dans un premier temps, sur la médicalisation immédiate des blessés qui sont, par la suite, évacués. Seuls, des personnels médicaux de statut militaire peuvent être exposés de la sorte sur des terrains d'opération.*

*Le « livre blanc » fixant les objectifs en matière de défense nationale envisage la possibilité de déployer 35 000 hommes, dans le cadre d'une ou de plusieurs opérations menées hors du territoire national. Le service de santé est chargé d'apporter un support médical à 700 blessés éventuels par jour<sup>3</sup>.*

*Pour remplir cette mission de soutien médical hors de France en temps de crise ou de guerre, le service de santé des armées doit disposer de structures et d'effectifs propres sur le territoire national, afin de garder à sa disposition des moyens humains au statut adapté, en effectif suffisant, et détenteurs de compétences à jour.*

---

1) Durant la guerre du golfe, les personnels du SSA envoyés sur place représentaient 10 % des effectifs totaux engagés.

2) Cette spécificité doit maintenant être nuancée car d'autres pays adhèrent au concept de médicalisation « au plus près » des blessés. Ainsi, le système médical américain qui se fondait sur un conditionnement des blessés en vue de leur évacuation aérienne rapide sur un hôpital militaire évolue pour se rapprocher du système français.

Créé, sous sa forme actuelle en 1948, le service de santé des armées constitue, depuis 1970, l'un des rares organismes interarmées qui relève directement du chef d'état major des armées (CEMA).

La direction centrale du service de santé des armées (DCSSA), dispose de divers établissements qui lui sont hiérarchiquement rattachés. Elle met également des personnels médicaux à la disposition des commandements militaires et des formations opérationnelles.

Si l'essentiel des effectifs est employé dans les organismes du service (neuf hôpitaux, des services de logistique médicale, deux écoles, quatre établissements de recherche, plusieurs directions territoriales et centrale), la moitié des médecins militaires servent dans des unités et dépendent hiérarchiquement du commandement. Enfin, bien que les effectifs concernés soient en très forte diminution, une centaine de médecins militaires restent détachés auprès de structures civiles<sup>4</sup>.

En 2002, pour accomplir l'ensemble de ses missions, le service de santé des armées emploie 7 400 militaires, dont 2 100 médecins ; 5 000 employés civils sont, en outre, mis à sa disposition. Le coût du dispositif est actuellement évalué à 825 M€ par an. Par ailleurs, 1 700 militaires, qui ne relèvent pas organiquement du service de santé des armées, concourent au support sanitaire des unités, au sein des forces<sup>5</sup>.

La participation du secteur hospitalier des armées à l'offre de soins de l'ensemble du secteur sanitaire public a fait l'objet d'une insertion au rapport public 2002 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce sujet n'est pas repris dans le présent rapport.

Le service de santé des armées a dû faire face aux conséquences de la professionnalisation des armées. Mais la question traitée ici est celle de l'exercice par le service de santé des armées (SSA) de ses missions propres. La situation actuelle nécessite que soit arrêtée une véritable politique définissant un modèle de service de santé répondant aux besoins des armées.

---

3) Le chiffre de 700 blessés maximum par jour a été fixé par l'état major des armées.

4) A titre d'exemple une vingtaine de médecins sont détachés auprès des gens de mer. D'autres exercent auprès du ministère des affaires étrangères et de la coopération.

5) Le service de santé de la Bundeswehr : le contrat opérationnel du service de santé allemand est proche de celui de la France, par son extension. Les effectifs budgétaires actuels comportent 26 600 postes pour un effectif à soutenir de 285 000 personnes.

## I – L'achèvement de la professionnalisation

Le service de santé des armées a été doublement touché par la suspension de la conscription. Celle-ci a entraîné, d'une part, une baisse de la demande de soins, conséquence de la baisse des effectifs et, d'autre part, une réduction des capacités en matière d'offre de soins. Le processus de professionnalisation a débuté en 1996, pour s'achever fin 2001.

En 1996, le service de santé des armées utilisait les compétences de 4 500 appelés. Ainsi, 835 médecins appelés représentaient 25 % du total des effectifs médicaux ; leur part s'élevait à 60 % pour les pharmaciens et à 90 % pour les chirurgiens-dentistes. Le service de santé employait également 443 appelés disposant d'une formation paramédicale qui représentaient 15 % du total des infirmiers, 25 % des laborantins, 51 % des kinésithérapeutes et la totalité des orthoptistes. L'offre de soins, toutes choses égales par ailleurs, a diminué, en moyenne, dans une proportion allant de 25 à 30 %.

Dans le même temps, le ministère de la défense ayant perdu 23 % de ses effectifs, la demande de prestations médicales a sensiblement diminué.

Le nombre de journées d'hospitalisation concernant les militaires (professionnels et appelés) a chuté dans des proportions encore plus significatives, compte tenu de la disparition d'une clientèle de conscrits fortement consommatrice de prestations médicales et qui devait se faire soigner dans les hôpitaux militaires : alors qu'avaient été comptabilisées 346 000 journées en 1996, seulement 45 000 furent comptées en 2001. La demande de soins hospitaliers pour les patients pris en charge dans le cadre de la couverture sociale de droit commun, qui constitue l'essentiel de l'activité, a, elle, peu varié.

Face à ces évolutions, le service de santé des armées a réduit de manière homothétique le nombre de ses structures sans remise en cause de ses missions. Il a procédé à la fermeture d'une partie de ses établissements dont 9 centres hospitaliers représentant 1 335 lits, soit une baisse de 28 % de la capacité totale du service.

Inversement, sur la base de modèles théoriques, ce service a prévu d'augmenter ses effectifs médicaux et paramédicaux professionnels pour

compenser, en partie, la disparition des appelés (4 943 en 1996)<sup>6</sup>. Il était ainsi prévu de remplacer le personnel appelé par des professionnels dans une proportion quasiment de 1 pour 9. De 1996 à 2002, 593 postes budgétaires ont été créés, portant à 7 846 les emplois budgétaires de personnels militaires.

Le taux de substitution prévu pour les médecins était légèrement supérieur à la norme retenue pour l'ensemble du service : 835 appelés devaient être remplacés par 126 médecins militaires.

Aucune compensation n'était attendue du côté des personnels civils dont l'effectif budgétaire a été réduit<sup>7</sup>.

Sur un plan théorique, les demandes du service de santé des armées ont donc bien été satisfaites, même s'il reconnaît, a posteriori, avoir sous-estimé la contribution que les appelés médicaux et paramédicaux apportaient.

## **II – Une situation en voie de dégradation**

### **A – Les personnels**

En termes d'effectifs moyens, la situation est significativement différente du schéma prévu.

L'augmentation totale des effectifs militaires qui aurait dû être de 593, correspondant au nombre de postes budgétaires, n'a été, en réalité, que de 281 personnes. Le nombre d'emplois pourvus par rapport aux effectifs budgétaires a diminué, passant de 98 % en 1996 à 91 % en 2002.

Concernant le personnel civil, le nombre d'emplois pourvus au regard des effectifs budgétaires a également diminué au cours de cette même période, de 93 % à 83 %.

---

6) C'est ainsi le cas des quatre établissements de recherche qui effectuent des études n'entrant pas dans les priorités des laboratoires civils : menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques, maladies tropicales .... La situation en personnels est devenue très préoccupante car 25% des chercheurs étaient des scientifiques du contingent.

7) 6.324 postes budgétaires en 1996, 5.857 en 2002.

## 1 – Les personnels médicaux

La situation est particulièrement préoccupante pour les médecins qui constituent l'élément majeur du service de santé des armées. Alors que seuls 6 emplois budgétaires n'étaient pas pourvus en 1996, les vacances d'emplois s'élèvent en 2002 à 304, soit 14 % des effectifs budgétaires.

En l'absence de politique définie par l'état major, le service de santé a dû procéder à des arbitrages afin de répartir des déficits croissants. Ils ont essentiellement concerné les médecins d'unités opérationnelles et plus particulièrement ceux relevant de la gendarmerie. En revanche, les établissements relevant directement du service de santé des armées connaissent moins de vacances d'emplois, même si la situation s'est notablement dégradée, notamment dans les hôpitaux auparavant encore relativement protégés.

### Effectifs réalisés par rapport aux postes budgétaires ouverts

<i>(en nombre de médecins)</i>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Unités opérationnelles	- 146 (- 11,72 %)	- 205 (- 16,64 %)
<i>dont Gendarmerie</i>	- 49 (- 27,22 %)	- 60 (- 33,33 %)
Etablissements du SSA	- 9 (- 1 %)	- 54 (- 6 %)
<i>Dont hôpitaux</i>	-14 (- 2 %)	- 80 (- 11 %)

*(Source DCSSA)*

Le déficit en médecins provient notamment d'un recrutement insuffisant durant une quinzaine d'années. En 1981, le contrôle général des armées, pour remédier à un sureffectif conjoncturel, a imposé une mesure structurelle visant à diminuer le recrutement des élèves médecins qui a été quasiment divisé par deux<sup>8</sup>. Ce n'est qu'à partir de 1996 que le recrutement a progressivement retrouvé un régime de croisière plus compatible avec le pyramidage du corps des médecins des armées.

De plus, le nombre des médecins diplômés est inférieur à celui des élèves admis au concours d'entrée aux écoles militaires de santé en raison de taux d'échecs variables durant leur scolarité. La durée des études de médecine générale est passée, comme pour leurs collègues civils, de 6 à 9 ans, perturbant ainsi les flux de sortie.

8) Il est certain que le contrôle général ne pouvait prévoir ni la modification de la durée des études médicales, ni la professionnalisation.

En outre, le service de santé des armées doit faire face depuis deux ans à une croissance importante du nombre de départs anticipés. Alors qu'il était prévu 113 départs en 2001, 170 médecins ont demandé leur radiation des cadres d'active. Ces départs, qui touchent plus particulièrement certaines spécialités (anesthésistes par exemple), peuvent s'expliquer par l'attrait d'une seconde carrière dans le secteur civil et également par la dégradation des conditions de travail des médecins des armées qui assurent, depuis la disparition des appelés, l'essentiel des gardes et des permanences.

Compte tenu de la durée des études, la dégradation de la situation devrait se poursuivre jusqu'en 2008, date à laquelle le déficit en médecins serait à son maximum avec plus de 600 personnels manquants, soit de l'ordre de 25 % des effectifs.

L'objectif étant de conserver un maximum de médecins militaires en activité, des dispositions ont été prises ; elles ont été d'ordre essentiellement pécuniaire.

Bien qu'il soit difficile d'étalonner les rémunérations des médecins des armées par rapport aux médecins civils servant dans le secteur public, la direction centrale du service de santé des armées évaluait l'écart de rémunération à environ 7 600 € par an et par personne au détriment de ses personnels. La revalorisation récente du régime indemnitaire des médecins des armées est de nature à atténuer ces disparités. Les comparaisons avec le secteur libéral sont encore plus délicates à effectuer compte tenu de l'hétérogénéité des revenus de ces praticiens. Il est toutefois probable que l'écart de rémunération est, en moyenne, encore plus significatif.

Si l'on considère la totalité de la carrière du médecin militaire, la prise en charge par l'Etat des années d'études et la possibilité d'un départ précoce en retraite au bout de 25 ans de carrière constituent des avantages à prendre en considération<sup>9</sup>. Mais cet argument, pris en considération par les candidats lors du concours d'entrée dans les écoles de santé militaires, a tendance à être oublié par la suite.

Peut être faudrait-il, par ailleurs, modifier les éléments statutaires régissant la durée minimale des services que doit le médecin militaire à

---

9) Ces avantages peuvent être estimés à 600 000 € : les soldes versées aux élèves médecins durant les neuf années d'études entrent pour 150 000 € (9 X 17 000 €) dans le total, quinze années de retraite, de 45 ans à 60 ans, représentent un montant de 450 000 € (15 x 30 000 €).

l'Etat<sup>10</sup>. Cette mesure serait d'autant plus logique que la durée des études de base a été allongée de 50 %.

Mais la mesure la plus importante résiderait vraisemblablement dans l'amélioration des conditions de travail des médecins des armées, qui nécessiterait vraisemblablement une remise à niveau des effectifs.

Enfin, le recrutement de médecins déjà diplômés pourrait être de nature à atténuer cette tendance, de même que le recours à des personnels de réserve, utilisés notamment dans le cadre des « opérations extérieures ». Mais ces deux pistes, qui doivent être approfondies, ont produit, pour l'instant, de faibles résultats.

## 2 – Les personnels paramédicaux

La situation des personnels paramédicaux est, elle aussi, préoccupante quoique dans des proportions moindres.

Le service de santé des armées dispose d'un corps de personnels paramédicaux, les MITHA (militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées), recrutés sur diplôme civil, dont le statut a été calqué sur celui des infirmiers de la fonction publique hospitalière.

En outre, chaque armée possède ses propres personnels paramédicaux dont elle assure la gestion. Ces personnels sont formés dans une école unique qui délivre un diplôme d'Etat, identique à celui détenu par les MITHA. A la sortie de cette école, ils rejoignent leur armée d'origine dans le cadre d'un statut propre à chacune d'elle. Ces divers statuts, distincts de celui des MITHA, ouvrent des perspectives de déroulement de carrière moindre.

Or, tous ces personnels paramédicaux, qu'ils relèvent du service de santé des armées (MITHA) ou des armées, peuvent être employés aux mêmes tâches (infirmiers de bloc opératoire par exemple).

En 1993, le ministre de la défense avait logiquement souhaité harmoniser les statuts de ces personnels paramédicaux militaires, en regroupant les statuts des infirmiers militaires avec celui des MITHA. La direction centrale du service de santé des armées et les états majors ont produit de nombreuses études. Elles n'ont pas abouti, au motif que « la complexité du projet compromet ses possibilités d'aboutissement ».

Les armées ont revu à la baisse leurs ambitions en choisissant d'envisager l'unification des différents statuts d'infirmiers militaires sans

---

10) La durée minimum du lien au service est resté fixée à 10 ans, études non comprises.

pour autant leur conférer le statut de MITHA plus favorable tant en termes de rémunération qu'en termes de temps de travail.

Faute de la création d'un corps unique de MITHA, les départs des infirmiers militaires risquent fort de s'accroître.

## **B – Les finances**

Sur un plan financier, le service de santé des armées est essentiellement constitué de deux secteurs d'activité : les hôpitaux qui ont une activité très largement rémunérée par les régimes de sécurité sociale et les autres services (services médicaux d'unités et autres établissements) financés par le budget de la défense.

### **1 – Les résultats de la gestion des hôpitaux**

Les hôpitaux militaires sont gérés comme de simples services dépensiers de l'Etat, alors qu'ils encaissent des recettes, au titre de leur participation au service public hospitalier environ 380 M€ chaque année.

Il n'existe pas de comptabilité permettant de retracer l'ensemble des activités de ces établissements. Actuellement, trois comptabilités obéissant à des logiques différentes coexistent.

La première met en regard les ressources budgétaires des hôpitaux et leurs dépenses de fonctionnement (hors personnels).

La comptabilité analytique vise à déterminer, quant à elle, l'ensemble des charges et des produits du service. Mais cette comptabilité obéit aux principes généraux posés par le ministère de la défense. Le montant des produits résulte non d'une prise en compte des recettes effectivement enregistrées mais d'une reventilation des charges. Le résultat est donc sans lien avec la réalité hospitalière.

Enfin, la comptabilité de l'encaissement des recettes est disjointe des deux premières. Elle concerne uniquement des patients, militaires ou non, assujettis aux régimes de sécurité sociale (activité dite « remboursable »). Or les hôpitaux des armées soignent une autre catégorie de patients : les personnels militaires victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (activité dite « à charge »). Bien que les hôpitaux soient en mesure d'émettre des facturations calculées à partir des barèmes définis par les régimes de sécurité sociale, le ministère de la défense attribue une enveloppe budgétaire globale sans tenir compte des prestations réalisées au profit de cette population. Dans ces

conditions, il n'est pas en mesure de déterminer la part du service rendu telle que facturée selon les règles du régime de sécurité sociale.

Il serait sans doute opportun de mettre en place un nouveau système comptable unifié qui devrait, en outre, être compatible avec les procédures utilisées dans le secteur civil de la santé.

Quoi qu'il en soit, l'activité à charge a été divisée par trois, depuis la suspension du service national. Les produits de l'activité des établissements hospitaliers ont baissé de 15 % entre 1999 et 2001. Mais, dans le même temps, les charges, telles que calculées par la comptabilité analytique du service, sont restées stables.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le financement résiduel à la charge du budget du ministère de la défense pour assurer l'équilibre entre les charges et les produits du service s'accroisse ; il passe de 18,75 M€ en 1999 à 79,73 M€ en 2001 <sup>11</sup>.

## **2 – Des résultats d'ensemble préoccupants**

On peut estimer que, dans l'ensemble, tous secteurs confondus, l'activité médicale du service de santé des armées a enregistré une baisse proportionnelle aux effectifs des armées (23 %). Pour autant, les dépenses du service sont restées globalement stables.

On mesure là l'incidence de la disparition des appelés dont le coût était modique rapporté à leur valeur ajoutée. En 1996, le coût complet standard calculé par le ministère de la défense des 4 415 appelés du service de santé des armées se montait à 19,97 M€, soit 3 % des dépenses totales du service. Par comparaison, leur apport à l'activité était de l'ordre de 25 à 30 %.

---

11) Ces montants résultent de la prise en compte des charges directes rapportées aux produits tels que calculés selon les barèmes en vigueur dans les régimes de sécurité sociale.

### Les dépenses du service de santé des armées

<i>(en M€)</i>	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dépenses budgétaires	623,18	670,70	629,92	607,05	619,71	650,45
Dépenses en nature*	163,44	167,24	161,64	169,26	171,05	176,57
Total	786,62	837,94	791,56	776,32	790,75	827,02

\* Les dépenses dites « en nature » concernent les mises à disposition par les autres entités du ministère de personnels et de matériels.

*(Source DCSSA)*

## III – Des réformes nécessaires

Depuis 1996, le service de santé des armées a revu à la baisse le nombre de ses structures en fermant quelques établissements, tout en s'efforçant de préserver la totalité de ses missions.

Le déficit en médecins militaires est croissant et la suspension de la conscription ont diminué la ressource en médecins appelés. Compte tenu des contraintes actuelles et à venir pesant sur ses effectifs, la Cour doute fortement de la faculté du service à remplir toutes les fonctions qui lui sont assignées.

Dès lors, il est nécessaire d'examiner diverses pistes, pour, d'une part, recentrer les missions du SSA et, d'autre part, pour optimiser ses ressources et mutualiser ses moyens. Il est donc impératif que le ministère de la défense redéfinisse une politique précise en la matière et fasse les choix qui s'imposent.

### A – Les pistes envisageables au sein de la défense

#### 1 – La définition imprécise des missions

L'état-major a formalisé dans un document intitulé « contrat opérationnel » l'orientation stratégique fixée au service de santé des armées en lui donnant pour mission de mettre en place sur les théâtres extérieurs des équipes chirurgicales en support des forces déployées dans le cadre des nouvelles missions assignées aux armées. A cette fin, des structures hospitalières sont nécessaires pour permettre de soigner les

blessés revenus des lieux d'opérations, mais aussi, en temps de paix, pour permettre aux médecins militaires de conserver leur savoir-faire, en soignant une population essentiellement civile.

Ce contrat opérationnel ne porte pas sur l'ensemble des missions assurées par le service de santé des armées. Les autres missions assurées tant dans ses structures hospitalières qu'au sein des unités opérationnelles sont précisées dans d'autres documents<sup>12</sup>. Ainsi, peuvent être citées, à titre d'exemple, la médecine du travail et de prévention pour les militaires en activité, la médecine « sociale » pour répondre aux besoins en généralistes des familles des militaires et des anciens militaires, la médecine d'expertise, la médecine humanitaire dans le cadre des opérations sur et hors du territoire national<sup>13</sup>, la recherche médicale spécifique.

Il n'est donc pas possible de déduire du seul contrat opérationnel le format du service.

Par ailleurs, ce contrat, fondé sur des éléments issus de la loi de programmation militaire relatifs aux scénarii d'engagement des forces et sur des hypothèses de nombre de blessés, implique, dans les conditions actuelles de fonctionnement du service de santé, un dimensionnement suffisamment large des structures hospitalières pour répondre à ce besoin.

Le ministère de la défense risque ainsi d'être confronté, compte tenu du caractère vraisemblable d'un décalage persistant entre les effectifs réellement disponibles et les effectifs théoriques, à la nécessité soit de trouver des moyens pour assurer toutes les missions actuelles du service de santé des armées, soit de revoir la liste des missions incombant à ce service.

---

12) Décret n° 91-685 du 14 juillet 1991, fixant les attributions du service de santé des armées.

13) Au moment de l'accession à l'indépendance des pays de l'ancien empire colonial français, le bilan du SSA comportait entre autres, la création de 41 hôpitaux centraux (dont certains, comme Abidjan, devinrent par la suite des CHU), 593 hôpitaux secondaires, ainsi que la totalité des instituts Pasteur outre-mer. Aujourd'hui, les médecins des armées sont de plus en plus, mis à contribution pour participer à des opérations ponctuelles civilo-militaires dont les objectifs purement militaires sont absents mais qui sont décidées par le gouvernement.

## 2 – Des réorganisations indispensables

### *a) Les écoles*

La formation initiale des médecins des armées, bien que dispensée en universités, est complétée par une formation spécifique médico-militaire assurée par les écoles du service de santé des armées. Historiquement, le service de santé des armées dispose de deux écoles situées, l'une à Bordeaux, l'autre à Lyon. Un regroupement des élèves sur un seul site, celui de Lyon, plus récent et mieux adapté, serait envisageable. Il n'aurait pas d'effet sur le nombre des médecins recrutés dès lors qu'une réforme du numerus clausus ne limite plus le nombre d'étudiants militaires au sein d'une même faculté.

### *b) L'approvisionnement*

Le ravitaillement sanitaire, conçu de manière autarcique, avait sans doute une utilité dans l'organisation d'une armée de masse fondée sur la conscription alors qu'un approvisionnement rapide en équipements médicaux et en produits pharmaceutiques pouvait ne pas être assuré. La fonction « approvisionnement », qui emploie 577 personnes, entraîne des dépenses qui s'élèvent à 76,68 M€, selon les données publiées dans le rapport de gestion 2001 du service de santé.

En premier lieu, l'examen des marchés a mis en lumière certains dysfonctionnements qui conduisent à une multiplication des intérêts moratoires. De plus, des fournisseurs, déjà titulaires de marchés publics, étaient choisis pour des achats sur facture concernant des produits de même nature et ce, pour les mêmes périodes.

La gestion des stocks laisse aussi à désirer. Une part croissante de ceux-ci fait l'objet de mesures de réforme en raison de la péremption des produits ou de l'inadéquation de ceux-ci aux besoins.

En outre, l'existence même d'une filière d'approvisionnement autarcique et centralisée, ne fonctionnant que subsidiairement au profit des hôpitaux, est de nature à perturber leur fonctionnement et à peser sur leurs coûts. Dans ces conditions, une réflexion sur l'organisation, voire sur l'utilité de conserver une telle fonction, s'impose.

*c) L'emploi des médecins*

À l'exception des postes de commandement, dans lesquels la présence de médecins des armées est justifiée, il serait utile d'affecter, en priorité, les médecins à des tâches plus spécifiquement médicales. Actuellement le nombre de médecins des armées n'ayant aucun contact avec les patients s'élève à 10 % du corps.

*d) Un service de santé pleinement interarmées*

Plus de la moitié des médecins des armées exerce leurs fonctions dans les unités opérationnelles ou dans les directions régionales du service de santé dont l'implantation géographique est alignée sur l'organisation de chacune des armées.

Ainsi en métropole, le service de santé des armées compte-t-il dix directions. Un regroupement de ces structures sur un plan géographique permettrait d'optimiser les moyens, d'autant que certaines villes comme Bordeaux, par exemple, abritent deux structures, l'une pour l'armée de terre, l'autre pour l'armée de l'air. Les armées, conscientes de la faiblesse d'une telle organisation, ont réagi en créant un groupe de travail dont les résultats sont attendus à l'horizon 2005. Un calendrier plus serré pourrait être envisagé, d'autant que le concept de soutien médical commun aux diverses armées est déjà appliqué outre-mer.

Les économies les plus significatives en matière de personnel ne résident pas dans des structures de direction interarmées mais dans une mutualisation des médecins présents au sein des unités opérationnelles. Les états majors demeurant très attachés à un soutien médical intégré à chacune des armées, sont réticents quant à l'application d'une telle mesure. Ils mettent en avant la spécificité des unités combattantes qui doivent disposer de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

Cependant, sur le territoire national, cette position de principe demanderait à être nuancée dans un souci d'optimisation des moyens qui sont et seront de plus en plus limités.

Il serait peut être, en effet, opportun d'adopter une logique de chaîne de service pour conférer au service de santé des armées la pleine responsabilité de la gestion de tous les effectifs concourant au support médical afin de répondre aux objectifs fixés par les états-majors. Cette logique ne devrait néanmoins pas conduire le service à adopter une approche autarcique, mais à l'inverse, à rechercher une coordination et

une coordination de moyens avec d'autres services spécialisés du ministère (transports, entretien des matériels).

### **3 – Les réformes procédurales**

Des procédures devraient être révisées pour améliorer le recouvrement de certaines créances.

Ainsi, des prestations sont aujourd'hui dispensées gratuitement pour les militaires, même dans le cas d'affections non liées au service. Il s'agit des soins externes pratiqués dans les hôpitaux des armées et de ceux dispensés par les médecins en unité. La gratuité de ces soins constitue un manque à gagner.

De même, une partie des factures émises concernant des militaires étrangers soignés dans les hôpitaux des armées en métropole fait l'objet d'une procédure particulière dérogatoire aux règles de la comptabilité publique. Le recouvrement n'est en effet pas effectué dans le cadre des procédures ordinaires en vigueur ; les factures dont il s'agit ne sont pas adressées au trésorier-payeur-général mais à la direction Centrale du service de santé des armées qui s'efforce d'obtenir, via le ministère des affaires étrangères, le recouvrement de tout ou partie des créances.

Des procédures analogues, et donc tout aussi hétérodoxes, sont utilisées dans le cas de l'hôpital Bouffard à Djibouti, qui soigne les militaires de l'armée djiboutienne et leur famille. Les dettes djiboutiennes à l'égard de l'Etat français sont directement annulées par le ministre de la défense<sup>14</sup>. Il conviendrait de respecter strictement les règles de la comptabilité publique, ce qui ferait apparaître clairement l'effort consenti par le service de santé des armées, et donc le ministère de la défense, en matière de coopération. A l'avenir, cette charge pourrait ainsi ne plus être supportée par le budget du ministère de la défense.

## **B – Les synergies extérieures**

### **1 – Les synergies avec le secteur de la santé publique**

Même si des échanges croisés avec le secteur civil sont mis en œuvre, la médecine militaire garde encore une conception autarcique de son organisation.

---

14) La dernière décision, datée du 5 mars 1999, a permis d'apurer pour plus de 30,18 M€ de dettes contractées par l'Etat djiboutien.

*a) Prise en charge réciproque de patients*

Les hôpitaux des armées accueillent 90 % de patients dans le cadre des régimes de sécurité sociale. Les ressources tirées de cette activité, rattachées au budget de la défense par voie de fonds de concours, permettent de diminuer de manière très significative les charges du ministère. Le coût net représente 1,5 % de l'ensemble des dépenses du ministère hors pensions.

**Coût net pour la défense**

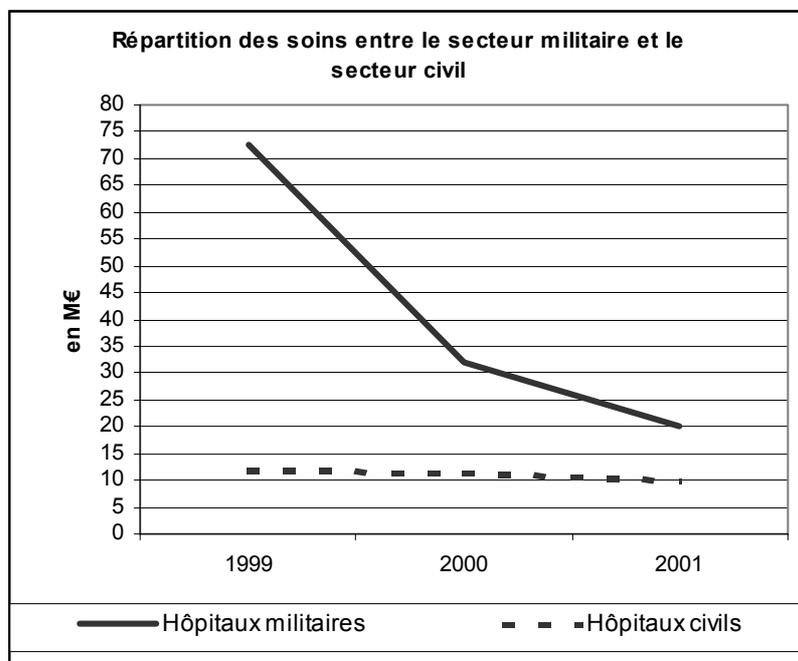
(M€)	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Coût total du service	786,62	837,94	791,56	776,32	790,75	827,02
Fonds de concours rattachés	335,46	362,13	404,92	394,75	384,49	397,59
Coût net (en M€)	451,16	475,81	386,64	381,56	406,26	429,43

(Source DCSSA)

Le coût pour le budget de la défense du service de santé des armées est ainsi divisé par deux, grâce aux patients militaires et civils dont les traitements font l'objet de prises en charge financières dans le cadre des régimes de sécurité sociale.

Par ailleurs, les hôpitaux des armées comme les établissements de recherche militaires passent des conventions avec les hôpitaux publics ou les universités pour mettre à leur disposition leurs plateaux techniques (scanners, IRM, etc.) qui sont alors utilisés par les médecins civils. Des patients accueillis dans les hôpitaux civils peuvent être réorientés vers des établissements militaires ou réciproquement, soit de manière ponctuelle (en fonction des capacités disponibles), soit en application d'accords permanents (répartition des permanences pour les services d'urgence).

Enfin, une part relativement grandissante de la clientèle militaire, victime d'accidents de service, est soignée dans des structures civiles. L'explication réside dans la baisse de l'offre de soins en milieu militaire, dans un maillage plus lâche sur le territoire national et dans la disparition de la population appelée qui devait prioritairement être prise en charge dans le secteur militaire.



*b) Mises à dispositions réciproques de médecins*

Les médecins généralistes servant dans les unités peuvent assurer, par volontariat, au titre de leur formation professionnelle continue, des gardes et des permanences au sein d'hôpitaux publics dans leur ressort géographique. Ils sont alors rémunérés au même titre que leurs collègues civils.

En sens inverse, le décret du 14 mai 1974 modifié prévoyait la possibilité d'accueillir dans les hôpitaux des armées des personnels médicaux et paramédicaux en formation (médecins en études de spécialité, étudiants en médecine, internes des hôpitaux et paramédicaux en stages d'application). Cette disposition n'a été que peu exploitée.

La loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, définit le nouveau dispositif de santé publique en posant comme principe général que « les hôpitaux des armées concourent au service public hospitalier ». Un décret d'application de cette loi est à l'étude. Il pourrait prévoir la possibilité de détacher de manière plus pérenne des personnels médicaux et paramédicaux de la fonction publique hospitalière auprès des établissements hospitaliers des armées. A défaut, certains hôpitaux des armées qui fonctionnent déjà en sous capacité et qui voient leur taux d'activité se dégrader, pourraient être amenés à fermer. Des décisions

devront être prises, d'autant que les investissements consentis au titre de la fonction hospitalière militaire sont loin d'être négligeables ; ils évoluent entre 45,73 M€ et 76,22 M€ par an. Une étude en cours concernant l'hôpital Bégin fait état de la nécessité de remettre à niveau, pour des raisons de sécurité incendie, l'essentiel de ses infrastructures, ce qui devrait entraîner des coûts significatifs. L'exemple récent de l'hôpital Percy devrait inciter à la prudence en matière d'investissements hospitaliers nouveaux. En effet, cet hôpital qui a été reconstruit en 1996, pour un montant d'environ 130 M€, a dû fermer plusieurs de ses services, en raison d'un manque de personnels.

### *c) Mutualisation des soutiens*

L'approfondissement des relations entre les secteurs hospitaliers militaire et civil pourrait trouver de nouveaux champs d'applications dans le domaine des approvisionnements en équipements médicaux et en produits pharmaceutiques selon des procédures à déterminer. Une meilleure coordination entre les deux secteurs hospitaliers devrait permettre d'optimiser les achats publics.

## **2 – Les synergies avec les armées étrangères**

La mission première, mais non exclusive, des armées françaises est désormais de déployer des troupes sur des terrains d'opérations situés hors du territoire national pour participer à la résolution de conflits. Des éléments du service de santé des armées, en tant que composante essentielle de ces dispositifs, sont souvent envoyés, dès le début des opérations, non seulement pour satisfaire les besoins militaires, mais aussi pour répondre aux attentes de la population locale.

Le service de santé des armées est fortement mis à contribution pour des opérations extérieures qui durent, se renouvellent et dont les effets sur la disponibilité des personnels désorganisent le service sans que ce dernier soit en mesure d'en déterminer l'ensemble des conséquences financières.

Ces opérations s'effectuent dans un cadre interarmées et, le plus souvent, dans un environnement international. Le service de santé des armées est ainsi appelé à assurer le soutien sanitaire d'armées étrangères engagées conjointement avec les troupes françaises. Réciproquement, les forces françaises peuvent compter sur l'assistance médicale en provenance des services de santé étrangers. Ces échanges s'effectuent dans un cadre politique et juridique insuffisamment déterminé. Cette absence de base ne nuit pas à la mise en œuvre pratique de ces soutiens

réciproques mais ne permet pas leur prise en compte dans la définition des moyens propres au SSA.

Indépendamment du cadre des opérations extérieures, les collaborations sont constantes : ainsi le rapatriement des personnels de la direction des constructions navales blessés dans l'attentat de Karachi au mois de mai 2002 a-t-il été assuré immédiatement par les moyens aériens médicaux allemands<sup>15</sup>. A l'inverse, les marins américains blessés lors de l'attentat de l'USS COLE au large d'Aden ont été évacués et soignés grâce aux moyens militaires français.

Dans ces conditions, le système de santé français doit donc prendre en compte dans ses réflexions l'existence d'un échelon interarmées, mais aussi celle d'une dimension internationale qui s'inscrit principalement dans le cadre d'une Europe de la défense.

#### CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

*Le service de santé des armées est doublement affecté par la suppression du service national. Les appelés constituaient une clientèle et concouraient à l'offre de soins. Les médecins appelés occupaient parfois des fonctions de haute technicité et leur rôle était souvent déterminant dans certaines spécialités. Pour pallier la disparition de cette ressource, le service a obtenu l'ouverture de postes budgétaires supplémentaires pour ses personnels médicaux et paramédicaux d'active. Mais ces nouveaux postes n'ont pas pu être tous pourvus. Le nombre des médecins d'active a même baissé depuis 1996, date du début de la professionnalisation des armées. Cette situation résulte de deux phénomènes : un moindre recrutement passé combiné à des départs récents massifs. Compte tenu de l'inertie démographique de la population médicale, le déficit en médecins doit se creuser inéluctablement jusqu'en 2008, date à laquelle il atteindra 25 % des postes budgétaires. Le service n'est donc plus en mesure de faire fonctionner ses structures à pleine capacité. Son efficacité diminue car si son activité baisse*

---

15) En l'occurrence, l'avion utilisé a été mis à disposition dans le cadre d'un accord visant à maintenir une permanence médicale à l'échelle européenne pour les opérations en Afghanistan. Les moyens français existants étaient employés à d'autres missions.

*significativement, ses charges restent identiques. Dans ces conditions, le ministère de la défense ne peut pas faire l'économie d'importantes réformes, qu'il s'agisse de la définition des missions du service ou de son organisation. De plus, il sera indispensable de conduire ces nécessaires évolutions en partenariat tant avec le secteur civil de la santé qu'avec les autres armées européennes.*

---

### REPONSE DU MINISTRE DE LA DEFENSE

*Au terme des enquêtes qu'elle a menées pendant près de deux ans la Cour des comptes fait une présentation préoccupante du service de santé des armées (SSA) et des organismes relevant des armées et de la gendarmerie qui concourent au soutien sanitaire des forces.*

*Le ministère de la défense, sans contester les constats à partir desquels la Cour a bâti ses conclusions et ses propositions, souhaite rappeler que si le service de santé des armées concourt avec une grande partie de ses moyens au service public hospitalier, il a pour vocation première d'assurer le soutien sanitaire des armées. Il souhaite également apporter quelques précisions et informations récentes qui sont de nature à atténuer le pessimisme des pronostics de ce rapport et à montrer que bon nombre de mesures de correction ou d'adaptation ont déjà été prises ou sont sur le point de l'être.*

#### ***La professionnalisation inachevée***

*Le ministère de la défense tient à affirmer que le processus de professionnalisation ne se limite pas à la suspension du service national réalisée entre 1996 et 2001. Un certain nombre de réformes de structures et de recrutement destinés à suppléer les appelés, qui n'ont pas pu être menées à bien pendant cette période restreinte, le seront au cours des prochaines années.*

*Il estime également important de souligner que la période sur laquelle a porté l'examen de la Cour (pour l'essentiel les exercices 1995 à 2001) a été la période de transition entre l'armée de conscription et l'armée professionnalisée, période inévitablement perturbée en raison de l'importance et de la rapidité des transformations. Le ministère de la défense considère que l'efficacité des actions conduites dans le cadre de la professionnalisation ne pourra être appréciée objectivement que lorsque le régime de croisière aura été atteint pendant au moins un exercice, c'est à dire d'ici deux ou trois années.*

#### ***Une situation encore critique mais en voie de stabilisation***

*Les problèmes de sous-effectif et financiers, auxquels est confronté le SSA dans la gestion de ses hôpitaux, dominent le rapport et donnent une impression trompeuse d'impuissance ou de passivité que le ministère souhaite corriger.*

### ***Le personnel***

*Concernant le déficit futur du personnel médical, le ministère ne partage pas le pessimisme de la Cour. En effet, d'une part les recrutements complémentaires progressent en raison de l'image positive du service due à la qualité des plateaux techniques des hôpitaux d'instruction des armées (HIA), à la variété des fonctions et à l'intérêt professionnel suscité par le soutien sanitaire en opérations extérieures. Depuis le début de l'année 2002, le SSA a ainsi pu recruter 12 médecins généralistes destinés aux forces servant sous le statut d'officier sous contrat (OSC) et 19 médecins spécialistes destinés aux HIA servant sous le régime de l'article 98-1 du statut général des militaires ; par rapport à 2001, ces recrutements sont en progression de 45% pour les OSC et 300% pour les 98-1. La cible de recrutement pour 2003, qui paraît maintenant raisonnable, est de 40 médecins généralistes et 40 médecins spécialistes sous le statut de l'article 98-1. Les engagements pour servir dans la réserve (ESR) connaissent également une progression sensible puisque, à la fin de l'année 2002, près de 750 médecins civils (généralistes et spécialistes) auront assuré un équivalent temps plein de 68 postes de médecin. Ces mesures, d'effet immédiat par différence avec l'augmentation du recrutement dans les écoles du SSA, permettent d'affirmer que l'hypothèse d'évolution des effectifs de médecins retenue par la Cour est excessivement pessimiste.*

*En outre, les mesures de fidélisation instaurées en février 2002 dans le plan d'amélioration de la condition militaire ont permis d'enrayer le mouvement de départ des médecins, notamment celui des généralistes, puisque le nombre de départs en 2002 est légèrement inférieur à celui de 2001.*

*Sans céder à un optimisme excessif, il est possible d'affirmer que le déficit en 2008 ne sera pas aussi profond que le prédit la Cour et que sa résorption sera vraisemblablement plus rapide.*

*Les évolutions statutaires que la Cour suggère pour fidéliser les médecins et les paramédicaux des armées ont été étudiées et seront prochainement mises en œuvre.*

*Conscient que ces réformes ne suffiront pas, à elles seules, à résorber le déficit des médecins, et qu'il lui faut développer encore l'attractivité du SSA, le ministère s'efforce, entre autres, d'aligner les conditions de rémunération des recrutements complémentaires (OSC et 98-1) sur celles des médecins d'active et de la fonction publique hospitalière, d'étudier le moyen de prendre en compte la féminisation croissante du service de santé et l'aspiration au travail à temps partiel qui est son corollaire. En outre, il révisé périodiquement les droits ouverts en médecins de tous les éléments du service de santé des armées (forces et hôpitaux) afin d'utiliser au mieux une ressource rare.*

### *Les finances*

*La présentation par la Cour des trois comptabilités à l'aide desquelles sont gérés les hôpitaux et de ce qu'elle qualifie de «financement résiduel à la charge du budget du ministère de la défense » appelle quelques compléments d'information pour dissiper l'image fâcheuse de désordre qu'elle évoque.*

*La première comptabilité évoquée est celle du budget de fonctionnement des HIA qui, à la différence des hôpitaux publics, n'ont ni la personnalité morale ni l'autonomie financière ; par souci de simplification, cette comptabilité ne traite que des ressources gérées localement : elle rend compte de l'utilisation des crédits déconcentrés et alimente le compte de gestion de l'HIA qui est ensuite intégré dans celui du service.*

*Le compte de gestion du SSA n'est pas un système propre au service de santé, mais l'un des éléments d'information comptable du ministère : le système global de prévision et de gestion (SGPG) dont la finalité est de rendre compte de l'utilisation des ressources budgétaires du ministère de la défense. Les comptes de gestion traduisent la transformation des ressources budgétaires, extrabudgétaires (rentées de cessions jusqu'en 2001) et en nature, reçues par les services, en prestations au profit des forces. Ces prestations sont valorisées sous forme de produits soit imputés aux forces (par simple jeu d'écriture dans les comptes organiques, lesquels retracent la consommation finale des différentes ressources du ministère par les forces), soit facturés aux clients extérieurs au ministère de la défense. Le passage des charges aux produits est réalisé par la comptabilité analytique. En théorie, le résultat d'un compte de gestion est nul, les services n'ayant pas vocation à dégager un bénéfice ou une perte puisque leur finalité est le soutien des forces : la somme des charges est égale à la somme des produits. En pratique, quand les prix de cessions sont préétablis, notamment pour des facturations à des clients extérieurs au ministère de la défense, et que le volume d'activité réalisé est différent de celui qui a été prévu dans la construction du budget, il peut y avoir un écart de facturation. L'intérêt du compte de gestion réside dans les comparaisons des coûts de prestations, notamment avec ceux des établissements de santé publique ; il est un instrument de la surveillance de l'efficacité du service.*

*La comptabilité de l'encaissement des recettes qui retrace le suivi des sommes réglées par les caisses de sécurité sociale, les mutuelles et les patients eux-mêmes est une comptabilité de caisse qui n'a vocation à enregistrer que ce qui est effectivement payé par les divers débiteurs. La facturation aux états-majors des prestations « à charge » est possible, elle n'apportera pas d'information supplémentaire pour la maîtrise des coûts, engendrera un surcroît de travail administratif pour le SSA et les états-majors.*

*Le ministère de la défense est conscient des limites du système des comptes de gestion et de la nécessité de rendre à la direction des hôpitaux du*

*ministère de la santé, qui alloue, depuis 2002, la dotation globale de financement (DGF) pour la part « remboursable » des activités, des comptes de cette activité remboursable. Il travaille à la mise au point d'un système comptable rénové satisfaisant simultanément le besoin d'information du ministère de la défense et du ministère de la santé.*

*L'analyse des données comptables présentée par la Cour peut laisser penser que la gestion des hôpitaux militaires n'est pas maîtrisée. Le ministère tient, pour dissiper cette impression, à apporter les explications et éclairages suivants :*

*A propos de la stabilité des charges alors que les produits et l'activité décroissent : les charges des HIA étant constituées à 85 % par des charges fixes qui ne peuvent pas évoluer au même rythme que l'activité, il n'est pas surprenant, quand on prend en considération la diminution rapide de l'activité due à la professionnalisation et au soutien des opérations extérieures, qu'un décalage s'instaure et s'accroît entre les charges et les produits du compte de gestion.*

*Si l'évolution du « financement résiduel à la charge du budget du ministère de la défense » corrobore le décalage entre charges et produits, les valeurs de ces déficits ne peuvent être prises en compte comme des données de gestion fiables. En effet, l'élaboration de cet indicateur par la Cour en rapprochant des données issues de systèmes comptables différents ne permet pas de garantir l'exactitude et la fidélité de cette information.*

*Pour surveiller la gestion des HIA, le SSA a adopté les indicateurs du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux publics : le nombre de points ISA (indicateur synthétique d'activité) et le PMCT (poids moyen du cas traité). Les variations entre 2000 et 2001 (-4,92% pour le nombre de points ISA et + 8,90% pour le PMCT) montrent que s'il y a eu baisse d'activité, la lourdeur des pathologies traitées a augmenté, ce qui relativise l'analyse purement financière.*

### ***Des réformes difficiles à envisager actuellement***

#### ***Les pistes suggérées au sein de la défense***

*Les observations et suggestions de la Cour relatives à la définition et l'organisation des missions opérationnelles du SSA ne coïncident pas avec le concept actuel d'emploi des forces.*

*La Cour suggère d'adopter une logique de chaîne de service pour le SSA. La forte rationalité économique de cette suggestion est incompatible avec le plein exercice des attributions des chefs d'état-major telles qu'elles sont définies par le décret n° 82-138 fixant les attributions des chefs d'état-major du 8 février 1982 ainsi qu'avec le principe de subordination des*

services au commandement rappelé par le décret n° 91-669 du 14 juillet 1991 portant organisation générale des services de soutien et de l'administration au sein des armées et de la gendarmerie. L'organisation actuelle, qui combine des éléments propres au service et d'autres intégrés dans les forces, n'a pas empêché de poursuivre la démarche de mutualisation des médecins des unités opérationnelles partout où la proximité des unités le permettait ; par ailleurs, les conclusions du groupe de travail pour la création des directions régionales interarmées ont déjà été déposées et approuvées, 2005 marquera l'installation de ces directions interarmées après que les infrastructures nécessaires auront été adaptées.

Elle reproche au ministère de justifier le format du SSA à partir du seul « contrat opérationnel » et de ne pas définir de façon suffisamment précise les autres missions. Le ministère, qui reconnaît que le « contrat opérationnel » est le facteur dimensionnant, considère que les missions du service sont effectivement définies et priorisées par les états-majors.

Les difficultés et faiblesses du ravitaillement sanitaire conduisent la Cour à suggérer d'externaliser cette fonction. Le ministère de la défense considère que l'imbrication du ravitaillement sanitaire dans le soutien logistique des opérations extérieures est telle qu'il est, à l'heure actuelle, exclu d'externaliser cette fonction.

En effet, si l'approvisionnement des forces et des hôpitaux en médicaments, articles à usage unique et matériels médicaux a connu des difficultés, c'est en grande partie dû à la suspension du service national, aux restructurations et au changement de format qui en a résulté qui ont profondément modifié les missions (en particulier la charge de pharmacie au profit des appelés), l'organisation et les moyens de la direction des approvisionnements et des établissements centraux (DAEC). Pour achever la rationalisation du dispositif de ravitaillement sanitaire, le SSA a lancé à l'automne 2002 un audit.

Les suggestions de la Cour relatives à la gestion de la carrière des médecins rencontrent en partie les réflexions actuelles du ministère.

Le principe du regroupement des écoles sur le seul site de Lyon n'est pas repoussé, cependant il est souhaitable de ne pas précipiter cette réforme importante, qui nécessite de nombreux accords interministériels. De plus, il serait peu judicieux de contrarier les efforts actuels de recrutement par une fermeture supplémentaire. En outre, il faut laisser à la réforme des études de médecine le temps de se mettre en place.

La suggestion de la Cour de modifier les éléments statutaires régissant la durée des services que le médecin militaire doit à l'Etat correspond aux travaux menés actuellement par le SSA et les services du secrétaire général pour l'administration.

*Si la gestion du SSA par des médecins a pour conséquence d'éloigner des patients quelques médecins à la direction centrale, dans les directions régionales et à la tête des HIA, il n'est pas certain que la diminution du nombre de ces emplois administratifs augmenterait sensiblement le nombre de médecins au chevet des malades. En effet, si cette possibilité de diversification en fin de carrière était supprimée, il est certain que les médecins quitteraient encore plus tôt le SSA, en outre leur remplacement par des officiers du corps technique et administratif du service de santé des armées exigerait préalablement de doubler les effectifs de ce corps. Cependant, l'économie des médecins en tant que praticiens n'est pas absente des réflexions du SSA puisque dans la réorganisation en cours d'étude de la direction centrale il est prévu qu'un des postes de sous-directeur actuellement tenu par un médecin général soit confié à un civil.*

### **Les synergies extérieures**

*L'ouverture du SSA sur le secteur civil de la santé se manifeste quotidiennement par l'accueil de patients civils dans les HIA, par l'existence de services d'accueil des urgences (SAU) ou d'unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) dans huit des neuf HIA. En outre, assez régulièrement, les HIA hébergent temporairement des services d'hôpitaux civils tels que celui de chirurgie thoracique à Brest en 1996, celui d'hématologie de l'Hôpital Saint Louis à l'hôpital Percy de Clamart en 1999 ou encore celui des urgences de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière au Val de Grâce en 2000. Mais ce qui marque par-dessus tout la volonté d'ouverture du SSA et son absence d'autarcie, c'est la soumission volontaire à la procédure d'accréditation par l'agence nationale d'accréditation en santé (ANAES) des HIA et prochainement des services médicaux d'unité (SMU).*

*L'éventualité de la fermeture de certains HIA en raison de leur sous-activité due au déficit de médecins n'est pas retenue par le ministère de la défense car le premier effet d'une telle mesure serait de ruiner les efforts importants de recrutement et de fidélisation du personnel médical et paramédical.*

*Par ailleurs, le souci de préservation du dispositif de formation des équipes médicales et chirurgicales susceptibles d'intervenir en opérations extérieures conformément aux engagements internationaux de la France et celui de la garantie d'une capacité d'accueil sans préavis d'un nombre important de blessés graves en provenance des théâtres d'opérations extérieures ou consécutivement à des attentats, des accidents ou des catastrophes naturelles, conduisent le ministère de la défense à accepter le surcoût de fonctionnement de ces hôpitaux en activité temporairement réduite.*

*Enfin, le sous-effectif en médecins que connaît également la fonction publique hospitalière et l'expérience du ministère de la défense en matière de cession d'immeubles incitent à penser que des HIA fermés par le SSA ne seraient pas réutilisés avant plusieurs années ce qui rendrait leur redémarrage problématique.*