

OBSERVATIONS DÉFINITIVES

(Article R. 143-11 du code des juridictions financières)

LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES UNE CAPACITÉ À CONSOLIDER

Juin 2023

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la Cour des comptes, le 7 juin 2023.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
1 LES MISSIONS ET L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES.....	10
1.1 Le soutien médical en opérations : la « raison d'être » du SSA qui doit se préparer aux défis de l'hypothèse d'engagement majeur.....	10
1.1.1 Une organisation axée sur la médecine de l'avant dans un cadre autonome...11	11
1.1.1.1 Une médecine de l'avant au plus près des combats nécessitant des soignants de statut militaire et une autonomie par rapport au système de santé civil	11
1.1.1.2 Une doctrine mise en œuvre sur le terrain dans le cadre des opérations extérieures conduites par la France.....	13
1.1.2 Des progrès importants depuis les précédents contrôles de la Cour en 2009..	13
1.1.3 D'importants défis à relever d'ici à 2030.....	14
1.1.3.1 Se préparer au soutien médical d'une opération de coercition de haute intensité dans le cadre d'un engagement majeur.....	14
1.1.3.2 Restaurer la capacité du Service de santé des armées à déployer un hôpital militaire de campagne de type rôle 3.....	16
1.1.3.3 Augmenter la capacité à projeter des équipes chirurgicales pour atteindre le volume requis de 65 équipes chirurgicales en 2025	16
1.1.3.4 Disposer des capacités suffisantes pour les évacuations sanitaires (MEDEVAC)	18
1.2 Le soutien santé des militaires, y compris ceux de la gendarmerie, assuré par une médecine des forces qui a trouvé son équilibre.....	19
1.2.1 Une organisation territoriale désormais stabilisée, mais qui reste imparfaite .	19
1.2.1.1 Une réforme profonde dans le cadre de la mutualisation des soutiens au sein des bases de défense qui a été ajustée dans le cadre du plan « SSA 2020 »	19
1.2.1.2 Une médecine des forces qui parvient à réaliser sa mission.....	22
1.2.2 Les évolutions envisagées pour renforcer la médecine des forces	23
1.3 Des missions de santé publique indispensables au maintien des compétences des hôpitaux militaires	24
1.3.1 Une ouverture vers le civil, érigé en priorité par le plan « SSA 2020 » qui a permis d'accroître l'activité au prix d'une réduction drastique de format	25
1.3.1.1 Une réforme des hôpitaux militaires, visant une plus grande ouverture au secteur civil, conduite avec des contraintes fortes de réduction d'effectifs et de coûts	26
1.3.1.2 Une activité en progression depuis 10 ans pour un format hospitalier militaire fortement réduit qui dépend beaucoup du volume apporté par la patientèle civile	26
1.3.1.3 Une « Ambition stratégique SSA 2030 » qui prévoit une nouvelle transformation pour disposer à terme de cinq hôpitaux militaires densifiés	28
1.3.2 Une relation complexe avec le monde de la santé civile.....	29
1.3.2.1 Des différences majeures entre le système de santé civil et le Service de santé des armées qui complexifient la coopération.....	29
1.3.2.2 Une coopération qui a progressé depuis quelques années avec la formalisation d'un cadre juridique spécifique	30
1.3.2.3 Les enjeux à venir avec la déclinaison locale du protocole pluriannuel défense-santé-budget conclu le 11 avril 2022.....	31

1.3.3	Des hôpitaux militaires qui dépendent des processus du ministère des armées pour de nombreux moyens indispensables à la réalisation de leurs missions	32
1.3.4	Des projets de réorganisation en 2018 et en 2019 qui n'ont pas abouti	32
1.4	Une organisation centrale du SSA fréquemment réformée	33
1.4.1	Une volonté confirmée de disposer d'un Service de santé des armées autonome avec l'ensemble de la panoplie de l'offre de soins	33
1.4.2	Une administration centrale qui se réorganise tous les trois ans	35
2	LES RESSOURCES HUMAINES DU SSA : UN DÉFI MAJEUR À RELEVER FACE À DE GRAVES DIFFICULTÉS	37
2.1	Les effectifs et les problèmes d'attractivité	37
2.1.1	Les effectifs du Service de santé des armées	37
2.1.1.1	Les effectifs : une récente et difficile stabilisation après une chute drastique	37
2.1.1.2	Les effectifs employés pendant la période sous revue	39
2.1.2	Les problèmes d'attractivité	40
2.1.2.1	Des métiers en tension et une gestion des ressources humaines peu agile	40
2.1.2.2	Des tentatives pour relancer la dynamique de l'attractivité	44
2.2	Les statuts, les indemnités, les rémunérations et la gestion des carrières	45
2.2.1	Les statuts, les indemnités et les rémunérations	45
2.2.1.1	Les statuts et les indemnités	45
2.2.1.2	Des rémunérations moyennes corrélées aux statuts de référence	47
2.2.2	La transposition des mesures catégorielles : l'anticipation de la « nouvelle politique de rémunération des militaires (NPRM) » et le Ségur de la santé	48
2.2.2.1	Une application anticipée aux praticiens de la nouvelle politique de rémunération des militaires	48
2.2.2.2	Une transposition lente et incomplète du Ségur de la santé, source de tensions parmi les personnels non médicaux	48
2.2.3	Une gestion des carrières perfectible	50
2.2.3.1	Une gestion prévisionnelle à construire	50
2.2.3.2	La « politique des talents », embryon de gestion des carrières pour les praticiens	51
2.3	L'organisation et le pilotage de la gestion des personnels du Service de santé des armées	52
2.3.1	L'organisation de la gestion des ressources humaines	52
2.3.1.1	Une organisation centrale deux fois réformée	52
2.3.1.2	Un périmètre de gestion incomplet	54
2.3.1.3	Une gestion locale complexe et dispersée	56
2.3.1.4	Un dimensionnement et un coût de la fonction gestion des ressources humaines mal appréhendés	57
2.3.2	Le pilotage de la gestion des ressources humaines	58
2.3.2.1	Du repli avec SSA 2020 à une nouvelle impulsion avec <i>Ambition stratégique 2030</i>	58
2.3.2.2	Une formalisation tardive et inachevée de la politique des ressources humaines	59
2.3.2.3	Un dialogue social et une concertation militaire à renforcer	61
2.4	Un outil de formation performant mais fragile	61
2.4.1	Des acteurs de la formation resserrés autour des Écoles du Val-de-Grâce et de Lyon-Bron	62
2.4.1.1	Le positionnement incertain de la direction de la formation de la recherche et de l'innovation	62
2.4.1.2	L'École du Val-de-Grâce, fleuron historique de la formation médicale aux armées	63

2.4.1.3	Les écoles militaires de santé de Lyon-Bron sont chargées de la formation initiale des élèves médecins et infirmiers	64
2.4.2	Des effets d’attrition à plusieurs étapes de la scolarité.....	67
2.4.2.1	Une baisse tendancielle préoccupante des candidatures dans les deux écoles, singulièrement marquée à l’École du personnel paramédical des armées	67
2.4.2.2	Une fonte des effectifs à l’École de santé des armées au fil du cursus, due à la sélectivité des concours et examens, ainsi qu’à des démissions en fin de 2 ^e cycle. 67	
2.4.3	Un effort d’adaptation continu à la réforme des études de santé	68
2.4.3.1	Reporter de plusieurs années le choix de spécialisation pour les élèves médecins militaires.....	68
2.4.3.2	Faire entrer à l’université les formations spécialisées transversales à la médecine de guerre.....	70
2.4.4	La préparation opérationnelle, calibrée depuis trente ans pour les opérations extérieures, doit se hisser à la hauteur du défi de la haute intensité	71
2.4.4.1	La préparation opérationnelle repose sur des outils en tension	72
2.4.4.2	Vers une « préparation opérationnelle optimisée » : un axe fort de l’ambition SSA 2030, mais aux ressources déficientes	73
3	LES MOYENS FINANCIERS DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES	75
3.1	Des crédits en progression modérée qui relèvent de plusieurs programmes budgétaires	75
3.1.1	Le directeur central du SSA ne maîtrise que partiellement les budgets qui lui sont alloués.....	75
3.1.2	Les crédits du Service de santé des armées ont connu une progression limitée depuis 2017 et s’élèvent en 2021 à un montant proche de leur niveau de 2012 76	
3.1.3	Les dépenses de logistique et soutien aux armées, hors dépenses du personnel et infrastructures, retrouvent leur niveau de 2014.....	78
3.1.4	Le Service de santé des armées n’a pas la maîtrise des dépenses d’infrastructures	80
3.1.5	Les leviers de ressources complémentaires sont limités	81
3.2	L’insuffisant investissement dans les infrastructures et les équipements hospitaliers	82
3.2.1	Le déficit de programmation des opérations majeures d’infrastructures et de renouvellement des équipements	82
3.2.1.1	L’absence d’une programmation de long terme	82
3.2.1.2	Une situation des équipements des hôpitaux militaires préoccupante, malgré les solutions palliatives mises en place.....	83
3.2.1.3	Mieux programmer les investissements dans les hôpitaux militaires	84
3.2.2	Le cas de l’hôpital de Laveran	84
3.2.2.1	La décision de reconstruire un hôpital militaire neuf a été prise en 2021	85
3.2.2.2	La perspective de mener à bien ce projet demeure encore assortie de nombreuses incertitudes	87
3.3	Des déficits en réduction depuis 2014 mais des comptes de gestion qui donnent une vision incomplète des résultats des hôpitaux militaires.....	88
3.3.1	Une amélioration de la maîtrise des charges et des produits.....	88
3.3.2	Des comptes de gestion qui ne prennent pas en compte les sujétions opérationnelles des hôpitaux militaires	91
	CONCLUSION.....	94
	ANNEXES.....	95

SYNTHÈSE

Le Service de santé des armées (SSA) assure une mission essentielle au profit des forces, en apportant aux soldats la garantie de la Nation qu'ils seront pris en charge dans les meilleures conditions en cas de blessures. Pour cela, il a besoin notamment de sa composante hospitalière, qui dispose d'une capacité de projection sans équivalent dans le civil. Il emploie en 2022 près de 15 000 militaires et civils et dispose d'un budget d'1,6 Md€, dont le tiers provient des attributions de produits de la sécurité sociale.

Après une décennie marquée à la fois par d'importantes réductions de moyens, dont l'emblématique fermeture de l'hôpital du Val de Grâce, et des réformes majeures, dont l'ouverture vers l'offre de soins de service public des hôpitaux militaires dans le cadre du plan stratégique SSA 2020, le SSA doit faire face aujourd'hui à des besoins croissants des armées, dans un contexte de remontée en puissance des forces et de préparation à un engagement majeur. Il possède de nombreux atouts pour relever ce défi : la qualité et l'engagement de ses personnels, une *Ambition stratégique SSA 2030* qui donne clairement la priorité aux missions militaires. Il bénéficie surtout de la cohérence de ses capacités avec une offre de soins complète, à travers ses cinq composantes : médecine des forces, médecine hospitalière, ravitaillement médical, recherche et formation, qui lui confèrent une autonomie d'action, contrairement au Royaume-Uni, qui a fait un choix totalement opposé. Cependant de toutes ces composantes, la médecine hospitalière est celle qui présente aujourd'hui le plus de difficultés nécessitant d'être résolues.

L'indispensable complémentarité entre les hôpitaux militaires et le système de santé civil doit être renforcée pour garantir au SSA d'assurer ses missions de soutien médical des forces.

Pendant cette décennie de restructurations, le Service de santé des armées a continué à assurer ses missions sans rupture du soutien s'agissant aussi bien de la médecine des forces que de la médecine hospitalière. Pour autant, dans l'hypothèse d'un engagement majeur, le service ne pourra honorer son contrat opérationnel au profit des forces que s'il parvient à renforcer la complémentarité de sa composante hospitalière avec le système de santé civil. En effet, les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) ne peuvent accueillir que 48 équipes chirurgicales, alors qu'il en faudrait 65, à l'horizon 2025, pour répondre aux besoins militaires. Or, les partenariats recherchés avec les hôpitaux civils qui ont permis l'insertion de cinq équipes chirurgicales au premier semestre 2022 ont montré leurs limites comme en témoignent la rupture du partenariat à Lyon qui a entraîné la transformation de l'hôpital Desgenettes en antenne hospitalière en 2022 ou encore, lors de la crise sanitaire de Covid-19 les difficultés à récupérer les équipes insérées avec un court préavis pour les affecter aux missions du SSA. Par ailleurs, la patientèle civile, qui représente environ 70 % de l'activité des hôpitaux militaires, est indispensable au maintien des compétences techniques des praticiens militaires nécessaires au soutien médical en opérations. En outre, cette activité génère une part non négligeable des ressources financières du Service de santé des armées, via les attributions de produits qui représentent 525 M€ sur un budget de 1,6 Md€ en 2021. Enfin, avec seulement 1 480 lits en 2021, c'est-à-dire un nombre de lits globalement équivalent à celui d'un centre hospitalier civil de taille moyenne, il apparaît que, dans un contexte d'engagement majeur, les hôpitaux militaires auront besoin de s'appuyer sur les hôpitaux civils, en cas de rapatriement massif de

blessés militaires en métropole. C'est donc une composante hospitalière affaiblie qui doit à présent se transformer dans le cadre de l'*Ambition stratégique SSA 2030*, l'objectif étant de parvenir à densifier les cinq hôpitaux militaires qui subsistent, afin que ceux-ci puissent mieux répondre aux besoins militaires d'un engagement de haute intensité.

Inversement, même s'il ne dispose pas des ressources lui permettant d'intervenir massivement dans la durée, le SSA a prouvé qu'il était en mesure d'apporter une contribution très utile à la gestion de crises sanitaires exceptionnelles du fait de sa capacité de projection sans équivalent. Ainsi, pendant la pandémie de la covid-19, tout en étant sollicité de renforcer son soutien médical aux armées pour garantir le maintien de leurs capacités opérationnelles, il a déployé huit éléments militaires de réanimation (EMR) en métropole et outre-mer, participé à l'évacuation sanitaire de patients, augmenté le nombre des lits de réanimation dans les hôpitaux militaires et concourir à la campagne de vaccination. Les circonstances ayant imposé au SSA d'apporter une contribution à la résilience de la nation sur une durée excédant celle qui était prévue dans la loi de programmation militaire et décrite dans le protocole santé défense de 2017, l'engagement qu'il a dû soutenir l'a alors mis au bord de la rupture capacitaire, sans compter les retards qu'il a pris dans l'accomplissement de ses activités récurrentes et qu'il doit à présent résorber.

Pour assurer une meilleure combinaison entre les défis que le SSA doit relever et la contribution qu'il doit être en mesure d'apporter en cas de grave crise sanitaire, le ministère des Armées a renégocié le protocole de 2017 qui le lie au ministère des Solidarités et de la santé et au ministère de l'Action et des comptes publics. Conclu le 11 avril 2022, le nouveau protocole permet, d'une part, au SSA de s'appuyer sur le système de santé civil pour assurer ses missions au profit des forces, notamment en cas d'afflux massif de blessés ; d'autre part, il prévoit explicitement que toute intervention dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles ne doit pas se faire au détriment du soutien des armées. Il reste maintenant à réaliser la déclinaison régionale de ce protocole, que le ministère des Armées a déjà entrepris dans quatre régions en 2023, en trouvant toutefois le moyen de donner un caractère juridique contraignant à ces déclinaisons.

Les conditions d'insertion du SSA dans le système d'organisation et les processus internes au ministère des Armées ne lui permettent pas de maîtriser correctement l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation de ses missions.

Construite autour des centres médicaux des armées (CMA) et de leurs antennes, l'organisation actuelle de la médecine des forces fournit le soutien médical demandé, avec un niveau de qualité jugé satisfaisant par les bénéficiaires. Il paraît donc souhaitable de pérenniser cette organisation qui a démontré sa capacité à remplir ses missions.

En revanche, la mise en œuvre des processus ministériels dans les domaines des ressources humaines, des finances, de l'infrastructure et des systèmes d'information, prive partiellement le SSA des leviers nécessaires pour satisfaire aux objectifs qui lui sont assignés, notamment pour les hôpitaux militaires. Certes, cette situation concerne également l'ensemble des directions et services interarmées du soutien du ministère des Armées, mais elle est particulièrement handicapante pour le Service de santé des armées dans ses relations avec le système de santé civil.

Le Service de santé des armées connaît des difficultés importantes en matière de ressources humaines. Pour la part qui lui incombe, l'organisation et le pilotage de la gestion des

ressources humaines à l'échelon central ont été ces dernières années quelque peu instables, la situation au niveau local étant quant à elle très problématique. Son absence d'autonomie fonctionnelle rend le SSA tributaire, pour ses recrutements, des procédures ministérielles gérées au niveau de la direction des ressources humaines du ministère des Armées. Outre le fait que ces procédures ne sont pas agiles, les conditions afférentes aux postes proposés ne sont pas compétitives par rapport à celles qu'offrent les hôpitaux civils avec lesquels les hôpitaux militaires sont en concurrence pour attirer certaines catégories de personnel. En particulier, la comparaison des rémunérations avec celles de la fonction publique hospitalière demeure défavorable, d'autant que la transposition des mesures dites « Ségur » est demeurée incomplète. Enfin, alors qu'elle constitue un levier potentiel pour donner du sens à un parcours professionnel au sein du SSA, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est, quant à elle, lacunaire.

Il en résulte des problèmes majeurs d'attractivité et de fidélisation des personnels, notamment pour certaines spécialités médicales et pour la plupart des métiers paramédicaux, les emplois non pourvus étant croissants. Les problèmes de fidélisation sont perceptibles dès les écoles de formation initiale, ce qui hypothèque la remontée en puissance du service. Ainsi, entre 2018 et 2022, les candidatures à l'École de santé des armées ont diminué de 12 %, les candidatures à l'École du personnel paramédical des armées ayant baissé de 54 % durant la même période – cette tendance étant sans doute pour partie imputable à l'augmentation des places offertes dans le système de santé civil sur la même période. L'on n'en doit pas moins noter qu'en sus de cette évolution, l'École de santé des armées a connu, sur les dernières promotions, un taux d'attrition en cours de scolarité de 30 % à 40 % de ses étudiants.

Le SSA ne maîtrise pas les ressources financières dont il dispose. Côté recettes, près du tiers de son budget provient des attributions de produits liées aux soins réalisés au profit de la patientèle civile. Côté dépenses, il dépend, pour la gestion de la masse salariale et des investissements dans les infrastructures, d'autres entités du ministère des Armées. Quant aux hôpitaux militaires, ils ne sont pas rémunérés pour leurs missions les plus importantes (capacité à générer les équipes chirurgicales, maintien de capacités hospitalières lourdes etc.), donnant à tort l'impression de n'être pas rentables, en raison des déficits de gestion auxquels les expose cette absence de couverture des services structurels qu'ils rendent aux armées.

S'agissant enfin des infrastructures, les difficultés récurrentes du ministère des Armées à inscrire dans sa programmation budgétaire la remise à niveau complète des hôpitaux militaires, nécessaire tous les 60 ans, concernent actuellement l'hôpital Laveran de Marseille, élément essentiel du dispositif du Service de santé des armées, dont la reconstruction devient urgente. En juin 2023, la reconstruction du futur hôpital sur le site de la caserne Sainte Marthe d'ici à 2030 a été annoncée par le Président de la République, mais le financement de cette opération n'a pas été prévu dans le rapport annexé au projet de loi de programmation militaire 2024-2030.

Conscient de ces difficultés, le ministère des Armées a mis à l'étude, au cours des dernières années, des scénarios de réorganisation, tels que la mise en place d'un compte de commerce ou la transformation de la composante hospitalière en établissement public. Aucun d'eux n'a été retenu à ce stade. La Cour estime que ces hypothèses de réorganisations devraient être réévaluées à la lumière de leur capacité à apporter ou non une réponse satisfaisante aux difficultés rencontrées dans le cadre de l'organisation actuelle. Elle note avec satisfaction que, lors de la phase de contradiction, le ministère des Armées lui a fait part de son intention de lancer une nouvelle étude sur la transformation en établissement public de la composante hospitalière du Service de santé des armées.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 (état-major des armées, service de santé de armées) : Mener à son terme le déploiement du protocole santé défense du 11 avril 2022 au niveau zonal et régional en s'assurant que les contraintes propres au Service de santé des armées, liées à ses missions militaires et à ses moyens limités, soient bien prises en compte par les autorités civiles de santé.

Recommandation n°2 (état-major des armées, secrétariat général pour l'administration, Service de santé des armées) : Réétudier la possibilité de transformer la composante hospitalière du Service de santé des armées en établissement public, en appréciant si une telle évolution permettrait au service de mieux maîtriser ses moyens, pour assurer plus efficacement ses missions au profit des armées.

Recommandation n°3 (état-major des armées, direction des ressources humaines du ministère des armées, Service de santé des armées) : Expérimenter la déconcentration du recrutement de certaines catégories de contractuels soignants au niveau des établissements.

Recommandation n°4 (état-major des armées, direction des ressources humaines du ministère des armées, Service de santé des armées) : Finaliser rapidement la réalisation de la feuille de route de la transformation des ressources humaines du Service de santé des armées.

Recommandation n°5 (état-major des armées, service de santé de armées) : Assurer, en effectifs et en qualité, le niveau d'encadrement requis au sein des écoles militaires de santé.

Recommandation n°6 (état-major des armées, direction des territoires, de l'immobilier et de l'environnement, Service de santé des armées) : Prendre rapidement les décisions nécessaires à la reconstruction de l'hôpital Laveran de Marseille en termes de financement.

Recommandation n°7 (Service de santé des armées) : Établir des états financiers qui présentent de façon exhaustive les rémunérations résultant de l'activité des hôpitaux militaires.

INTRODUCTION

Fruit du dernier contrôle effectué par la Cour des comptes sur le Service de santé des armées (SSA), ce rapport repose sur des travaux conduits auprès de la direction centrale du service, de ses grandes directions fonctionnelles et sur des déplacements effectués au sein de cinq hôpitaux d'instruction des armées (HIA), Bégin, Desgenettes, Laveran, Legouest et Percy, de trois centres médicaux des armées (CMA) et de leurs antennes, Besançon, Lyon et Marseille et du site du Val de Grâce. L'état-major des armées (EMA) et de la direction des ressources humaines du ministère des Armées (DRH-MD) ont été également sollicités d'apporter leur éclairage sur les questions les concernant.

Le précédent contrôle de la Cour remontait à 2009 et avait débouché sur le rapport public thématique de 2010 intitulé « *Médecins et hôpitaux militaires* » et sur l'insertion de suivi du rapport public annuel 2013 intitulée « *Le Service de santé des armées : une évolution engagée* ». Le présent contrôle intervient dans un contexte très différent de celui de 2009. À l'époque, le ministère de la Défense entrait dans une période de forte réduction du format des armées et de réformes majeures des soutiens qui faisaient peser une menace existentielle sur le Service de santé des armées, d'autant plus que le Royaume-Uni venait de décider la fermeture de ses hôpitaux militaires.

Une dizaine d'années plus tard, au terme du plan stratégique SSA 2020, le Service de santé des armées est demeuré en tant que service autonome disposant de l'ensemble de la palette de l'offre de soins, à travers ses cinq composantes : la médecine hospitalière avec huit hôpitaux militaires, la médecine des forces désormais organisée, en métropole, autour des 16 centres médicaux des armées et de leurs antennes, le ravitaillement médical, la recherche et la formation. Son format a cependant été fortement réduit puisqu'en 2021, il compte 14 841 postes dispose d'un budget de 1,6 Md€ dont 525 M€ d'attributions de produits et comprend une composante hospitalière réduite à 1 480 lits.

Aujourd'hui, le Service de santé des armées doit relever de nouveaux défis liés à des besoins militaires croissants, dans un contexte de remontée en puissance des forces et de priorité accordée à la préparation d'un engagement majeur de haute intensité. Un plan *Ambition stratégique SSA 2030* a été lancé en 2019 pour répondre à ces enjeux et le rapport annexé au projet de loi de programmation militaire 2024-2030 inclut le SSA parmi les services de soutien qui doivent bénéficier d'une attention particulière.

Le rapport aborde successivement les problématiques suivantes :

- (i) Les missions du Service de santé des armées et l'organisation mise en place pour les remplir,
- (ii) Les défis à relever dans le domaine des ressources humaines,
- (iii) Les moyens financiers du Service de santé des armées.

1 LES MISSIONS ET L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

L'organisation du Service de santé des armées a profondément évolué dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique « SSA 2020 » lancé en octobre 2013 dans un contexte d'importante réduction de format. Le SSA est néanmoins demeuré un service centralisé, disposant de l'ensemble de l'offre médicale à travers ses cinq composantes : la médecine hospitalière avec ses huit hôpitaux d'instruction des armées (HIA) en 2021, la médecine des forces, le ravitaillement médical, la recherche et la formation. De nouvelles évolutions majeures sont prévues au titre de « *l'Ambition SSA 2030* », notamment l'évolution de la médecine hospitalière vers un format qui devrait compter à terme cinq hôpitaux militaires densifiés, aptes à répondre à l'essentiel des missions des armées. Le ré déploiement de ressources que nécessite cette évolution suppose une transformation profonde des trois autres hôpitaux qui doit commencer par la transformation en 2022 de l'hôpital Desgenettes de Lyon en antenne hospitalière des armées centrée sur les soins de suivi.

Les perspectives qui se dessinent aujourd'hui doivent être appréciées en fonction des défis qu'il incombe au SSA de relever, dans un contexte où la priorité donnée aux missions au profit des armées a été réaffirmée dans « *l'Ambition SSA 2030* ». Il doit en effet assurer le soutien médical en opérations (1.1), le soutien santé des militaires du ministère des Armées et de la Gendarmerie nationale (1.2), tout en contribuant à l'offre de soins de service public et à la gestion des crises sanitaires exceptionnelles (1.3).

1.1 Le soutien médical en opérations : la « raison d'être »¹ du SSA qui doit se préparer aux défis de l'hypothèse d'engagement majeur

Depuis sa création il y a trois siècles, le soutien médical apporté aux militaires en opérations constitue la raison d'être de la médecine militaire. En 2020, le Service de santé des armées a engagé 1 831 personnels militaires en opérations extérieures et a réalisé 979 interventions chirurgicales, 832 évacuations médicales, 71 846 consultations et 217 962 actes paramédicaux, tout en projetant, pour ce faire, 313 tonnes de produits sanitaires². Néanmoins, il ne dispose plus aujourd'hui de la taille critique pour assurer l'intégralité de cette mission sans s'appuyer sur le système de santé civil.

¹ Le terme « *raison d'être* » est employé dans la directive de politique générale 2019-2021 du SSA pour définir cette mission sur la base de laquelle est déterminé le format du SSA.

² Source des données chiffrées : page du SSA sur le site internet du ministère des armées.

1.1.1 Une organisation axée sur la médecine de l'avant dans un cadre autonome

1.1.1.1 Une médecine de l'avant au plus près des combats nécessitant des soignants de statut militaire et une autonomie par rapport au système de santé civil

Le SSA est organisé de telle manière à ce qu'il puisse disposer de l'ensemble des capacités de la chaîne médicale (du poste médical avancé à l'hôpital, y compris les capacités d'approvisionnement, de recherche et de formation) et pouvoir ainsi intervenir, de façon autonome par rapport aux structures civiles et alliées, auprès des militaires français en opérations. À ce titre, il constitue « *un des leviers de l'autonomie stratégique nationale, en contribuant à la liberté d'action des armées y compris pour une entrée en premier sur un théâtre d'opérations ou en cas d'engagement majeur* »³. Sa doctrine d'emploi, interopérable avec celle de l'Alliance atlantique, se fonde sur les principes suivants⁴ :

- La « *médecine de l'avant* » (au plus près des forces et de l'action opérationnelle) qui comprend le sauvetage au combat et les premiers soins médicaux indispensables pour maintenir le blessé en vie, et ne peut être assurée que par des personnels soignants militaires ;
- La « *réanimation et la chirurgicalisation à l'avant* » qui prévoit le déploiement d'une équipe chirurgicale au plus tôt⁵ et au plus près des lieux de combat, afin de mettre en œuvre des techniques spécifiques de chirurgie vitale permettant de stabiliser l'état de santé des blessés. Cette activité nécessite de disposer d'équipes chirurgicales constituées de militaires qui sont issus des hôpitaux militaires. Toutefois, le maintien des compétences médicales de ces équipes est très dépendant de la patientèle civile qui représente environ 70 % de l'activité des hôpitaux militaires. En outre, le format actuel des huit hôpitaux militaires ne permet de générer que 48 équipes chirurgicales sur les 65 nécessaires ;
- L'« *évacuation médicale (MEDEVAC) stratégique systématique et précoce* »⁶ qui prévoit l'évacuation des blessés vers les structures hospitalières les plus adaptées en métropole pour leur traitement définitif. Cette activité mobilise des moyens d'évacuation sanitaire, notamment par voie aérienne militaire et nécessite de disposer d'hôpitaux militaires en métropole pour accueillir les blessés. Avec seulement huit hôpitaux militaires représentant 1 480 lits en 2022, le SSA risque d'être rapidement saturé en cas d'afflux massif de blessés et se trouve donc contraint de s'appuyer également sur les hôpitaux civils.

Pour remplir cette mission, le Service de santé des armées dispose en métropole de moyens constituant son socle capacitaire, à partir duquel il doit pouvoir projeter des modules d'intervention en opérations. La terminologie employée pour définir les différents types de

³ Source : plaquette de présentation du plan « *Ambition stratégique SSA 2030* ».

⁴ Source des éléments de doctrine et de la définition de la terminologie employée (rôle 1 à rôle 4): « *doctrine du soutien médical aux opérations* » (doctrine interarmées DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS (2014) du 31 juillet 2014 produit par le centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations. Une nouvelle doctrine est en cours d'écriture en 2022 pour mieux prendre en compte les besoins liés aux conflits de haute intensité.

⁵ La doctrine de l'Alliance atlantique prévoit un délai maximal de deux heures après la blessure pour la prise en charge dans une structure chirurgicale.

⁶ En général, dans les 24 heures qui suivent la blessure.

modules projetés s'articule autour de quatre niveaux croissants de prise en charge médico-chirurgicale :

- Le rôle 1 correspond aux « *soins médicaux de premier recours et à la prise en charge initiale, y compris réanimatoire des blessés et malades* » ;
- Le rôle 2 correspond à « *la réanimation et la chirurgicalisation de l'avant, à la chirurgie initiale dont la chirurgie de sauvetage* » ;
- Le rôle 3 correspond au « *traitement hospitalier spécialisé sur le théâtre* », ce qui suppose le déploiement d'hôpitaux militaires de campagne ;
- Le rôle 4 correspond à « *l'ensemble des capacités médicales et chirurgicales spécialisées permettant le traitement définitif et les soins de suite du blessé ou du malade jusqu'au moment de sa guérison et de sa reprise du service* ».

Tableau n° 1 : Capacités du SSA pour le soutien médical des opérations

<i>Niveau d'intervention</i>	<i>Capacité socle en métropole</i>	<i>Modules projetables en opérations</i>
<i>Rôle 1</i>	16 centres médicaux des armées (CMA), 3 chefferies spécialisées santé et leurs antennes	Poste médical avancé (PM) armé par les équipes médicales (EM).
<i>Rôle 2</i>	Capacité assurée par les 8 hôpitaux d'instruction des armées	Antenne chirurgicale (AC) : 2 lits Groupement médico-chirurgical (GMC) : 1 bloc, 1 équipe chirurgicale (EC) , 15 lits ou 2 blocs, 2 équipes, 30 lits chacun
<i>Rôle 3</i>		Hôpital médico-chirurgical (HMC) : 4 blocs, 3 EC, 60 lits chacun
<i>Rôle 4</i>	8 hôpitaux d'instruction des armées (HIA) : 1 480 lits au total	Pas d'hospitalisation prolongée sur le théâtre d'opérations
<i>Autres (dont approvisionnement)</i>	Pharmacie centrale des armées (PCA), centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), 2 établissements de ravitaillement sanitaire des armées (ERSA), établissement central des matériels du SSA (ECMSSA)	Unité de distribution de produits de santé (UDPS) Capacités MEDEVAC pour les évacuations sanitaires

Source : Cour des comptes à partir des données du SSA

1.1.1.2 Une doctrine mise en œuvre sur le terrain dans le cadre des opérations extérieures conduites par la France

Les opérations extérieures de ces dernières années se sont traduites par la projection des différents modules d'intervention du SSA, à l'exception du rôle 3 dont le dernier déploiement opérationnel remonte à l'hôpital médico-chirurgical installé à Kaboul à la fin des années 2000. Le service est donc parvenu à remplir sa mission au prix d'un engagement important.

Tableau n° 2 : Personnels du SSA (active et réserve) en opérations extérieures (OPEX) en 2021

	Rôle 1	Rôle 2	Rôle 3	Total
<i>Effectif en OPEX</i>	578	461	0	1 039

Source : Service de santé des armées.

Le tableau ci-dessus présente le nombre de personnels déployés au titre des opérations extérieures *stricto sensu* en 2021 (hors missions permanentes et missions intérieures) et témoigne de la charge importante que celles-ci ont fait peser sur le SSA. Ainsi, pour la médecine des forces, les 220 médecins projetés en opérations en 2021 représentaient plus du tiers de la ressource. En outre, on rappellera qu'au-delà du temps passé en opération proprement dit, qui est en général organisé sur la base d'une période de quatre mois avant relève, les personnels concernés doivent, en amont, bénéficier d'une préparation opérationnelle et, en aval, d'un temps de permission et de régénération. Le temps de mobilisation de ces personnels est donc en réalité deux fois celui de l'opération.

1.1.2 Des progrès importants depuis les précédents contrôles de la Cour en 2009

Lors de ses précédents contrôles, la Cour des comptes avait formulé des recommandations visant à améliorer le soutien santé en opérations, notamment dans les domaines touchant à la prise en charge psychiatrique, aux délais de traitement des blessés, aux coopérations internationales et aux actions vers les populations civiles locales.

Les progrès les plus notables ont été réalisés dans le domaine de la psychiatrie avec désormais la prise de conscience partagée entre le Service de santé des armées et les forces sur la nécessité de prévenir et de traiter les syndromes post-traumatiques pouvant affecter les militaires. Dans une décennie caractérisée par une forte diminution des moyens, les effectifs en psychiatrie du SSA ont ainsi été renforcés, passant de 40 praticiens en 2011 à 45 en 2021. Des efforts ont été réalisés pour mieux détecter les vulnérabilités dès les phases d'aptitude médicale et pour prendre en charge les blessés psychiques. La patientèle militaire représente ainsi entre 70 % et 90 % de la patientèle des services de psychiatrie des hôpitaux militaires. Dans ce domaine, quatre plans d'actions ont été mis en œuvre par le SSA depuis dix ans.

Des progrès importants ont également été réalisés sur les délais de prise en charge des blessés dans une structure chirurgicale, dans un contexte où l'objectif visé de deux heures est jugé essentiel pour leur survie. Le délai moyen est ainsi passé de 2 h 41 en 2013 à 1 h 35 en

2021 (sur une base de quatre à 12 blessés graves par an, huit en 2021), ce qui montre que le Service de santé des armées a su adapter son dispositif aux élongations importantes du Sahel.

Pour ce qui est de la coopération avec les alliés, les espoirs initialement placés dans la coopération avec l'Allemagne ont été déçus, en raison de difficultés liées aux conditions d'emploi des forces armées allemandes. Le SSA s'est donc tourné vers d'autres partenaires européens : le Royaume-Uni, avec qui des exercices englobant un hôpital médico-chirurgical embarqué ont été réalisés, et la Suède qui a déployé une antenne chirurgicale au Sahel dans le cadre de l'opération Takuba.

Enfin, pour les actions à destination des populations civiles sur les théâtres d'opérations, le SSA ne conduit pas d'actions civilo-militaires proprement dites. Toutefois, il a réalisé, en 2021, dans le cadre de l'aide médicale aux populations, 17 310 consultations, 135 642 actes paramédicaux et 1 092 interventions chirurgicales.

1.1.3 D'importants défis à relever d'ici à 2030

1.1.3.1 Se préparer au soutien médical d'une opération de coercition de haute intensité dans le cadre d'un engagement majeur

Le plus important défi est lié au durcissement des menaces qui conduit les armées à s'orienter davantage vers la préparation d'une opération majeure de coercition, dans laquelle la France interviendrait au côté de ses alliés et qui impliquerait des combats de haute intensité. Ce type d'engagement est beaucoup plus exigeant pour le soutien médical que les opérations extérieures actuelles, ne serait-ce qu'en raison du nombre élevé de blessés qu'il est susceptible de provoquer sur une durée courte. C'est ce dont témoigne le retour d'expérience de l'exercice *Warfighters* donné par le chef d'état-major de l'armée de terre lors de son audition à l'Assemblée nationale le 23 juin 2021. Dans cet exercice conduit aux États-Unis au printemps 2021, la France a participé avec la 3^e Division de l'armée de terre comptant trois brigades dont deux françaises, ce qui correspond à l'ambition maximale d'intervention fixée par le rapport annexé à la loi de programmation militaire 2019-2025 (une force terrestre comprenant deux brigades interarmes, soit 15 000 hommes). Au bout de dix jours de combat simulé, le résultat estimé faisait état de 1 700 morts et de 11 000 blessés (1 100 blessés par jour), soit une masse de blessés susceptible de saturer très rapidement les capacités de projection prévues pour le SSA au niveau des rôles 1, 2 et 3, voire même les capacités de rôle 4 constituées par les hôpitaux militaires de métropole (voir *supra* tableau n°1).

Le Service de santé des armées est conscient de cette faiblesse, comme en témoigne le compte rendu d'octobre 2021 de son directeur central signalant que « *le SSA est dans l'incapacité, aussi bien sur le plan humain que matériel, de soutenir l'hypothèse d'engagement majeur* » – sachant que l'hypothèse d'engagement majeur à laquelle il était alors fait référence portait sur des flux journaliers de blessés nettement inférieurs à ceux mis en évidence par l'exercice *Warfighters*. Il apparaît donc nécessaire que soient poursuivies les réflexions engagées avec l'état-major des armées sur les implications d'un tel engagement en termes de soutien santé, pour que le SSA soit en mesure d'apporter le soutien médical requis par l'*Ambition 2030*, fixée pour les armées par le Président de la République.

À ce titre, un des trois axes du plan « *Ambition stratégique SSA 2030* » est un axe opérationnel intitulé « *un SSA préparé à la haute intensité* » qui comporte quatre chantiers « *un*

soutien médical opérationnel adapté aux évolutions des forces armées », « *une préparation opérationnelle optimisée* », « *une composante hospitalière militaire précisée* » et « *un retour d'expérience valorisé de la crise covid-19* ». Les réflexions pourraient aussi concerner les modalités selon lesquelles les hôpitaux civils de métropole devraient renforcer les hôpitaux militaires dans leur fonction de rôle 4 pour faire face à un afflux massif de blessés. La feuille de route 2021-2023 du SSA prévoit en décembre 2022 une « *étude relative à l'organisation du soutien santé sur le territoire national en cas d'engagement majeur, y compris le plan d'accueil des malades et blessés de guerre* » qui devrait inclure cette réflexion.

Les armées ont également conscience de cet enjeu majeur et des travaux sont en cours pour le traiter. Ainsi, la doctrine de soutien médical des engagements opérationnels est en cours de réécriture et des évolutions capacitaires sont envisagées pour répondre aux enjeux du combat aéroterrestre de haute intensité face à un adversaire symétrique, à la suite des travaux conduits en étroite collaboration avec l'armée de Terre. Un travail similaire est également en cours avec la Marine nationale, qui doit également appréhender les conséquences d'un combat de haute intensité dans le domaine naval pour le soutien médical.

À ce stade, les évolutions doctrinales envisagées prévoient notamment une massification du réseau de primo intervenants pour rénover la médicalisation de l'avant. Le soutien médical en opérations doit aussi être rendu plus mobile, afin de mieux accompagner la manœuvre de la force terrestre. Ainsi, les évolutions capacitaires prévoient la constitution de nouvelles unités médicales opérationnelles plus mobiles, afin de réduire le temps d'intervention après la blessure et de suivre la manœuvre tactique.

Concrètement, une partie des crédits dégagés au profit du SSA dans le cadre de l'ajustement annuel de la programmation militaire de 2021, à hauteur de 206 M€, ont été destinés à la reconstitution des capacités de rôle 2 pour les groupements médicaux chirurgicaux. Ils doivent permettre au Service de santé des armées, à l'horizon 2025, de pouvoir remplir les missions de la situation opérationnelle de référence, y compris le soutien des forces prévues pour l'échelon national d'urgence⁷.

En outre, le 11 avril 2022, le ministère des Armées a conclu avec le ministère de la Santé et le ministère de l'Action et des comptes publics un nouveau protocole pluriannuel défense – santé et budget qui prévoit que le SSA pourra s'appuyer sur le service civil de santé publique pour ses missions militaires, notamment en cas d'afflux massif de blessés en métropole. Pour autant, ce protocole n'est pas contraignant et, à ce jour, les hôpitaux civils qui pourraient contribuer à renforcer prioritairement les hôpitaux militaires dans leur mission de rôle 4 ne sont pas identifiés.

Enfin, le rapport annexé à la loi de programmation militaire 2024-2030 prévoit l'acquisition des moyens nécessaires à la projection d'un hôpital militaire de campagne de 300 lits, tandis que l'article 26 du projet de loi vise à permettre la conservation de produits sanguins par les unités du Service de santé des armées, hors milieu hospitalier.

⁷ La situation opérationnelle de référence correspond aux missions actuellement conduites par les armées : les missions permanentes, les opérations extérieures et le dispositif d'alerte prévu au titre de l'échelon national d'urgence, telles qu'elles sont définies dans le rapport annexé à la loi de programmation militaire 2019-2025.

1.1.3.2 Restaurer la capacité du Service de santé des armées à déployer un hôpital militaire de campagne de type rôle 3

Le Service de santé des armées n'a pas déployé en opérations militaires d'hôpital médico chirurgical de type rôle 3 depuis celui de Kaboul il y a plus de dix ans. Il a néanmoins déployé des modules hospitaliers pour renforcer les hôpitaux civils lors de crises sanitaires exceptionnelles, comme celle de l'ouragan IRMA aux Antilles en 2017 ou celle de la pandémie du covid-19 en 2020 et 2021. Aujourd'hui rendue incertaine du fait de l'usure des matériels, cette capacité de projection qui pourrait s'avérer indispensable dans le cadre d'un engagement majeur n'a pas été jugée prioritaire lors de la décennie passée au cours de laquelle l'accent a été mis sur les modules de type rôle 1 et le rôle 2, plus adaptés aux opérations menées à l'époque au Sahel. Pour ce qui concerne ce soutien de niveau 3, le plan stratégique « SSA 2020 » estimait en effet préférable de l'orienter « *vers des partenariats en multinational plutôt que de réaliser ce type de soutien de manière autonome. En effet, ce type de structures sont rarement déployées en opérations extérieures par le SSA, alors que d'autres nations (l'Allemagne en particulier) en disposent. Elles demandent une grande technicité, obligent à répondre à des standards plus nombreux et mobilisent de fortes masses financières* ». Or, en matière de rôle 3, le partenariat envisagé avec l'Allemagne n'a guère avancé et celui avec le Royaume-Uni concerne surtout les rôle 3 embarqués.

Dans un contexte où la préparation d'un engagement de haute intensité redevient une priorité, cette orientation ne saurait être maintenue d'autant plus que les perspectives qui lui étaient assignées sont loin d'avoir été suivies des effets escomptés. Au regard de cette situation dont il est conscient, l'état-major des armées indique que le chantier devant aboutir à restaurer cette capacité ne est prévu pour commencer en 2027, ce qui paraît toutefois bien tardif.

À tout le moins, on notera que l'exercice interarmées ORION mené au niveau divisionnaire lors du premier semestre 2023 a permis de tester positivement la capacité de planification opérationnelle du SSA, son aptitude à engager le soutien médical prévu au titre de l'échelon national d'urgence, à agir dans le cadre d'une crise gérée en interministériel et à gérer un flux journalier de 50 blessés très supérieur à ce qu'il effectue dans les opérations actuelles.

1.1.3.3 Augmenter la capacité à projeter des équipes chirurgicales pour atteindre le volume requis de 65 équipes chirurgicales en 2025

Au titre de son contrat opérationnel, le SSA doit se trouver en mesure de projeter en opération des équipes chirurgicales qu'il puise dans le vivier de ses praticiens militaires exerçant ordinairement dans ses hôpitaux. Résultats des importantes réformes et restructurations conduites depuis 10 ans, la forte diminution du nombre de lits dans les hôpitaux militaires (qui sont passés de 2 682 en 2009 à 1 480 en 2020) s'est traduite par une réduction du vivier des équipes chirurgicales qui forment le noyau dur de sa capacité de projection dans le cadre de sa doctrine de médecine de l'avant. Et l'on a pu ainsi observer que l'engagement important des armées françaises au Sahel et les caractéristiques propres de ce théâtre (dispersion tactique des unités à soutenir, élongation importante, éloignement du territoire national, absence de capacité de soutien des nations hôtes) ont mis le Service de santé des armées à la limite de ses capacités opérationnelles.

Dès la fin 2013, tirant un premier retour d'expérience, le plan stratégique « SSA 2020 » précisait que 48 équipes chirurgicales avaient été projetées cette année-là, « *soit la totalité du*

contrat opérationnel », ce qui était décrit comme « *une capacité de réponse opérationnelle à la limite de la rupture* ». Cette situation s'est trouvée aggravée par les fortes tensions que le SSA connaît dans le domaine des ressources humaines, tensions qui, au regard de son référentiel en organisation (REO)⁸, se traduisent par un déficit de personnels sur certaines spécialités clés comme les médecins, les chirurgiens orthopédiques et les infirmiers de bloc opératoire.

En réponse à cet état de fait insatisfaisant, le Service de santé des armées a entrepris d'augmenter le nombre de ses équipes chirurgicales projetables : elles sont passées de 42 en 2019 à 53 au premier semestre 2022 et l'objectif visé en 2025 est de 65⁹, nombre nécessaire pour remplir l'ensemble des missions¹⁰. Néanmoins, comme le format actuel des hôpitaux militaires ne permet d'accueillir que 48 équipes chirurgicales avec le niveau d'activité médicale nécessaire au maintien de leurs compétences, le SSA n'a pas d'autre option que d'insérer les 17 équipes supplémentaires dans des hôpitaux civils. Dans la mesure où elle implique que ces derniers acceptent de libérer les personnels lorsque les besoins opérationnels le requièrent, la mise en œuvre de cette démarche n'est pas aisée. La possibilité d'une telle insertion est néanmoins prévue dans le protocole Santé Défense du 11 avril 2022, sous réserve d'accord entre les hôpitaux concernés. En 2022, elle a porté sur l'équivalent de cinq équipes chirurgicales.

Néanmoins, la crise sanitaire du covid-19 a mis en évidence la difficulté de cette démarche, notamment lorsque la récupération des équipes insérées pour les missions opérationnelles s'effectue sous faible préavis. En outre, l'évolution du besoin militaire dans la perspective d'un conflit de haute intensité fait ressortir l'importance de pouvoir projeter, au-delà des équipes chirurgicales, un hôpital militaire de campagne pour le cas où l'absence de maîtrise du ciel requise pour procéder aux évacuations obligerait à assurer une prise en charge plus longue des blessés sur le théâtre d'opérations. Cette conjonction de facteurs a conduit le SSA à ne plus faire de l'insertion des équipes chirurgicales dans les hôpitaux civils une priorité. Il préfère désormais mettre l'accent sur l'évolution de son format hospitalier, en visant une cible de cinq hôpitaux militaires densifiés, construits chacun autour d'un « trauma center » de 15 blocs chirurgicaux et d'environ 300 lits, qui seraient susceptibles de remplir l'essentiel des besoins militaires, notamment ceux liés à la projection d'un hôpital militaire de campagne, capacité que le service cherche à reconstituer à terme. Cette évolution ne signifie pas pour autant que la coopération avec le système de santé civil est abandonnée. Elle demeure bien au contraire essentielle dans la perspective de devoir traiter un afflux massifs de blessés que les hôpitaux militaires ne seraient pas en mesure de prendre en charge seuls dans la durée.

Compte tenu de ces éléments, des travaux ont également été engagés sur le référentiel en organisation 2027 pour accroître les capacités dans la perspective d'un engagement majeur. Ils conduisent à une analyse plus fine par spécialités et à de nouvelles augmentations illustrées dans le tableau ci-après.

⁸ Le référentiel en organisation (REO) définit chaque année pour chaque entité du ministère des armées les postes d'effectifs militaires et civils qui sont nécessaires sur chaque fonction pour remplir les missions.

⁹ L'équipe chirurgicale, telle qu'elle est conçue en 2020, comprend un réanimateur, un chirurgien spécialisé en orthopédie et un chirurgien spécialisé dans la chirurgie du tronc. Les données chiffrées sont issues du tableau de bord du directeur central du SSA d'octobre 2021.

¹⁰ Au cours de la période examinée, entre 2014 et 2021, le Service de santé des armées a déployé simultanément au maximum neuf équipes chirurgicales, ce qui compte tenu des relèves tous les trois mois, du temps de préparation opérationnelle, de la nécessité de maintenir le dispositif d'alerte et un nombre minimal d'équipes dans les hôpitaux militaires pour assurer un niveau suffisant d'activité, constitue une charge importante.

Tableau n° 3 : Augmentation envisagée de capacités projetables en vue de la haute intensité

	Réel 2021	Cible 2025	Cible REO 2027
<i>Chirurgiens tête</i>	43	46	67
<i>Chirurgiens tronc</i>	62	65	83
<i>Chirurgiens orthopédiques</i>	52	65	70

Source : Service de santé des armées

1.1.3.4 Disposer des capacités suffisantes pour les évacuations sanitaires (MEDEVAC)

Enfin, un défi important concerne les capacités d'évacuation sanitaire, essentielles à la mise en œuvre d'une doctrine qui prévoit d'intervenir au plus près du lieu de la blessure et le rapatriement systématique en métropole des blessés. Ces capacités reposent sur des matériels des armées qui, ces dernières années, présentaient des faiblesses importantes : réductions temporaires de capacités pour l'aviation de transport, faible taux de disponibilité des hélicoptères de manœuvre et vieillissement des blindés sanitaires de l'avant blindé (VAB SAN). Un renouvellement de ces équipements a été engagé, mais sa mise en œuvre va s'étaler encore une grande partie de la décennie 2020 au cours de laquelle le SSA devra soutenir un effort particulier pour s'approprier les nouveaux matériels.

Les premiers moyens à avoir été remplacés concernent le transport stratégique, c'est-à-dire ceux qui permettent le rapatriement vers la métropole. Les nouveaux moyens offrent des capacités accrues : il s'agit, depuis la fin des années 2000, des trois porte-hélicoptères amphibies de la classe Mistral qui, peuvent accueillir un hôpital modulaire (pouvant aller jusqu'à deux blocs opératoires et 62 lits) et, depuis la fin des années 2010, des nouveaux avions de transport A400M Atlas et A330 Phoenix qui offrent, dans leur version sanitaire, une capacité d'emport supérieure aux générations précédentes d'avions de transport. Toutefois, ces appareils, en nombre réduit, risquent d'être fortement sollicités dans le cadre d'un engagement majeur, surtout face à un adversaire capable de contester la supériorité aérienne. Une réflexion pourrait donc être engagée pour étudier d'autres modalités d'évacuation des blessés, par exemple, en tirant profit du retour d'expérience de la crise du covid-19, où la voie ferroviaire a été utilisée pour le transfert de patients. Cette voie n'est pour l'instant pas explorée par les armées qui envisagent l'évacuation sanitaire par voie ferrée surtout en zone arrière, sans pour autant envisager d'accord cadre à ce stade avec les compagnies ferroviaires.

Par ailleurs, pour ramener les blessés du théâtre d'opérations vers les rôles 2 et 3, les capacités restent à renouveler. Il est prévu que, dans le cadre du programme SCORPION, des blindés Griffon et Serval en version sanitaire doivent succéder aux VAB SAN et que, par ailleurs, soit produite une version médicalisée de l'hélicoptère interarmées léger Guépard. En revanche, aucun programme d'hélicoptère lourd n'est prévu à ce stade, l'hélicoptère disposant de la plus grande capacité d'emport demeurant le NH90 Caïman, en version médicalisée.

1.2 Le soutien santé des militaires, y compris ceux de la gendarmerie, assuré par une médecine des forces qui a trouvé son équilibre

Le Service de santé des armées assure le soutien médical de l'ensemble des militaires français, soit, en 2023 environ 307 000 militaires d'active (210 000 relevant du ministère des Armées et 97 000 gendarmes), auxquels s'ajoutent les 77 000 réservistes opérationnels de l'ensemble des armées, gendarmerie comprise. Depuis plusieurs années, ce volume de personnels à soutenir est en phase d'augmentation, sous les effets conjugués de l'augmentation de 11 000 hommes de la force opérationnelle terrestre, de la création de 6 000 emplois prévue par la loi de programmation militaire 2019-2025 pour le ministère des Armées et de l'annonce par le Gouvernement de la création de 10 000 emplois de policiers et de gendarmes sur la législature 2017-2022. Même, si la mise en œuvre de ces mesures d'augmentation d'effectifs est lente, elle se traduit par une hausse significative des volumes de recrutements, donc des visites médicales d'incorporation, particulièrement pour les réservistes recrutés en grand nombre par la Gendarmerie nationale.

En charge d'assurer la médecine de proximité, la médecine des forces a réalisé à ce titre 715 680 actes médicaux et 985 807 actes paramédicaux en 2020, en s'appuyant sur son réseau de 16 centres médicaux des armées (CMA) en métropole, de trois chefferies spécialisées (forces sous-marines, forces navales de surface et forces spéciales) et de huit directions interarmées du service de santé (DIASS) outre-mer. Il s'agit à la fois d'une médecine d'expertise, avec notamment les visites médicales d'aptitude, et d'une médecine de soins, visant à traiter les blessures et les maladies relevant du service, avec, le cas échéant, l'appui des hôpitaux militaires. Mais il faut surtout rappeler que la médecine des forces a pour fonction d'accompagner les forces en missions (notamment en opérations extérieures où elle arme les postes médicaux de type rôle 1), ce qui suppose un effort particulier pour préparer ses personnels à cette activité opérationnelle.

1.2.1 Une organisation territoriale désormais stabilisée, mais qui reste imparfaite

1.2.1.1 Une réforme profonde dans le cadre de la mutualisation des soutiens au sein des bases de défense qui a été ajustée dans le cadre du plan « SSA 2020 »

Lorsqu'en 2011, le ministère de la Défense a généralisé la mutualisation des soutiens au sein de chaque base de défense, le Service de santé a dû revoir profondément son organisation territoriale, puisque la médecine des forces n'était plus dès lors intégrée aux unités qu'elle soutenait. Il convient en outre de rappeler que cette réorganisation majeure a été conduite dans le contexte général de la « *Révision générale des politiques publiques* » qui emportait la réduction massive des effectifs, la dissolution de nombreuses unités et la refonte de la carte militaire¹¹.

¹¹ La loi de programmation militaire 2009-2014 visait ainsi la suppression de 54 000 emplois au sein du ministère de la Défense, majoritairement dans les soutiens, tendance confirmée par la loi de programmation militaire 2014-2019.

Le SSA a cependant su faire valoir que les contraintes spécifiques à la médecine des forces justifiaient que celle-ci demeure dans son giron et ne soit pas fondu avec les soutiens communs (restauration, habillement, transport, etc.), désormais administrés par les groupements de soutien des bases de défense.

Une première contrainte réside dans la nécessité, pour la médecine de forces, de soutenir à la fois les militaires du ministère de la Défense et les gendarmes. Celle-ci devant, pour cette raison, être présente sur l'ensemble du territoire métropolitain, la carte du stationnement de ses unités ne pouvait que différer de celle des bases de défense dont la Gendarmerie était exclue.

Une deuxième contrainte était liée au besoin d'optimiser les charges administratives, afin de réaliser les réductions d'effectifs et concentrer les soignants sur leurs missions médicales. Dans un premier temps, les 286 services médicaux qui existaient en métropole au sein des unités soutenues à la fin de 2009 ont été remplacés par 200 antennes médicales regroupées dans 55 centres médicaux des armées (CMA), un dans chaque base de défense. Dans cette organisation, les commandants de CMA sont les interlocuteurs naturels des commandants de bases de défense et mutualisent à leur niveau les tâches administratives, auparavant prises en charge par les unités soutenues (chancellerie, habilitations, etc.). Dans un second temps, les orientations stratégiques du plan « SSA 2020 » portant sur « *la concentration sur la mission, associée à la densification des moyens* » et sur la « *simplification* » ont conduit, à partir de 2014, à réduire le nombre de centres médicaux des armées à 16 et à supprimer les six directions régionales du SSA, en ne maintenant qu'un directeur médical auprès des officiers généraux de zone de défense. Cette concentration devait en outre permettre de gagner en économies d'échelle, s'agissant notamment de la gestion des personnels dépendant des CMA et des flottes de véhicules sanitaires.

La nécessité de conserver une réelle proximité entre la médecine des forces et l'ensemble des personnels militaires constituait enfin un troisième contrainte. En effet, lorsque l'offre de médecine courante du SSA est jugée insuffisante importante, les militaires peuvent recourir au secteur de santé civil pour les soins ne relevant pas de leur exercice professionnel¹². Aussi, nonobstant le rattachement hiérarchique des personnels soignants du SSA et des auxiliaires médicaux des armées aux CMA¹³, il a été décidé de maintenir un nombre important d'implantations qui ont été organisées sous la forme d'antennes médicales, rattachées aux 16 centres médicaux des armées. Ces antennes sont ainsi concentrées sur les missions médicales au contact des militaires soutenus et sont présentes dans chaque régiment, base navale et base aérienne. La situation est différente outre-mer puisque les directions interarmées du service de santé sont restées sous l'autorité des commandements territoriaux des forces et que la direction de la médecine des forces n'exerce sur eux qu'une tutelle technique.

Le tableau ci-après présente l'organisation qui prévaut pour la médecine des forces en métropole en 2022 avec les lieux d'implantation des 16 centres médicaux des armées et le nombre d'antennes qui sont rattachés à chacun d'entre eux.

¹² Comme le permettent les dispositions des articles L.1110-8 du code de la santé publique et L. 713-1 du code de la sécurité sociale. Ainsi, en 2018 et en 2019, les hospitalisations des militaires étaient effectuées à hauteur de 58 % dans les HIA et de 42 % dans les hôpitaux civils.

¹³ Auparavant intégrés aux unités soutenues et placés sous l'autorité hiérarchique des chef de corps.

Tableau n° 4 : Liste des 16 centres médicaux des armées (CMA) et antennes rattachées

CMA	Nombre d'antennes	CMA	Nombre d'antennes
Paris	13	Toulon	11
Versailles	15	Marseille	18
Lille	12	Toulouse	15
Metz	15	Bordeaux	15
Strasbourg	11	Rochefort	9
Besançon	10	Tours	15
Lyon	14	Rennes	9
Clermont-Ferrand	8	Brest	9

Source : Service de santé des armées (NB : le nombre d'antennes ne comprend pas les unités vétérinaires)

Relevant donc d'un compromis entre les différentes contraintes qu'il a fallu prendre en compte, l'organisation aujourd'hui en vigueur a permis d'assurer la continuité du soutien médical des militaires en métropole au cours de la période récente. Elle présente néanmoins des inconvénients. Certains centres médicaux des armées doivent ainsi gérer un nombre élevé d'antennes, qui peuvent être assez éloignées géographiquement comme en témoigne le cas du CMA de Marseille, avec 18 antennes dont 4 implantées en Corse. En outre, la carte retenue aboutit à une situation où 35 bases de défense en métropole n'ont pas de CMA dans leur ressort, mais seulement des antennes relevant de CMA implantés dans une base de défense voisine, ce qui ne facilite pas le rôle de coordination des soutiens attribué aux commandants de base de défense. Enfin, sur les 22 régions métropolitaines de 2014, 9 n'avaient pas de centre médical des armées dans leur ressort (y compris des régions comptant de nombreuses implantations militaires comme Champagne-Ardenne), tandis que 2 (l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) en comptait deux. Ces situations ne sont pas de nature à faciliter les liens entre les centres médicaux des armées et les agences régionales de santé. Le problème subsiste à l'issue de la nouvelle organisation territoriale mise en place en 2016 autour de 13 régions administratives métropolitaines : 2 régions (la Normandie et la Corse) ne comptent pas de CMA dans leur ressort, tandis que de nombreuses autres en comptent plusieurs, y compris dans les régions les moins vastes (la Bretagne compte ainsi deux CMA).

Sans qu'il soit pour autant envisagé de procéder à de nouveaux changements de grande ampleur, l'organisation territoriale actuelle fait toujours l'objet de réflexions. Ainsi, un des 12 chantiers du plan « *Ambition stratégique SSA 2030* » est intitulé « *une politique de stationnement en cohérence avec l'ambition stratégique 2030 du SSA* ». Même si cette réflexion dépasse largement la médecine des forces (avec par exemple l'examen de la possibilité d'envoyer une partie de l'administration centrale du Service de santé des armées en région), elle peut être l'occasion d'optimiser certaines implantations de centres médicaux des armées, en tirant partie des projets d'infrastructures en cours.

1.2.1.2 Une médecine des forces qui parvient à réaliser sa mission

Avec des effectifs globalement stables depuis 2018, après une période de forte réduction dans les années 2010, la médecine des forces parvient à assurer le soutien médical des forces, dans un contexte où le volume des militaires à soutenir est en croissance. La répartition de l'activité des centres médicaux des armées au cours des trois dernières années est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau n° 5 : Répartition de l'activité des centres médicaux des armées

<i>En %</i>	Soins	Expertise	Autres	Administration	Total
2018	24,48 %	17,52 %	41,05 %	16,95 %	100 %
2019	22,11 %	17,82 %	42,15 %	17,92 %	100 %
2020	26,77 %	16,69 %	41,42 %	15,12 %	100 %
2021	26,42 %	17,72 %	41,49 %	14,37 %	100 %

Source : Service de santé des armées

Ce tableau témoigne d'une tendance à l'augmentation du temps consacré aux soins et une diminution du temps administratif (temps qui correspond aux tâches de commandement, de gestion des personnels, de reporting, etc.), ce qui est en phase avec les orientations du plan « SSA 2020 ». Néanmoins, dans la partie soins, la part d'activité consacrée aux urgences, qui se concrétise notamment à travers les prises de garde dans les services d'urgence des hôpitaux civils et militaires, a diminué de 40 % entre 2019 et 2021. Cette baisse s'explique par l'importance prise par les soins dispensés pour traiter la pandémie de la covid-19 dans les forces, mais aussi par l'effet de nouvelles modalités de facturation mises en œuvres par le SSA qui a conduit certains hôpitaux civils à ne plus faire appel aux médecins militaires pour assurer les gardes dans les services d'urgence.

Le tableau montre par ailleurs une relative stabilité du temps d'expertise consacré aux visites médicales d'aptitude, malgré une augmentation du volume de personnels à soutenir. Y contribue la décision prise dans les années 2010 de remplacer la visite systématique annuelle (VSA) par une visite médicale périodique (VMP), en l'espèce une fois tous les deux ans pour de nombreuses catégories de personnels.

Mesurant l'activité relative à l'ensemble des missions opérationnelles (opérations extérieures, missions de sécurité intérieure et activités à risques des forces) ainsi que le temps consacré à la préparation opérationnelle et à la formation, les chiffres de la rubrique « autres » témoignent du haut niveau d'engagement opérationnel des personnels de la médecine des forces. Il convient toutefois de noter que ce fort niveau d'engagement et la gestion de la pandémie de la covid-19 ont eu pour corollaire une diminution du temps d'activité consacré à la préparation opérationnelle (temps qui est passé de 7,1 % en 2018 à 5,9 % en 2021). La préparation opérationnelle n'en doit pas moins faire l'objet d'un effort particulier, non seulement dans la perspective d'un conflit de haute intensité, mais aussi parce que la période est marquée par d'importants renouvellements de matériels, y compris au niveau des armements individuels.

De manière générale, ressortent comme positives les remontées d'information collectées systématiquement pour apprécier, d'un point de vue qualitatif, la façon dont le SSA s'acquitte de ses missions. Ainsi, dans le tableau de bord du directeur central (notamment la version d'octobre 2021), il apparaît que la mission est réalisée de façon satisfaisante : les indicateurs relatifs au « *soutien à la préparation des forces et conseil au commandement* » et aux « *activités de soins* » sont au vert. Les soutiens médicaux demandés par les forces pour les activités à risques sont honorés à 100 % et le niveau de satisfaction des personnels soutenus mesurés dans le cadre du reporting « qualité du service rendu » (QSR) des bases de défense fait état d'un niveau de satisfaction moyen de 92 %¹⁴, supérieur à l'objectif de 90 % qui avait été fixé, même si des différences peuvent exister d'une unité soutenue à l'autre. En outre, il n'est pas observé de différence significative du niveau de satisfaction, selon qu'il s'agit d'un centre médical des armées ou d'une antenne, voire d'une antenne située dans le ressort d'une base de défense voisine.

Dans la mesure où, malgré l'augmentation du volume des personnels à soutenir et un haut niveau d'engagement opérationnel, la mission de soutien santé des militaires en métropole est réalisée de façon globalement satisfaisante¹⁵, et même si des ajustements à la marge sont toujours possibles, l'organisation actuelle de la médecine des forces ne justifie pas d'être substantiellement remise en cause.

1.2.2 Les évolutions envisagées pour renforcer la médecine des forces

S'agissant de la médecine des forces, le plan « *Ambition stratégique SSA 2030* » a prévu de mener à bien trois chantiers qui devraient voir pour effet d'améliorer les conditions dans lesquelles les personnels concernés sont à même d'exercer leur activité.

Ayant pour thème « *une expertise médicale d'aptitude optimisée* », le premier chantier vise à rouvrir le dossier de la médecine préventive et des visites médicales d'aptitude qui constituent une charge lourde. En particulier, en une période où le volume de recrutement est important et a vocation à croître, il apparaît souhaitable de revoir le système des visites médicales d'aptitude effectuées en début de carrière, système qui voit se succéder une première visite de sélection lors du recrutement, puis, lors de l'arrivée à l'unité d'affectation, une visite d'incorporation constituant en outre l'occasion d'effectuer les vaccinations. L'idée qui prévaut consiste à ces deux visites lors de la visite de sélection, la visite médicale d'incorporation étant alors réalisée par un infirmier qui procède par entretien et effectue les vaccinations. Cette évolution devrait permettre d'économiser le temps des médecins au profit de l'activité de soins, tout en favorisant la montée en compétence des cadres de santé infirmiers.

La médecine des forces étant une médecine de masse, un deuxième chantier a été ouvert sous le libellé « *une ambition numérique à conduire* » dans le but d'en fluidifier la pratique grâce à un recours accru à la numérisation. Il s'agit de disposer d'un système numérisé comportant les données médicales des militaires qui soit à la fois sécurisé, notamment pour les liaisons indispensables avec le secteur civil de la santé souvent ciblé par les cyber-attaques, et interopérable avec les systèmes d'information des forces. Déjà déployé, le système d'information AXONE permet de disposer d'un dossier médical numérisé, accessible aux praticiens où que se trouve le militaire. Des projets sont en cours pour l'améliorer avec la

¹⁴ Ce taux est d'ailleurs toujours resté au-dessus de 90 % pendant la pandémie de covid-19.

¹⁵ Ce que confirme les contrôles sur place effectués dans les CMA de Besançon, Marseille et Lyon.

création d'un portail permettant la prise de rendez-vous et l'intégration des données de santé issues de la sécurité sociale, lorsque le militaire a consulté dans le civil. D'autres projets ont été également lancés pour développer les téléconsultations, évolution jugée, comme dans le secteur civil, importante pour l'avenir de la médecine. De manière générale, les principales sources de difficulté de ce chantier global tiennent dans la nécessité de mettre en place des systèmes suffisamment robustes par rapport aux menaces cyber.

Dans un contexte marqué par le vieillissement des véhicules sanitaires en métropole et des matériels médicaux en général, les équipements constituent enfin un troisième domaine de préoccupations auxquelles entend répondre le chantier « *des équipements en adéquation avec la mission* ». Par ailleurs, l'autonomisation de la médecine des forces par rapport aux formations soutenues, avec la création des centres médicaux des armées, implique aussi que ces derniers prennent en charge les investissements nécessaires à leur équipement opérationnel, équipements qui étaient autrefois financés par chacune des armées. Les crédits consentis par le ministère des armées dans le cadre des ajustements annuels de la programmation militaire de depuis 2020 ont permis un début de rattrapage dans le domaine des équipements¹⁶.

1.3 Des missions de santé publique indispensables au maintien des compétences des hôpitaux militaires

La participation du Service de santé des armées aux missions de santé publique a été prévue de longue date, en particulier, pour un appui limité dans le temps au système de santé civil lorsque surviennent des crises sanitaires exceptionnelles, comme celle du covid. D'autant que le SSA dispose d'une expertise reconnue dans le domaine des maladies infectieuses qui a été développée pour les besoins des armées appelées à se déployer dans des zones tropicales.

La crise sanitaire exceptionnelle du covid-19

Le Service de santé des armées a fortement été mis à contribution en 2020 et en 2021 lors de la pandémie de la covid 19. Il a dû prioritairement intensifier le soutien médical qu'il apporte aux forces afin que celles-ci puissent assurer la continuité de leurs missions opérationnelles, ce qui a été effectivement le cas : hormis l'infection fortement médiatisée du porte-avions Charles de Gaulle qui a nécessité le retour à Toulon du groupe aéronaval, seulement trois décès ont été constatés en 2020 au sein du ministère des Armées. Le SSA a en outre été fortement sollicité par le ministère de la Santé pour contribuer à la lutte générale contre la pandémie, avec la prise en charge de patients civils dans les hôpitaux militaires, le déploiement de huit éléments militaires de réanimation (EMR) en Alsace et outre-mer, de nombreuses missions d'évacuation sanitaire, des travaux de recherche et la participation à l'effort de vaccination. Comme, dans le même temps, il a dû continuer à projeter des soignants pour soutenir les militaires en opérations, cette participation à la lutte contre la pandémie l'a parfois mis en limite de ses capacités, notamment en matière de projection d'éléments militaires de réanimation, ce qui l'a contraint à mobiliser très fortement ses moyens matériels et humains, à recourir massivement aux réservistes et à renvoyer à plus tard des missions de formation et de recherche. En contrepartie, cette crise lui a permis de bénéficier d'arbitrages budgétaires favorables dans le cadre de l'actualisation annuelle de la programmation militaire.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette expérience. Pour ce qui est de l'organisation, si la chaîne territoriale avec les directeurs médicaux positionnés auprès des officiers généraux de zone de défense a montré son efficacité, l'état-major opérationnel santé s'est avéré sous-dimensionné pour gérer dans la durée une crise de cette ampleur, obligeant à créer en urgence d'une cellule de crise *ad hoc*. L'organisation centrale pour la gestion des crises sanitaires exceptionnelles est donc à renforcer. S'agissant du soutien aux forces, la crise a mis en évidence des opportunités en matière de téléconsultations qui nécessitent des efforts accrus sur les systèmes

¹⁶ Voir infra III.

d'information. Pour ce qui concerne la participation à la lutte générale contre la pandémie, il apparaît clairement que le SSA n'est pas dimensionné pour intervenir massivement dans la durée dans ce contexte. Dans l'hypothèse où ressurgirait une crise d'ampleur similaire, il paraît nécessaire de s'assurer que les sollicitations importantes du ministère chargé de la santé ne se feront pas au détriment des missions militaires et que le Service de santé des armées conservera, en toute circonstance, la maîtrise des moyens qu'il met à disposition pour la gestion des crises sanitaires exceptionnelles. Ce sont les principes qui ont été actés dans le nouveau protocole Santé-Défense conclu le 11 avril 2022, que le ministère des Armées a entrepris de décliner au niveau régional.

Ainsi, cette mission d'appui à la santé publique dans le cadre des crises sanitaires exceptionnelles est explicitement rappelée dans le rapport annexé de la loi de programmation militaire 2019-2025 qui précise que « *le SSA et ses capacités de recherche sont régulièrement mobilisés pour faire face à ce type de situation* ». Pour autant, le format du Service de santé des armées n'a pas été défini pour traiter en permanence et dans la durée ce type de crises – ce que précise d'ailleurs le contrat opérationnel qui lui est fixé. Sa contribution à la gestion des crises sanitaires exceptionnelle n'y est envisagée que ponctuellement, et ne peut s'opérer que sous le régime de la réquisition par l'autorité civile. Cela convient pour des engagements limités comme, en 2011, l'assistance au Japon après l'accident nucléaire de Fukushima ; entre 2014 et 2016, l'accueil à l'hôpital Bégin de Saint Mandé des malades atteints d'Ébola rapatriés d'Afrique de l'Ouest et, en 2015, l'accueil dans les hôpitaux militaires d'Île-de-France des nombreux blessés par armes de guerre à la suite des attentats du 13 novembre à Paris. En revanche, l'expérience de la crise de la covid-19 montre que les moyens du SSA sont trop réduits pour lui permettre d'intervenir de façon massive et dans la durée en appui du système de santé civil.

1.3.1 Une ouverture vers le civil, érigé en priorité par le plan « SSA 2020 » qui a permis d'accroître l'activité au prix d'une réduction drastique de format

Dans les années 2010, il est apparu indispensable de renforcer la participation générale du SSA à l'offre de soins de santé publique, participation qui concerne au premier chef sa composante hospitalière. Certes, il y contribuait déjà ne serait-ce qu'à travers les soins dispensés aux familles de militaires et aux militaires eux-mêmes pour les pathologies ne relevant pas du service. Mais en l'occurrence, dans un contexte budgétaire difficile, l'ouverture accrue à une patientèle civile n'ayant pas de lien avec la défense représentait une voie pour dégager de l'activité et des ressources supplémentaires permettant d'assurer le maintien des compétences médicales des praticiens hospitaliers militaires. Le plan stratégique « SSA 2020 » y consacrait deux de ces cinq axes : « *l'ouverture au service public de la santé* » et « *la promotion du SSA dans le champ interministériel* »¹⁷.

¹⁷ Les trois autres axes portaient sur « *la concentration sur la mission, associée à la densification des moyens* » et « *la simplification* », particulièrement illustrés par les restructurations majeures conduites dans la médecine des forces dans le contexte général de la déflation des effectifs du ministère (cf. 1.2), ainsi que « *le développement des coopérations internationales répondant à un impératif opérationnel* » illustré notamment par la problématique de projection des hôpitaux militaires de campagne de type rôle 3 que le SSA peinait à réaliser seul (cf. 1.1).

1.3.1.1 Une réforme des hôpitaux militaires, visant une plus grande ouverture au secteur civil, conduite avec des contraintes fortes de réduction d'effectifs et de coûts

À la différence de la médecine des forces, les hôpitaux militaires ont été relativement épargnés par la réforme du début des années 2010 visant à mutualiser les soutiens au sein des bases de défense. Ils ont été beaucoup plus concernés par la mise en œuvre du plan « SSA 2020 », dont les orientations répondaient à un objectif de forte réduction des effectifs de santé, à hauteur de 2 000 emplois pour la seule période couverte par la loi de programmation militaire 2014-2019. La composante hospitalière a fortement contribué à cette déflation avec la fermeture de l'hôpital du Val-de-Grâce (environ 900 emplois), décidée en 2014 et effective au 30 juin 2016. La décision de fermer cet hôpital emblématique a constitué un traumatisme important pour les hôpitaux militaires, d'autant que même si elle commençait d'être envisagée, elle a été précipitée par la rupture unilatérale du partenariat par l'hôpital Cochin.

La composante hospitalière du SSA a ainsi été réorganisée autour de huit hôpitaux dont :

- Les hôpitaux Bégin à Saint-Mandé, Percy à Clamart, Sainte-Anne à Toulon et Laveran à Marseille qui ont été orientés prioritairement sur leurs missions militaires ;
- Les hôpitaux de Clermont-Tonnerre à Brest, Legouest à Metz, Robert Picqué à Bordeaux et Desgenettes à Lyon qui ont été orientés vers une plus grande coopération avec le secteur civil de la santé. Ils ont ainsi conclu des partenariats avec des hôpitaux civils de proximité : le centre hospitalier universitaire de Brest, le centre hospitalier régional de Metz-Thionville, l'hospice civil de Lyon et la maison de santé protestante de Bordeaux, pouvant aller jusqu'à des partages d'activité et l'insertion de praticiens militaires dans les hôpitaux civils.

Les effets attendus de cette réorganisation douloureuse des hôpitaux militaires étaient, avant tout, d'éviter leur disparition, à laquelle, de son côté, le Royaume-Uni avait dû se résoudre. Outre les économies que devait générer la réduction des effectifs de la composante hospitalière, il fallait améliorer les performances financières des hôpitaux militaires, appréciées via le prisme des comptes de gestion. En conséquence, l'objectif de garder un vivier suffisant de praticiens militaires hospitaliers, exerçant une activité assez régulière pour entretenir leurs compétences, commandait d'augmenter leur patientèle civile.

1.3.1.2 Une activité en progression depuis 10 ans pour un format hospitalier militaire fortement réduit qui dépend beaucoup du volume apporté par la patientèle civile

Le tableau ci-après montre que les restructurations des hôpitaux militaires ont effectivement permis d'améliorer le taux d'occupation des lits (de 210 jours à 267 jours par an en moyenne sur 10 ans), tout en maintenant une ouverture élevée à la patientèle civile qui représente de l'ordre de 73 % de la patientèle sur la période. Ce résultat a été obtenu au prix d'une diminution drastique du nombre de lits (de 2 682 lits à 1 544 lits en 10 ans) et donc de la capacité des hôpitaux militaires à héberger le nombre d'équipes chirurgicales nécessaire au contrat opérationnel.

Tableau n° 6 : Évolution de l'activité des hôpitaux d'instruction des armées

<i>Hôpitaux</i>	Nombre de lits			Jours d'hospitalisation et nombre de jours d'hospitalisation par lit				Patients civils (%)	
	2009	2019	Évol.	2009	Nb j/lit	2019	Nb j/lit	2009	2019
TOTAL	2 682	1 544	-1 138	562 805	210	412 720	267	73%	72,6%

Source : RPT Médecins et hôpitaux militaires de la Cour des comptes pour l'année 2009 et Service de santé des armées pour l'année 2019

En 2020, le covid-19 a constitué un nouveau choc pour les hôpitaux militaires qui ont réduit leur offre de soins et ont perdu une partie de leur patientèle comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 7 : Activité des hôpitaux d'instruction des armées en 2020

<i>Hôpitaux</i>	Nombre de lits			Jours d'hospitalisation et nombre de jours d'hospitalisation par lit				Patients civils (%)	
	2020	2019	Évol.	2020	Nb j/lit	2019	Nb j/lit	2020	2019
TOTAL	1 480	1 544	-136	360 611	243	412 720	267	68,2%	72,6%

Source : réponse du SSA au premier questionnaire de contrôle du 28 01 2022

En 2020, l'activité des hôpitaux militaires a diminué par rapport à 2019, dans une proportion plus grande que la réduction du nombre de lits effectuée d'une année à l'autre puisque le nombre de jours d'hospitalisation par lit est passé de 267 jours en 2019 à 243 en 2020. Cela s'explique principalement par un fléchissement du taux de la patientèle civile (68,2%, soit 4,4 points de moins qu'en 2019).

Comme leurs homologues civils, les hôpitaux militaires ont connu pendant la pandémie un important recul du nombre des patients souffrant de pathologies autres que le covid-19 et une forte diminution des passages aux urgences, en particulier pour ce qui concerne les accidents de la route pendant les périodes de confinement. À quoi s'est ajouté le fait qu'ils ont dû, compte tenu de la mobilisation accrue de leurs personnels sur des activités opérationnelles, diminuer leur offre de soins pour les pathologies autres que la covid-19 : ainsi, l'effectif des hôpitaux militaires engagé en opérations est passé de 165 en 2019 à 250 équivalents temps plein annuel en 2021, dont 50 au titre de l'opération *Résilience* de lutte contre la pandémie de covid-19. Cette baisse d'activité au sein des hôpitaux n'a pas été compensée par les hospitalisations liées à la pandémie de covid-19.

1.3.1.3 Une « Ambition stratégique SSA 2030 » qui prévoit une nouvelle transformation pour disposer à terme de cinq hôpitaux militaires densifiés

L'« *Ambition stratégique SSA 2030* » prend le relais du plan « *SSA 2020* » dans un contexte différent, puisqu'il ne s'agit plus de réduire les effectifs, mais de donner la priorité à la réponse que le SSA doit être capable d'apporter aux besoins croissant des armées, notamment pour le soutien médical d'un engagement de haute intensité. Dans ces conditions, l'ouverture vers le système de santé civil n'apparaît plus dans l'intitulé des trois axes prioritaires de ce nouveau plan, « *garantir un soutien médical de très haut niveau pour tous les engagements opérationnels* » ; « *renforcer le soutien santé au plus près des forces armées sur le territoire national* » et « *disposer de personnels engagés* ». Néanmoins, un des douze chantiers de l'« *Ambition stratégique SSA 2030* » porte sur « *une composante hospitalière militaire précisée* » et prévoit dans ce cadre :

- La densification de cinq hôpitaux orientés prioritairement vers les missions militaires, avec un groupe hospitalier en Île-de-France (Begin et Percy) et un groupe hospitalier dans la région Sud (Sainte-Anne et Laveran). Implantés dans des zones à forte densité militaire, ces hôpitaux sont proches de plateformes logistiques par lesquelles arriveraient les blessés (Roissy, Creil, Villacoublay, Istres, Toulon). Voué initialement, au titre du plan « *SSA 2020* », à accroître sa coopération avec le civil, l'hôpital militaire de Clermont-Tonnerre a été réintégré dans cette catégorie, au titre de sa mission spécifique de soutien de la dissuasion nucléaire. Ces hôpitaux doivent donc être aptes à répondre à l'essentiel des besoins des opérations militaires, et leur densification vise notamment à reconstituer une capacité de projection d'un hôpital militaire de campagne dans un contexte de conflit de haute intensité ;
- L'orientation des trois autres hôpitaux militaires vers la coopération avec la médecine civile et vers de possibles réductions d'effectifs permettant les redéploiements nécessaires pour densifier les hôpitaux de la catégorie précédente. Cela se traduit notamment par la transformation de l'hôpital Desgenettes de Lyon en antenne hospitalière, spécialisée dans les soins de suite pour les militaires (réduction fonctionnelle et psychiatrie notamment) qui permet de redéployer 400 postes, et par l'insertion de certaines équipes chirurgicales dans des hôpitaux civils partenaires. L'hôpital Robert Picqué à Bordeaux pourrait suivre une évolution comparable, tandis que l'hôpital Legouest à Metz devrait conserver une activité un peu plus importante que les seuls soins de suite, du fait de la nécessité pour le territoire de santé de conserver des urgences au centre ville.

Dans le contexte de cette transformation, les trois hôpitaux militaires orientés vers la coopération avec la médecine civile sont conduits à cesser leur activité de chirurgie et de réanimation, voire à réduire leur service d'urgence, ce qui les place en situation de dépendance vis-à-vis des hôpitaux civils partenaires, ne serait-ce que pour y insérer les équipes chirurgicales qu'ils se doivent de conserver pour pourvoir aux missions opérationnelles SSA. Aussi, lorsque l'hôpital civil décide de mettre fin au partenariat, comme ce fut le cas à Lyon, et auparavant pour le Val-de-Grâce, n'y a-t-il guère d'autre choix pour le Service de santé des armées que de transformer l'hôpital en antenne hospitalière centrée sur les domaines de la réadaptation physique et psychiatrique, voire de le fermer. Ainsi, la transformation en antenne de l'hôpital Desgenettes constitue un nouveau choc traumatique et suscite l'inquiétude au sein des hôpitaux militaires de Bordeaux et Metz.

1.3.2 Une relation complexe avec le monde de la santé civile

1.3.2.1 Des différences majeures entre le système de santé civil et le Service de santé des armées qui complexifient la coopération

Avec 14 725 emplois en 2020 et 1 480 lits d'hospitalisation, le SSA est un acteur de très petite taille par rapport au système de santé civil qui compte environ 1,2 millions professionnels de santé et 390 000 lits d'hospitalisation. L'asymétrie de moyens qui en résulte nécessite une volonté politique forte pour faire coopérer les deux systèmes. En outre, ses moindres capacités de gestion administrative handicapent également le SSA pour négocier les nombreux accords et conventions au niveau national et local qu'impliquent les partenariats avec les hôpitaux civils et pour préparer les nombreux *reportings* qui en résultent. À l'opposé, comme on l'a vu plus haut, la limitation de ses moyens empêche le Service de santé des armées de répondre à toutes les sollicitations liées aux besoins de la santé civile en cas de crise sanitaire exceptionnelle comme en a témoigné son action lors de la pandémie de la covid-19.

Par ailleurs, l'organisation du système de santé civil, en particulier du système hospitalier, est fortement décentralisée. Elle repose sur le pilotage par les agences régionales de santé (ARS) d'une politique d'offre de soins conçue à l'échelle des régions et mise en œuvre, au plan hospitalier, par des établissements publics ou privés, du secteur lucratif et non lucratif, disposant d'une grande autonomie. Du fait de la liberté de choix laissé aux patients, ceux-ci opèrent comme des acteurs d'un marché concurrentiel, et leurs performances respectives font l'objet de classements régulièrement publiés dans la presse spécialisée ou grand public. Dans ce contexte, l'appétence d'un hôpital civil à coopérer avec un hôpital militaire dépendra avant tout de ce que pourra lui apporter ce dernier, notamment des praticiens expérimentés dans des spécialités utiles au territoire de santé.

À l'inverse, le Service de santé des armées dispose d'une organisation centralisée. N'ayant pas le statut d'établissement public, les hôpitaux militaires ont une autonomie de gestion limitée. Ils sont dirigés par des médecins généraux qui rendent compte à la direction des hôpitaux militaires et s'appuient sur un tryptique composé d'un directeur médical, médecin, d'un gestionnaire, commissaire des armées et d'un directeur des soins, issue de la filière paramédicale. Leur intérêt pour une coopération avec le secteur civil est directement lié aux besoins de leurs missions militaires, pour entretenir les compétences médicales des praticiens, être épaulés en cas de crise et disposer d'une activité suffisante pour assurer leur pérennité. Il est essentiel pour le Service de santé des armées de pouvoir gérer au niveau national l'engagement en opérations d'équipes chirurgicales, prélevées sur les hôpitaux militaires, mission qui est prioritaire par rapport à la contribution à l'offre de soins de services publics. En outre, cette gestion centralisée du Service de santé des armées permet des rééquilibrages au niveau national en fonction des besoins militaires, comme actuellement le renforcement des hôpitaux militaires d'Île-de-France, du sud de la France et de Brest, notamment grâce à la réduction des moyens de l'hôpital de Lyon. Ce type de décision, prise au niveau national, peut présenter des difficultés en regard des intérêts locaux. Cette logique de décision au niveau national reste cependant pertinente pour des questions liées à la taille des hôpitaux militaires. En effet, la direction des hôpitaux militaires, avec ses huit hôpitaux d'une capacité totale de 1 480 lits, constitue un groupement hospitalier de taille modeste, au regard des structures civiles. Elle a d'ailleurs commencé à en tirer les conséquences en créant un groupe hospitalier nord en région parisienne et un groupe hospitalier sud regroupant chacun deux hôpitaux. Il y aurait une logique à aller au-delà et de considérer les huit hôpitaux comme un seul groupe

hospitalier disposant de la taille critique suffisante pour que les décisions majeures de gestion soient prises à ce niveau.

1.3.2.2 Une coopération qui a progressé depuis quelques années avec la formalisation d'un cadre juridique spécifique

La coopération avec les services civils de santé faisait partie des grandes priorités du plan « SSA 2020 ». Souhaitée par les gouvernements successifs, elle a été explicitement prévue au niveau législatif, notamment avec les articles 222 et 225 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé qui ont prévu la participation des hôpitaux militaires à la politique d'offre de soins de santé publique au profit de la population générale.

Sur cette base, a été signé le 6 avril 2017 le « *Protocole d'accord entre le ministère de la Défense et le ministère de des Affaires sociales et de la santé, relatif au renforcement de leur coopération pour soutenir la réponse au besoin de santé des populations, y compris de la communauté de défense et de la résilience de la Nation.* ». Cet accord non contraignant a permis d'inscrire le Service de santé des armées comme acteur de la santé publique, notamment pour les crises sanitaires exceptionnelles, tout en ouvrant aux opérateurs civils la possibilité de d'apporter leur contribution au SSA dans l'exercice de sa mission de soutien médical des opérations. Ultérieurement, l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au Service de santé des armées et à l'Institution nationale des Invalides a modifié le code de la Défense, le code de la Santé publique et le code de la Sécurité sociale en inscrivant dans la loi les outils juridiques qui permettent de renforcer la cohérence et la complémentarité des actions du Service de santé des armées avec celles de la santé civile. Elle prévoit notamment la conclusion entre le ministère des Armées et celui chargé de la Santé d'un protocole pluriannuel de cinq ans définissant les relations et les engagements réciproques entre les deux systèmes, ainsi que la passation de contrats spécifiques entre le ministère des Armées et les Agences régionales de santé aux fins de préciser les actions de coopération sur les différents territoires de santé où sont implantés des hôpitaux militaires.

Au niveau local, les hôpitaux militaires ont noué des relations directes avec les Agences régionales de santé et se trouvent ainsi confortés comme acteurs de santé des territoires concernés. Il en résulte qu'ils peuvent bénéficier des financements de l'assurance maladie et des organismes complémentaires au titre de la contribution à l'offre de soins de service public, de candidater à certains financements en provenance du ministère chargé de la santé et de rejoindre des groupements hospitaliers de territoire. Dès 2016, six des huit hôpitaux militaires se sont intégrés à ce type de groupements pour une durée de dix ans. Des actions sont actuellement en cours en vue du rattachement de l'hôpital Percy au groupement hospitalier 92, tandis que l'hôpital Robert Picqué privilégie son partenariat avec la Maison de santé protestante de Bordeaux. En 2019, le SSA a inscrit les hôpitaux militaires dans la démarche d'optimisation de la qualité des soins proposés à la patientèle civile, en leur faisant conclure avec les agences régionales de santé des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Parmi les réalisations concrètes sur lesquelles ont débouché ces partenariats méritent d'être citées la mutualisation du plateau technique du service de soins et de réadaptation et du centre de consultation entre l'hôpital Legouest et le centre hospitalier régional de Metz-Thionville, ainsi que la mise en œuvre de groupement de coopération sanitaire de moyens Bahia à Bordeaux. Toutefois, il ne faut pas méconnaître le fait que ces coopérations sont de nature à

réduire l'autonomie d'action des hôpitaux militaires. Ainsi, depuis qu'il a inséré ses praticiens au sein du centre hospitalier régional de Metz-Thionville, l'hôpital Legouest ne dispose plus en propre d'activité de chirurgie et de réanimation et dépend donc de son partenaire pour ce qui est de la capacité de ses personnels à exercer leur métier en dehors des périodes de projection en opération. En outre, les incertitudes qui pèsent sur la durabilité de ce type situation ne sont vraisemblablement pas sans effets sur l'attractivité des hôpitaux militaires pour les personnels.

1.3.2.3 Les enjeux à venir avec la déclinaison locale du protocole pluriannuel défense-santé-budget conclu le 11 avril 2022

Le ministère des armées a pris l'initiative de renégocier le protocole Santé Défense de 2017, afin, d'une part, d'y intégrer les enseignements de la crise sanitaire du covid-19 et, d'autre part, de mieux prendre en compte les besoins des armées. Il en est résulté la conclusion d'un nouveau protocole signé le 11 avril 2022. Comme en 2017, celui-ci reste juridiquement non contraignant, mais il vise à formaliser un cadre garantissant une relation plus équilibrée entre le SSA et le service de santé civil. Pour ce qui est des missions réalisées au profit de la santé civile dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles, il est précisé qu'elles doivent se limiter à des « *circonstances sanitaires exceptionnelles* », se traduire par une « *demande d'effet à obtenir* », laissant le ministère des Armées organiser la contribution adéquate, laquelle est subordonnée à « *la priorité accordée aux besoins des armées* » et doit s'appuyer, quant à sa mise en œuvre, sur l'organisation territoriale interarmées de défense. Pour les missions militaires, la possibilité d'insérer des équipes chirurgicales dans les hôpitaux civils est prévue, ainsi que le recours aux hôpitaux civils en cas d'afflux de blessés militaires, ceci afin de renforcer les rôles 4 de métropole constitués par les hôpitaux militaires. Le protocole prévoit ainsi que le ministère des Armées et le ministère chargé de la Santé travaillent ensemble sur des scénarii permettant de traiter un tel afflux de blessés, « *afin de s'assurer de leur faisabilité* ».

Il reste désormais à finaliser les déclinaisons locales de ce nouveau protocole à travers des contrats spécifiques liant les hôpitaux militaires, les hôpitaux civils et les Agences régionales de santé. Les travaux ont été lancés dans quatre régions pilotes, les Antilles, la Bretagne, l'Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) sous l'autorité des officiers généraux de zone de défense. Dans la mesure où le contrat opérationnel aujourd'hui assigné au SSA le contraint plus que jamais de recourir au système de santé civil pour conserver le vivier exigible de personnels projetables et l'y obligera en cas de conflit de haute intensité, ces exigences inhérentes à la préparation de la défense nationale justifient que la déclinaison de ces protocoles se traduise par un cadre contractuel contraignant. Pour autant, il n'en convient pas moins de rappeler que, même avec un format réduit, le SSA dispose d'une expertise rare dans certaines niches médicales (blessures de guerre, traitement des grands brûlés et des irradiés, maladies infectieuses hautement contagieuses), ainsi que d'une capacité de projection et d'évacuation sanitaire, tout aussi indispensables pour appuyer le système de santé civil en cas de crises sanitaires exceptionnelles.

Recommandation n°1 (état-major des armées, service de santé de armées) : Mener à son terme le déploiement du protocole santé défense du 11 avril 2022 au niveau zonal et régional en s'assurant que les contraintes propres au Service de santé des armées, liées à ses missions militaires et à ses moyens limités, soient bien prises en compte par les autorités civiles de santé.

1.3.3 Des hôpitaux militaires qui dépendent des processus du ministère des armées pour de nombreux moyens indispensables à la réalisation de leurs missions

Deux recommandations formulées en 2010 par la Cour des comptes visaient à « Déconcentrer et professionnaliser la gestion hospitalière avec l'appui local des ARS et celui de l'école des hautes études de la santé publique » et à « Donner davantage d'autonomie aux directeurs des hôpitaux dans le respect du contrat opérationnel fixé par l'état-major des armées ». Il s'agissait de donner davantage d'autonomie aux hôpitaux militaires, afin de leur permettre de mieux s'insérer dans le système de santé civil qui est organisé de façon décentralisée, avec des hôpitaux disposant de la personnalité juridique et d'une autonomie financière. Dans le cadre du suivi des recommandations publiques de la Cour réalisé en 2014, le ministère des Armées a considéré « qu'une gouvernance hospitalière centralisée permet un pilotage efficient de l'offre de soins militaires », autrement dit que cette gouvernance est jugée essentielle pour garantir la primauté des missions militaires.

Comme l'ensemble des organismes émanant des directions et services interarmées du soutien, les hôpitaux militaires continuent de relever du mode de fonctionnement ministériel centralisé dont la réforme des soutiens engagée au début des années 2010 a redessiné l'organisation générale. Dans ce contexte, pour activer nombre des moyens indispensables à la réalisation de leurs missions, ils demeurent dépendants des processus gérés au niveau ministériels, lesquels peuvent être lourds et peu réactifs. Dans ce cadre, les hôpitaux militaires sont loin de disposer de l'autonomie de leurs homologues civils, notamment pour ce qui touche à la gestion des ressources humaines, à la gestion financière, aux investissements et à l'informatique.

La compensation financière hypothétique du transfert de l'hôpital du Val-de-Grâce

Après la fermeture de l'hôpital du Val-de-Grâce, il a été décidé transférer le bâtiment et son emprise au ministère chargé de la Recherche pour y développer un projet de PariSanté Campus. Tandis que le SSA escompte bénéficier d'une soulte en rémunération de ce qui s'apparente pour lui à une cession à un tiers, le principe même d'une telle compensation est contesté, notamment par la direction de l'immobilier de l'État et par la direction du budget, qui estiment que l'État demeurant propriétaire de l'ensemble de la parcelle, le transfert d'un ministère à un autre de l'usage d'un bâtiment qui lui appartient, ne peut se traduire par le paiement d'une soulte. À ce jour, les modalités financières de ce transfert ne sont pas encore arbitrées.

1.3.4 Des projets de réorganisation en 2018 et en 2019 qui n'ont pas abouti

Des études ont été conduites par l'état-major des armées, en 2018, sur la possibilité d'ériger l'ensemble de la composante hospitalière en établissement public et, en 2019, sur celle de transformer l'ensemble du Service de santé des armées en compte de commerce. Ces options n'ont pour le moment pas été retenues. En effet, la transformation de la composante hospitalière du SSA en établissement public a été jugée inopportune car susceptible de faire primer la rentabilité économique sur les missions de soutien aux armées en opérations. Quant à l'évolution en compte de commerce, elle se heurte à des obstacles juridiques, en raison de la

difficulté de qualifier l'activité d'industrielle et commerciale et de l'impossibilité d'imputer à un compte de commerce les dépenses de rémunérations¹⁸.

La conclusion relative à la transformation en établissement public est surprenante, car les armées ont déjà l'expérience de nombreux établissements publics que l'on n'imagine pas soustraits à un contrôle étroit assurant que les missions militaires soient pleinement assurées (l'École navale, École de l'Air et de l'Espace, Économat des Armées notamment). Certains de ces établissements publics oeuvrent d'ailleurs dans le domaine de la santé (l'Institution nationale des Invalides), tandis que d'autres jouent un rôle majeur pour la capacité opérationnelle des forces (la Direction des applications militaires du Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives pour la dissuasion nucléaire).

Compte tenu des grandes difficultés que rencontre aujourd'hui la composante hospitalière du Service de santé des armées, il paraît essentiel de lui donner la possibilité de mieux maîtriser les ressources indispensables à ses missions et que ses entités puissent disposer d'une plus grande autonomie de gestion. D'ailleurs, le ministère des Armées a indiqué son intention de relancer une étude sur ce sujet. La transformation de la composante hospitalière du SSA en établissement public mériterait effectivement d'être examinée sous l'angle des progrès que l'autonomie accrue de cette entité permettrait de réaliser en matière de recrutement des personnels civils et de conduite des projets d'infrastructures hospitalières. En maîtrisant mieux les moyens nécessaires à ses missions et en disposant de véritables états financiers, un tel établissement public pourrait aussi se trouver en meilleure position pour nouer des partenariats équilibrés avec des hôpitaux civils, bénéficiant eux-même de ce statut.

Recommandation n°2 (état-major des armées, secrétariat général pour l'administration, Service de santé des armées) : Réétudier la possibilité de transformer la composante hospitalière du Service de santé des armées en établissement public, en appréciant si une telle évolution permettrait au service de mieux maîtriser ses moyens, pour assurer plus efficacement ses missions au profit des armées.

1.4 Une organisation centrale du SSA fréquemment réformée

1.4.1 Une volonté confirmée de disposer d'un Service de santé des armées autonome avec l'ensemble de la panoplie de l'offre de soins

Confronté à une décennie d'intenses restructurations, avec des objectifs en termes de réduction d'effectifs qui auraient pu remettre en cause son existence même, le SSA est parvenu à faire valoir que les missions et le contrat opérationnel qui lui étaient assignés justifiaient qu'il demeure autonome par rapport au système de santé civil et continue de disposer de l'ensemble de la panoplie de l'offre de santé, organisé autour de ces cinq composantes : la médecine

¹⁸ Cf. l'article 20 de la loi organique relative aux lois de finances qui dispose : « *Il est interdit d'imputer directement à un compte spécial des dépenses résultant du paiement de traitements, salaires, indemnités et allocations de toute nature.* »

hospitalière, la médecine des forces, les approvisionnements, la recherche et la formation. Et, de fait, les nombreuses restructurations conduites au cours de la décennie 2010 n'ont pas emporté de bouleversements dans la répartition, entre ses différentes composantes, des effectifs que gère le SSA (Cf. tableau ci-après).

Tableau n° 8 : Évolution de la répartition des effectifs gérés par le SSA entre 2009 et 2021

En %	Hôpitaux militaires	Médecine des forces	Formation	Recherche	Ravitaillement	Direction	Divers
2009	57,1%	15,2%	11,2%	3,3%	4,8%	6,6%	1,8%
2021	55,5%	22,4%	10,4%	2,5%	2,3%	5,1%	1,8%

Source : Cour des comptes - RPT Médecins et hôpitaux militaires pour l'année 2009 et SSA pour l'année 2019

L'évolution la plus notable, à savoir l'augmentation de la part de la médecine des forces par rapport aux autres composantes, est imputable à l'intégration par le SSA des auxiliaires sanitaires, principalement issus de l'armée de Terre et de l'armée de l'Air, qui travaillaient avec les praticiens militaires dans les unités soutenues et qui lui ont été transférés à partir de 2011, dans le cadre de la mutualisation des soutiens autour des bases de défense.

Officialisée par l'arrêté du 20 décembre 2021, la dernière organisation du SSA confirme ce modèle d'un service autonome, avec quatre directions opérationnelles :

- La direction des hôpitaux militaires qui regroupe les huit hôpitaux militaires et le service des archives médicales hospitalières des armées ;
- La direction de la médecine des forces qui réunit sous son égide les 16 centres médicaux des armées de métropole, les huit directions interarmées du Service de santé outre-mer, les trois chefferies spécialisées (forces sous-marines, forces navales de surface et forces spéciales) et le service de protection radiologique des armées ;
- La direction des approvisionnements en produit de santé des armées qui comprend les unités d'achat (plateforme achats finances santé), de production (pharmacie centrale des armées, centre de transfusion sanguine des armées) et de logistique (établissement central du matériel du SSA, établissement de ravitaillement sanitaire des armées) ;
- La direction de la formation, de la recherche et de l'innovation qui s'occupe des organismes de formation initiale (École militaire de santé de Lyon Bron) et continue (École du Val de Grâce), ainsi que des établissements de recherche (Institut de recherche biomédicale, Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées).

Cette organisation est complétée par deux directions fonctionnelles, centrées sur les enjeux majeurs du service pour la décennie à venir (le département d'appui et de gestion des ressources humaines et la direction des systèmes d'information et du numérique en santé) et intégrées à la direction centrale du SSA, dont le directeur central est directement rattaché au Chef d'état-major des armées. Cette direction centrale comporte désormais une division anticipation et stratégie qui constitue l'outil pérenne pour anticiper les changements appelés à être mis en oeuvre dans le cadre de l'« *Ambition stratégique SSA 2030* ».

L'organisation mutualisée des soutiens mise en place en 2011 témoigne de la spécificité reconnue au soutien santé, lequel n'a pas été fondu avec les différents soutiens communs gérés au sein des groupements de soutien des bases de défense. Elle a même eu pour effet de renforcer

l'autonomie du SSA en interne à la défense, dans la mesure où la médecine des forces, auparavant placée sous les ordres du chef de corps des unités soutenues, relève désormais directement du Service de santé des armées.

1.4.2 Une administration centrale qui se réorganise tous les trois ans

Depuis 2014, à l'initiative de chacun de ses directeurs centraux successifs, le SSA a connu trois réorganisations de son administration centrale et de ses composantes, ce qui représente un rythme élevé.

En 2015, le transfert d'une partie de l'administration centrale de Vincennes à Balard a été l'occasion d'une première réorganisation dont le principe consistait à opérer un recentrage de la direction centrale sur les fonctions stratégiques, à un moment où le plan « SSA 2020 » prévoyait de réduire l'empreinte du service pour contribuer à l'effort de déflation demandé. Trois autorités de coordination ont été créées (soutien santé opérationnel, sciences et techniques de santé, parcours de santé et offre de soins), tandis qu'ont été renforcées les fonctions pilotage de la performance et transformation et qu'a été nommé un expert « ressources » de haut niveau pour coordonner les fonctions support.

En 2018, une nouvelle organisation a été mise en place visant à corriger, par l'introduction de plus de transversalité, un mode de fonctionnement jugé trop cloisonné.

En 2021, bien que les objectifs de la réorganisation de 2018 aient été considérés comme atteints, il est apparu que l'organisation et le fonctionnement du SSA étaient encore trop complexes et peu agiles. Par ailleurs, le nouveau contexte de remontée en puissance des forces a fait ressortir la nécessité d'engager un effort particulier dans le domaine des ressources humaines pour mieux recruter et fidéliser les personnels. Enfin, le retour d'expérience de la pandémie de covid-19 a mis en évidence des effectifs trop justement dimensionnés pour l'état-major opérationnel santé et le besoin de renforcer le conseil au commandement. Mise en place en décembre 2021, l'organisation actuelle du service s'inscrit en cohérence avec le nouveau plan stratégique de l'« *Ambition stratégique SSA 2030* » dont elle a pour vocation d'assurer le déploiement.

Consommatrices de ressources, les fréquentes réorganisations du Service de santé des armées ont sans doute permis de corriger des défauts de celle que chacune d'elles remplaçait. Pour autant, quelle que soit leur efficacité intrinsèque, elles ne sont pas en mesure de résoudre, et pour cause, les problèmes posés par l'absence de maîtrise, par le SSA, des leviers essentiels à l'exercice de ses missions.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les principales missions militaires du Service de santé des armées concernent le soutien médical en opérations et le soutien santé des militaires des trois armées et de la gendarmerie, en tout temps et en tous lieux. En liaison avec l'état-major des armées, le SSA a entrepris les efforts nécessaires à la prise en compte des enjeux du combat de haute intensité pour le soutien médical en opérations, tandis que la médecine des forces, organisée désormais autour des 16 centres médicaux des armées de métropole a, à présent, atteint son point d'équilibre lui permettant de remplir ses missions.

Les difficultés principales concernent la composante hospitalière qui a été durement affectée par les restructurations subies depuis une dizaine d'années, à commencer par l'emblématique fermeture du Val-de-Grâce. En 2021, les huit hôpitaux militaires et leur 1 480 lits ne peuvent générer que 48 des 65 équipes chirurgicales nécessaires au contrat opérationnel et le maintien des compétences médicales de ces équipes dépend à environ 70 % de la patientèle civile. « L'ambition SSA 2030 » prévoit une nouvelle transformation visant à disposer à terme de cinq hôpitaux militaires densifiés, par redéploiement de moyens provenant des trois autres hôpitaux appelés à se recentrer sur une activité de soins de suivi pour les militaires et sur les besoins de leur territoire de santé . C'est pour cette raison que l'hôpital Desgenettes de Lyon a été transformé en antenne hospitalière en 2022. Cette transformation vise à parvenir à un format capacitaire susceptible de répondre à l'essentiel des besoins pour les opérations militaires. Elle n'en est pas moins indissociable d'un renforcement des liens entre les hôpitaux militaires et le système civil de santé : le maintien des compétences des praticiens militaires suppose une ouverture accrue de leur activité sur une patientèle civile ; les hôpitaux militaires ne sauraient se passer du soutien des hôpitaux civils pour accueillir un afflux massif de blessés en cas d'engagement majeur ; en retour, même si son format réduit ne permet pas une intervention massive dans la durée, le SSA doit appuyer le système de santé civil en cas de crise sanitaire exceptionnelle, comme celle de la covid 19, en mettant à sa disposition son expertise médicale dans les domaines où il excelle, ainsi que ses capacités de projection et d'évacuation sanitaire. La conclusion d'un nouveau protocole Défense-Santé en 2022 s'inscrit dans cette perspective. Il reste à présent à décliner ce protocole au niveau local sous formes d'engagements juridiques concrets et contraignants, ce que le ministère des Armées a entrepris de faire dans quatre régions en 2023.

Enfin, il apparaît que le pilotage des hôpitaux militaires et la recherche de performance qui le sous-tend butent sur l'insuffisante maîtrise, par le SSA, des moyens qui lui sont nécessaires pour accomplir ses missions, et ceci dans tous les domaines inhérents à sa gestion : ressources humaines, informatique, infrastructures et finances. Et il paraît difficile d'escompter que des améliorations significatives puissent provenir de mesures mises en œuvre dans un cadre organisationnel inchangé. C'est la raison pour laquelle la Cour encourage le ministère des Armées à réétudier la possibilité d'une transformation en établissement public de la composante hospitalière du Service de santé des armées.

2 LES RESSOURCES HUMAINES DU SSA : UN DÉFI MAJEUR À RELEVER FACE À DE GRAVES DIFFICULTÉS

Après plusieurs années de décrue sévère et pénalisante de ses effectifs, le SSA connaît depuis peu une amorce de remontée de ses moyens humains. Si l'implication et le sens du service public de ses agents de tous niveaux doivent être salués, le panorama des ressources humaines du service est inquiétant. Le Service de santé des armées doit impérativement trouver de nouveaux leviers de gestion des ressources humaines sous peine de ne plus pouvoir disposer à l'avenir du personnel qualifié nécessaire à l'accomplissement de ses missions.

2.1 Les effectifs et les problèmes d'attractivité

2.1.1 Les effectifs du Service de santé des armées

2.1.1.1 Les effectifs : une récente et difficile stabilisation après une chute drastique

Le Service de santé des armées a connu une période marquée par une chute drastique de ses effectifs qui est la conséquence de la rétractation de son format dont la fermeture de l'hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce a été « l'emblème négatif » le plus visible. Tiré des bilans sociaux du ministère des Armées, le tableau suivant compare les effectifs totaux employés par le SSA¹⁹ en 2010, 2017 et 2021.

Tableau n° 9 : Évolution des effectifs employés par le SSA (2017-2021 comparé à 2010)

	2010		2017	2021
<i>Militaires</i>	10 618		10 081	9 764
%	66,6 %		69,6 %	67,8 %
<i>Civils</i>	5 323		4 406	4 637
%	33,4 %		30,4 %	32,2 %
Total	15 941		14 487	14 401

Source : bilan sociaux du ministère des Armées

Ces données rendent compte d'une baisse des effectifs de près de 1 500 agents entre 2010 et 2017, soit une chute de 9 %. Mais elles doivent être corrigées par un effet de périmètre ayant consisté à rattacher à l'employeur SSA, en 2011 des militaires du rang, auxiliaires sanitaires des armées de Terre et de l'Air et de l'Espace, sans quoi la baisse pourrait être estimée à 2 271 agents, soit 14,3 %, ce qui était d'ailleurs l'objectif assigné par « SSA 2020 » dans le cadre de la révision générale des politiques publiques.

¹⁹ En équivalent temps plein travaillé gérés et non gérés par le Service de santé des armées.

La baisse a affecté les différentes catégories dans des proportions variables : entre 2010 et 2017, elle a été de 18,5 % pour les officiers, 11,4 % pour les sous-officiers et de 15,8 % pour les personnels civils. Cette situation s'est d'ailleurs prolongée bien après cette date, puisque la légère inflexion dans le sens d'une remontée des effectifs qui n'est intervenue qu'en 2020 et ne se traduit pas encore dans les faits. Le tableau ci-dessous présente plus particulièrement l'évolution des effectifs des quatre catégories de praticiens du Service de santé des armées de 2014 à 2022 décrits au référentiel en organisation et réalisés. Pour un besoin en organisation de 2 307, l'effectif moyen réalisé des praticiens en 2022 était de 2 210, soit un déficit global de 4,2 %, imputable en réalité au déséquilibre de plus de 5 % entre les besoins et les ressources observable dans la catégorie des médecins qui compte pour près de 90 % des effectifs concernés.

Tableau n° 10 : Effectifs (militaires et civils) de praticiens du Service de santé des armées

	2014		2015		2016		2017		2018	
	REO	Réalisé								
Médecins	2074	1974	2030	1942	1983	1927	1994	1903	2016	1908
Pharmaciens	203	189	189	186	185	185	191	184	179	185
Vétérinaires	75	70	73	68	74	68	73	71	72	73
Chirurgiens-dentistes	40	46	37	45	37	43	42	42	40	44
	2019		2020		2021		2022			
	REO	Réalisé	REO	Réalisé	REO	Réalisé	REO	Réalisé		
Médecins	2039	1891	2066	1923	2074	1942	2125	1882		
Pharmaciens	167	187	170	187	2046	184	188	189		
Vétérinaires	74	73	75	74	75	71	74	74		
Chirurgiens-dentistes	40	43	40	39	41	42	39	42		

Source : Service de santé des armées

Cette baisse s'est conjuguée avec une restriction des recrutements dans les écoles, passant de 80/90 entrées à 40/50, la récente remontée à 125 du flux de nouveaux élèves praticiens ne devant produire ses effets que progressivement.

Au total, pendant la période sous revue, le Service de santé des armées a subi une déflation massive qui a fortement affecté les moyens, mais aussi et surtout le moral de ses agents.

Certes, la loi de programmation militaire 2019-2025 et ses ajustements annuels successifs ont conduit à prévoir une remontée de l'effectif théorique 2025 du service de 204 équivalents temps plein (+ 227 civils moins 23 militaires), mais cette perspective doit encore se concrétiser dans un contexte de tension sur les ressources humaines dans le monde de la santé.

2.1.1.2 Les effectifs employés pendant la période sous revue

2.1.1.2.1 Les personnels permanents : répartition par catégorie et statut

Une approche employeur globale qui prend en compte le personnel civil soignant a été communiquée par la direction des ressources humaines du ministère des Armées, sur la période 2016-2021.

Tableau n° 11 : Effectifs totaux employés par le SSA décomposés par grade (2016-2021)

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Officiers	3 421	3 360	3 364	3 374	3 425	3 411
Sous-officiers	5 146	5 032	4 941	4 844	4 794	4 740
MDR	1 550	1 548	1 562	1 594	1 623	1 548
VOL	158	141	101	82	68	65
Total PM	10 275	10 081	9 968	9 894	9 910	9 764
Cat. A	430	479	521	670	668	690
Cat. B	737	748	799	718	770	792
Cat. C/PC/Vacataires	2 459	2 395	2 525	2 598	2 679	2 598
Ouvriers de l'État	864	784	715	654	615	556
Total PC	4 491	4 406	4 561	4 640	4 732	4 637
Total PM/PC (hors apprentis)	14 766	14 487	14 529	14 534	14 642	14 401

Source : synthèse des effectifs réels du SSA-DRH-MD

Ces données montrent que, fin 2021, les effectifs réels du SSA tous gestionnaires et tous statuts confondus, sont inférieurs à leur niveau de 2016 et que la part des personnels civils est passée de 30,4 % à 32,2 %. Encore faut-il relever que parmi ces personnels dits permanents figurent des contractuels et vacataires dont la rémunération est assise sur des emplois statutaires non pourvus. Cette situation ne résulte pas uniquement des déflations passées, mais traduit également le problème d'attractivité du service qui peine à attirer et conserver ses personnels.

La progression des effectifs de personnels civils gérés par le SSA et par la DRH-MD du ministère des Armées peut être décomposée comme suit :

- en catégorie A, on observe une progression parmi certains corps de titulaires : infirmiers en soins généraux de (54 en 2016 à 105,4 en 2020) ; autres paramédicaux (pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes et manipulateurs électroradiologie), de 0 civils en 2016 à 85 en 2021 ; contractuels 84-16 de niveau 1²⁰, de 135,5 en 2016 à 230,3 en 2021 ;

²⁰ Par référence aux dispositions du statut général de la fonction publique de l'État relatives aux contractuels.

- en catégorie B, on relève aussi la croissance du nombre des contractuels 84-16 de niveau 2 qui passent de 5 en 2016 à 64,10 en 2021 ;
- enfin, en catégorie C, on note à la fois l'augmentation du volant de contractuels 84-16 passé de 10 en 2016 à 127 en 2021 et aussi la prégnance du « forfait vacances » qui représentait l'équivalent de 188 effectifs réalisés en 2016 et 199 en 2021 avec une « pointe » à 291 en 2018 et 277 en 2020.

Au total, ces données montrent les difficultés avec lesquelles le SSA doit composer s'agissant de ses effectifs, le recours aux emplois précaires constituant un palliatif fragile aux tensions persistantes en matière de ressources humaines.

2.1.1.2.2 Face à la pénurie, la réserve, outil indispensable et « assurance-vie » du SSA

Le Service de santé des armées mobilise dans des proportions croissantes la réserve qui constitue pour lui un réel « ballon d'oxygène ». Entre 2018 et 2021, le nombre des réservistes a cru de 25 %, passant de 3 190 à 4 077. Comme il a dépassé le plafond autorisé qui prévoit 3 346 postes, cet effectif réalisé de 4 077 réservistes a fait l'objet d'un accord *ad hoc* de l'état-major des armées. Le SSA a d'ailleurs émis le souhait auprès de ce dernier que l'effectif de sa réserve soit revu à la hausse pour atteindre une cible de 4 400 réservistes.

Le nombre des réservistes est substantiel eu égard à la taille du service. Sur ce total, émargeaient 1 142 médecins et 1 341 infirmiers en 2021. D'après la délégation aux réservistes de la direction centrale du SSA, cela représenterait l'équivalent de 400 équivalents temps plein pour un coût de 16 M€, dont l'équivalent de 100 praticiens médicaux à temps plein.

L'intérêt de ce vivier de réservistes est d'autant plus fort qu'il est fléché prioritairement sur la médecine des forces, à hauteur des deux-tiers de la capacité. Pour autant, le Service de santé des armées estime que le « bridage » budgétaire de ces emplois ferme des marges de mobilisation supplémentaires qui seraient à ses yeux possible.

2.1.2 Les problèmes d'attractivité

2.1.2.1 Des métiers en tension et une gestion des ressources humaines peu agile

2.1.2.1.1 Des tensions sur certaines spécialités médicales et sur la filière paramédicale

Le SSA connaît des difficultés notables d'attractivité et de vacance d'emplois sur certains métiers médicaux et paramédicaux. Cette situation tend à s'aggraver dans le contexte actuel de tension qui touche l'ensemble du monde de la santé et ce, d'autant plus que la transposition des mesures dites Ségur au service s'avère incomplète, ce qui est porteur de tensions internes au service. L'évolution des effectifs réels (ER) comparés au référentiel en organisation (REO) est assez éclairante, si l'on compare les exercices 2020 et 2021.

Tableau n° 12 : ER/REO 2020 et 2021-Synthèse employeur Service de santé des armées

	Effectifs réalisés (ER) 31.12.2020	REO	Ecart ER/REO	Taux de réalisation	ER 31.12.2021	REO	Ecart ER/REO	Taux de réalisation
Officiers	3 425	3 444	- 19	99 %	3 411	3 444	-33	99 %
Sous-Officiers	4 794	4 839	-45	99 %	4 740	4 867	-127	97 %
Militaires du rang	1 623	1 613	10	101 %	1 548	1 601	-53	97 %
Volontaires	68	103	-35	66 %	65	89	-24	73 %
TOTAL MILITAIRES	9 910	9 999	-89	99 %	9 764	10 001	-277	98 %
Catégorie A	667,95	784	-116,05	85 %	690,17	803	-112,83	86 %
Catégorie B	770 ,10	862	-91,9	85 %	792,3	874	-81,7	91 %
Catégorie C	2 314,8	2 525	-210,2	92 %	2 340,4	2 540	-199,6	92 %
Personnels contractuels	43,36	33	10,36	131 %	33	33	0	100 %
Vacataires	320,98	0	320,98		224,56	0	224,56	
Ouvriers	614,50	568	46,5	108 %	556,3	552	4,3	101 %
TOTAL CIVILS	4 731,69	4 772	-40,31	99 %	4 636,73	4 802	-165,27	97 %
TOTAL SSA	14 641,69	14 771	-129,31	99 %	14 400,33	14 803	-402,27	97 %

Source : direction des ressources humaines du ministère des Armées

Le taux de vacance global représente plus de 400 emplois au 31 décembre 2021. Seul le recours aux vacataires, à hauteur de 224 postes en 2021, permet de limiter ce chiffre. Les difficultés qui en résultent ne concernent certes pas avec la même acuité tous les métiers ni tous les bassins de vie.

S'agissant des praticiens, les difficultés se concentrent sur la médecine des forces et, dans les hôpitaux d'instruction des armées, sur les chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et psychiatres qui sont des spécialités cruciales pour la médecine des armées.

De plus, pour les médecins et les militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA), le statut général des militaires peut générer des difficultés sur deux points :

- l'absence de temps partiel, ce qui pénalise un service où le seul recours pour échapper au temps plein est la demande de disponibilité ;
- pour les praticiens, la retraite à jouissance immédiate à 27,5 ans qui facilite le départ de « jeunes » de cinquante ans.

Pour les personnels paramédicaux, les déficits se concentrent sur les infirmiers de bloc opératoire, les techniciens paramédicaux et les aides-soignants. En termes de géographie, les hôpitaux d'instruction des armées d'Île-de-France sont particulièrement touchés par la pénurie, tout comme les centres médicaux des armées du Nord-Est tandis que les unités de l'Ouest du pays ne rencontrent pas de problème particulier de recrutement.

Ainsi, l'hôpital d'instruction des armées Percy est confronté à un taux de vacance de 13 % par rapport à son référentiel en organisation 2021 : sur 1 405 emplois autorisés, le déficit se monte à 182 postes et ce n'est que grâce au recours aux contrats à durée déterminée (117 en 2021) que la situation des ressources humaines demeure gérable, mais fort précaire.

Cette pénurie concerne les praticiens (21 vacances pour 162 emplois) mais aussi les infirmiers, les orthoptistes ou une partie des personnels administratifs, techniques et de laboratoire. Des infirmiers en soins généraux doivent suppléer des infirmiers de bloc opératoire comme « faisant fonction » au bloc, les techniciens paramédicaux manquent ou demandent leur mutation en province. Il est manifeste que la cherté de la vie en Île-de-France et le différentiel de rémunération avec des cliniques ou fondations et aussi l'assistance publique-hôpitaux de Paris, sont des facteurs négatifs pour le Service de santé des armées.

En termes de flux, les départs d'infirmiers militaires l'emportent désormais sur les arrivées et les démissions s'observent même sans projet précis de nouvel emploi : en 2021, le non-renouvellement des contrats de ces derniers a atteint 30 % au sein de l'hôpital d'instruction des armées Percy.

L'hôpital d'instruction des armées Bégin est confronté aux mêmes difficultés en termes de ressources humaines : pour un référentiel en organisation de 1 087 emplois, les effectifs réels se montaient à 960 début 2022 avec un taux de réalisation du référentiel en organisation de 88,7 %, plus bas encore pour les infirmiers (84,6 %) et aides-soignants (83,2 %). Cette forte concentration des vacances sur les personnels paramédicaux, oblige à recourir aux contractuels pour la moitié des emplois dévolus aux MITHA. Pour autant, la pénurie des ressources humaines a déjà des conséquences tangibles : quatre des douze lits de réanimation de cet hôpital étaient fermés, faute de personnel paramédical.

En outre, du fait des tensions générales dans de nombreux métiers du secteur de la santé, même des établissements ayant un taux de vacance faible, comme l'hôpital d'instruction des armées Laveran à Marseille, se heurtent à des difficultés dans certaines spécialités : tension sur les effectifs de chirurgiens, d'anesthésistes-réanimateurs et d'urgentistes ainsi que sur les masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie et infirmiers de bloc opératoire avec, là aussi, le recours à des infirmiers en soins généraux faisant fonction. De surcroît, un taux de vacance peut être « aggravé » par des inaptitudes à exercer les fonctions : parmi les aides-soignants de statut civil de l'hôpital Laveran, si les effectifs réels sont de 151 pour un référentiel en organisation de 162, 22,5 % des agents ne peuvent pas être employés « au lit du patient » mais ne sont pas pour autant remplacés.

Pour sa part, la médecine des forces est aussi affectée par des pénuries de personnel qui peuvent atteindre près du quart des effectifs autorisés au référentiel en organisation dans des centres médicaux des armées des ressorts de Metz, Strasbourg ou Besançon.

Il faut ajouter que le Service de santé des armées subit aussi des tensions sur les ressources humaines dans d'autres domaines où le besoin a crû ces dernières années et pour lesquels il s'appuie principalement sur les gestionnaires des armées pour obtenir des effectifs (sécurité-protection, cybersécurité, cyberdéfense, numérique).

Une difficulté récurrente concerne aussi les fonctions techniques assumées jadis par le corps des officiers du corps technique et administratif du Service de santé des armées dont les effectifs ont été reversés au sein du Service du commissariat des armées avec une spécialité « ancrage santé » qui n'a pas pu pallier les pertes de compétence sur le volet technique du corps supprimé.

Au total, le Service de santé des armées est confronté à une situation tendancielle inquiétante qui doit susciter des réponses à court terme.

2.1.2.1.2 Des difficultés aggravées par une gestion peu agile des recrutements contractuels

Pour pallier les vacances, le SSA a recours à des contractuels pour l'ensemble de ses métiers, mais la gestion des recrutements s'avère lente et parfois dissuasive. Ceux-ci passent par un accord de la direction des ressources humaines du ministère des Armées et leur gestion est assurée par le centre ministériel de gestion de St Germain-en-Laye, lui-même en difficulté. Cette procédure est décriée de façon unanime dans les hôpitaux d'instruction des armées visités lors de l'élaboration du présent rapport : les recrutements comme les renouvellements seraient trop lents, trop bureaucratiques et assis sur des contrats insuffisamment rémunérateurs ; sont également mentionnés le manque de visibilité des gestionnaires et l'éloignement de la décision, de même que les circuits trop lourds pour les engagements sur contrats à durée déterminée.

Pour les praticiens, les recrutements « sur étagère » butent sur le différentiel de rémunération avec le secteur privé et sur le manque de visibilité sur la pérennité des contrats : pour autant, le recours à des officiers sur contrat ou commissionnés représente par exemple 16 % des effectifs de l'hôpital d'instruction des armées Percy.

S'agissant des personnels paramédicaux, le département d'accompagnement et de gestion des ressources humaines du Service de santé des armées mentionne des délais de 70 jours et des propositions de contrats de niveau B n'existant plus dans la fonction publique hospitalière.

Les équipes de l'hôpital d'instruction des armées Percy, qui recourt de plus en plus à des agents contractuels civils (de 5 en 2016 à 117 en 2021), font état de l'obligation de produire des prévisions d'effectifs six mois avant des recrutements qui eux-mêmes peuvent durer trois ou quatre mois pour des contrats à durée déterminée de 6 mois renouvelables au SMIC en niveau C. La problématique de rémunérations inférieures à celle du « marché », l'éloignement de la décision, la lourdeur des circuits de recrutement et de renouvellement rendent les engagements fragiles.

On retrouve les mêmes difficultés au sein de l'hôpital d'instruction des armées Begin avec des délais de deux mois et demi pour les recrutements de contractuels civils et des droits trimestriels de recrutement pour les MITHA. L'absence de contrats à durée indéterminée et les délais de « carriérisation » très longs constituent des freins à l'embauche.

Pour sa part, la direction des ressources humaines du ministère des armées fait état d'efforts importants du service des ressources humaines civiles pour améliorer les délais de recrutement, mais fait observer que la comparaison avec les hôpitaux, qui peuvent recruter en quelques jours grâce à leur statut d'établissement public, est difficile.

Sur ce sujet, le fait que le Service de santé des armées ne maîtrise que partiellement la gestion de ses ressources humaines est handicapant dans un univers fortement concurrentiel et

alors même que les autres acteurs publics jouissent d'une autonomie statutaire d'établissement public.

Afin de fluidifier ces recrutements, une forme de subsidiarité est nécessaire. Une délégation de gestion des recrutements de contractuels pourrait être expérimentée dans un hôpital d'instruction des armées ou du moins une pré-signature de contrat sur un contingent d'emplois déterminé.

Cette perspective fait l'objet d'appréciations divergentes de la part de différentes entités concernées du ministère des Armées, même si toutes évoquent la nécessité de fluidifier les modalités du recrutement des contractuels, quantitativement le premier dispositif d'emploi pour le Service de santé des armées.

L'État-major des armées et le Service du santé des armées s'y montrent favorables, précisant qu'une expérimentation était en cours au sein du service « *pour redonner des leviers d'action aux établissements* ». Mais à ce jour, si l'établissement choisit le candidat de son choix, la déconcentration du recrutement avec rédaction du contrat de travail n'est pas possible puisque le ministère des Armées n'a pas délégué cet acte de gestion en dehors de ses centres ministériels de gestion. L'idée de contrats pré-signés sur un contingent d'emplois leur paraît en outre adaptée aux besoins du SSA.

De son côté, le directeur des ressources humaines du ministère des Armées émet un avis défavorable en indiquant que depuis la mi 2022, le processus de recrutement des contractuels du SSA a fortement évolué, puisqu'il a été déconcentré au sein du SSA et du service des ressources humaines civiles en deux étapes. Il ajoute que ce processus simplifié et déconcentré semble donner satisfaction à toutes les parties prenantes tant sur le plan des délais que de la qualité de la communication entre les acteurs impliqués. En revanche, il n'est pas favorable à une déconcentration plus forte et notamment à la rédaction des contrats au niveau des établissements.

La Cour estime que l'expérimentation préconisée dans sa recommandation serait une étape supplémentaire pour une plus grande fluidité des recrutements de contractuels, en particulier pour les fonctions de soignants.

Recommandation n°3 (état-major des armées, direction des ressources humaines du ministère des armées, Service de santé des armées) : Expérimenter la déconcentration du recrutements de certaines catégories de contractuels soignants au niveau des établissements.

2.1.2.2 Des tentatives pour relancer la dynamique de l'attractivité

Conscient des problèmes d'attractivité, le Service de santé des armées a indiqué avoir mené « *des actions d'ampleur pour sa promotion et son rayonnement* » entre 2018 et 2021, d'où il conclut que l'on « *observe une meilleure visibilité, qui contribue progressivement à l'amélioration du recrutement* ». Sont notamment cités à ce titre, la création d'une cellule communication, devenue bureau en 2021, l'appui de prestataires de services pour l'aide au recrutement et la réalisation de campagnes médiatiques, la construction d'une « *marque employeur* », l'implication plus active dans les centres d'information au recrutement des armées ou dans des salons ou des congrès. Dans le même vein, le département d'accompagnement et de gestion des ressources humaines a positionné un référent recrutement hôpitaux d'instruction

des armées/médecine des forces à l'hôpital Percy pour le pôle Nord du SSA et un autre à l'hôpital d'instruction des armées Ste Anne pour le pôle Sud.

Le service recourt par ailleurs à plusieurs leviers financiers destinés à rendre plus attractifs les emplois qu'il propose :

- l'allocation spécifique de formation, qui est un dispositif de pré-recrutement, monte en puissance puisque deux conventions ont été signées en 2018 et 2019, six en 2020 et treize en 2021 ;
- la prime de lien au service, utilisée dans son volet attractivité au bénéfice de 23 praticiens contractuels et depuis 2020, dans son volet fidélisation pour une trentaine de bénéficiaires ; consistant en 25 000 euros versés en une fois pour un engagement à servir de trois ans, ce dispositif est toutefois jugé d'un montant insuffisant dans certaines spécialités (réanimation anesthésie, chirurgie) et ne les concerne pas toutes ;
- les droits ouverts pour recruter des apprentis qui, depuis 2014, sont alloués à chaque employeur par la direction des ressources humaines du ministère des Armées : à ce titre, le SSA accueillait et formait en 2021 une quinzaine d'apprentis de la filière santé, ciblés sur les métiers en tension, essentiellement préparateurs en pharmacie et masseurs-kinésithérapeutes.

Le Service de santé des armées n'a toutefois produit aucun bilan qualitatif de l'impact de ces dispositifs qui, il est vrai, sont récents.

2.2 Les statuts, les indemnités, les rémunérations et la gestion des carrières

2.2.1 Les statuts, les indemnités et les rémunérations

2.2.1.1 Les statuts et les indemnités

2.2.1.1.1 Les statuts des personnels du Service de santé des armées

1. Le SSA dispose de quatre statuts militaires propres : praticiens des armées, élèves officiers des écoles du Service de santé des armées, militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA) et élèves sous-officiers du Service de santé des armées.

Le statut particulier des praticiens des armées repose sur un décret²¹ du 12 septembre 2008 qui se conjugue avec deux décrets du 14 juin 2004²² relatifs, d'une part, à la reconnaissance des niveaux de qualification des praticiens des armées, d'autre part, à leur régime indemnitaire.

Les praticiens des armées sont constitués de cinq corps d'officiers de carrière : internes des hôpitaux des armées recrutés parmi les élèves officiers de carrière ou par concours sur

²¹ Décret n° 2008-533 modifié.

²² Décret n° 2004-538 et décret n° 2008-537 modifié.

épreuves ; médecins des armées recrutés parmi les internes des hôpitaux des armées ayant obtenu le diplôme d'État de docteur en médecine et validé la formation de troisième cycle des études médicales, par concours sur épreuves pour les candidats remplissant les conditions d'exercice de la profession de médecin ou par concours sur titres parmi les officiers sous contrat ; pharmaciens des armées ; vétérinaires des armées ; chirurgiens-dentistes des armées. Ces trois derniers corps sont recrutés parmi les élèves officiers de carrière, par concours sur épreuves, ou par concours sur titres parmi les officiers sous contrat.

La hiérarchie des corps des praticiens des armées comporte une correspondance avec la hiérarchie militaire générale.

Il faut ajouter que dans les cadres des évolutions que la SSA souhaite imprimer à sa politique des ressources humaines, une révision des déroulements de carrière des officiers est envisagée. Le projet est en cours, un nouveau modèle de carrière ayant été présenté au comité de cohérence et de coordination des ressources humaines le 24 janvier 2023.

Le statut particulier des MITHA quant à lui est fondé sur un décret du 20 décembre 2002 modifié²³ qui se conjugue avec un décret du 7 août 1980²⁴ relatif à leur régime indemnitaire.

Il s'agit d'une sorte de « double statut » avec transposition des règles de la fonction publique hospitalière pour la rémunération et application simultanée des règlements relatifs à l'état de militaire.

Les MITHA sont constitués en treize corps de militaires dont les carrières sont identiques à celles de la fonction publique hospitalière et non avec la structuration des grades militaires : directeurs de soins, cadres de santé paramédicaux, psychologues, infirmiers en soins généraux et spécialisés, infirmiers anesthésistes, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, diététiciens, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie hospitalière, techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers, aides-soignants et assistants médico-administratifs.

Toutefois, pour les indices de pension militaire d'invalidité ou dès lors que des droits à pension ou à certaines primes ou indemnités sont déterminés en fonction des grades de la hiérarchie militaire générale, il existe un tableau de correspondance entre les grades des MITHA et ceux de la hiérarchie militaire générale, prévu par le récent décret n° 2020-1292 du 22 octobre 2020.

Les membres des corps de MITHA sont soumis soit aux lois et règlements applicables aux officiers de carrière lorsqu'ils appartiennent au corps des psychologues, de directeur des soins, des cadres de santé paramédicaux ou détiennent le second grade de sage-femme des hôpitaux, soit aux lois et règlements applicables aux sous-officiers dans les autres cas.

Enfin, point essentiel, lorsque des réformes viennent modifier la situation statutaire des personnels de la fonction publique hospitalière, le ministère des Armées est amené à transposer ces dispositions pour son personnel paramédical par des décrets en Conseil d'État. Ces transpositions supposent bien entendu une saisine de la direction générale de la fonction publique et de la direction du budget : elles n'ont pas été rapides jusqu'à la période récente.

2. Les principaux textes applicables au personnel civil soignant du SSA, tous revus par des décrets du 29 décembre 2021 transposant les carrières et échelonnements indiciaires des corps homologues de la fonction publique hospitalière, régissent les corps suivants : agents des

²³ Décret n° 2002-1490.

²⁴ Décret n° 80-647.

services hospitaliers qualifiés civils, aides-soignants, infirmiers civils de soins généraux, techniciens paramédicaux civils, cadres de santé paramédicaux civils, personnels civils de rééducation et médico techniques.

3. Enfin, les personnels employés par le SSA et relevant d'autres gestionnaires appartiennent aux différents statuts militaires et civils du ministère des armées.

2.2.1.1.2 Les régimes indemnitaires propres aux personnels du Service de santé des armées

S'agissant des praticiens des armées, ceux-ci bénéficient des indemnités réglementairement attribuées aux officiers et, en sus, d'un régime indemnitaire propre prévu par un décret n° 2004-537 du 14 juin 2004 modifié. Celui-ci est composé de trois volets :

- une prime de qualification dont le taux varie selon le niveau du praticien ;
- une indemnité de gardes hospitalières pour les gardes de douze heures consécutives assurées les week-ends, jours fériés et en semaine après 18 H 30 ;
- une indemnité d'astreintes hospitalières pour les astreintes à domicile de douze heures consécutives.

Quant aux MITHA, ils bénéficient des primes et indemnités qui leur sont versées en qualité de militaires à solde mensuelle et peuvent bénéficier des primes et indemnités attribuées aux personnels homologues de la fonction publique hospitalière notamment par le décret n°2011-46 du 11 janvier 2011 portant attribution d'une prime spéciale à certains personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière et le décret n° 2021-1 411 du 29 octobre 2021 relatif à l'attribution d'une indemnité de sujétion spéciale aux personnels de la fonction publique hospitalière et instaurant une indemnité spécifique pour certains personnels.

Ils peuvent aussi bénéficier d'une nouvelle bonification indiciaire dans les conditions fixées pour les personnels homologues de la fonction publique hospitalière et d'une indemnité pour service hospitalier nocturne majorée lorsque le service de nuit nécessite un travail intensif.

Enfin, il peut demeurer des indemnités catégorielles spécifiques : c'est ainsi que vient d'être créée une « indemnité spéciale de continuité du soutien médical hospitalier des armées » destinée aux praticiens et MITHA afin de régulariser des indemnités antérieurement perçues sans base juridique suffisante.

2.2.1.2 Des rémunérations moyennes corrélées aux statuts de référence

Les rémunérations moyennes des personnels du Service de santé des armées sont liés aux statuts de référence avec quelques particularités.

Pour les praticiens, le régime indiciaire est celui des grades militaires et le régime indemnitaire de base est établi en correspondance avec ceux-ci. À quoi s'ajoute le volet indemnitaire spécifique lié aux fonctions, tel qu'il a été présenté ci-avant.

Pour les MITHA, la rémunération est liée aux grilles et indemnités de la fonction publique hospitalière à travers le mécanisme de transposition qui s'applique aussi aux corps de personnels soignants civils de la Défense.

Enfin, les autres corps militaires ou civils employés par le SSA jouissent des échelonnements indiciaires et des indemnités liés à leur statut.

Il ressort des données communiquées que les rémunérations des médecins, au sein desquelles les primes représentent une quotité élevée quoique très variable, sont plutôt de bon niveau par rapport au référentiel des officiers, mais selon le SSA « *potentiellement en dessous de celles des praticiens civils* ». Pour les paramédicaux, les rémunérations des MITHA sont globalement plus élevées que celles des civils dont le niveau des primes est plus faible, mais ces données sont fort mouvantes eu égard aux plans catégoriels successifs.

2.2.2 La transposition des mesures catégorielles : l'anticipation de la « nouvelle politique de rémunération des militaires (NPRM) » et le Ségur de la santé

2.2.2.1 Un application anticipée aux praticiens de la nouvelle politique de rémunération des militaires

Faisant état d'un décrochage de la rémunération des praticiens des armées par rapport à leurs homologues civils, le SSA a souhaité anticiper, dès 2019, la mise en œuvre de la nouvelle politique de rémunération des militaires alors envisagée et depuis lors en vigueur. Il a ainsi obtenu une amélioration de la principale prime propre aux praticiens, à savoir la prime de qualification avec un déploiement sur la période 2019-2023.

Dès 2018, ces mesures avaient été précédées d'une modification des modalités d'indemnisation des gardes hospitalières et de la mise en œuvre de l'indemnisation forfaitaire des astreintes hospitalières afin de se rapprocher de la réglementation applicable aux praticiens hospitaliers civils (pour un coût de 1,8 M€).

Ayant bénéficié de ce plan d'amélioration, les praticiens militaires n'ont pas été, dans l'immédiat, considérés comme éligibles à l'application du Ségur de la santé qui prévoit des mesures de revalorisation des rémunérations des praticiens hospitaliers civils²⁵. Toutefois, le Service de santé des armées indique que « *la finalisation de la pré-NPRM est un prérequis pour engager une possible déclinaison du plan Ségur au profit des praticiens des armées* ». C'est dans le cadre de la déclinaison de la politique des ressources humaines du SSA « Soignants 2030 » que le service fait étudier la revalorisation indiciaire et indemnitaire des praticiens.

2.2.2.2 Une transposition lente et incomplète du Ségur de la santé, source de tensions parmi les personnels non médicaux²⁶

Les mesures dites du Ségur de la santé, destinées à revaloriser les carrières des personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière ont décalé les grilles et catégories de celle-ci par rapport au reste de la fonction publique. De surcroît, elles comprennent un volet

²⁵ Les praticiens hospitaliers ont bénéficié de trois mesures : revalorisation des débuts et fins de carrière ; augmentation et extension de l'indemnité de service public exclusif, pour l'ensemble des médecins travaillant à l'hôpital public ; indemnisation des responsabilités managériales (président de comité médical d'établissement, chef de pôle, chef de service).

²⁶ Les mesures du Ségur vont au-delà des personnels paramédicaux et concernent aussi les autres professions non médicales (exemple : assistants médico-administratifs). Il faut y ajouter les mesures antérieures dites « Bachelot » pour prendre toute la mesure des évolutions des carrières.

indemnitaires et de la nouvelle bonification indiciaire. L'ensemble de ces mesures représente un « mix catégoriel » de grande ampleur.

Les mesures du Ségur pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière

- mesure « socle » avec le versement d'un complément de traitement indiciaire (CTI) mensuel de 49 points d'indice majoré, soit 183€ nets ;
- doublement des ratios promus/promouvables en 2020 et 2021 ;
- revalorisation des grilles indiciaires²⁷ comprenant le passage en A-type pour les corps déjà rentrés dans le protocole Bachelot, passage de la catégorie B à la catégorie A pour les techniciens de laboratoire médical, préparateurs en pharmacie et diététiciens et de la catégorie C à la catégorie B pour les aides-soignants ;
- revalorisation des fonctions managériales (augmentation de la prime d'encadrement), reconnaissance des compétences des spécialistes paramédicaux (nouvelle bonification indiciaire aux infirmiers de bloc opératoire, création d'une prime d'exercice en soins critiques et d'une prime spéciale pour les auxiliaires médicaux en pratique avancée) ;
- refonte du régime indemnitaire des paramédicaux en cours (2022-2023).

La mesure dite « socle » du Ségur de la santé est le complément de traitement indiciaire qui est dénommé complément de solde indiciaire pour le personnel militaire. Depuis septembre 2020, cette mesure a bénéficié à plus de 5 600 civils et militaires²⁸ du ministère des Armées (Service de santé des armées et Institution nationale des Invalides) de manière fractionnée.

Toutefois, la mesure ne concernait que les agents affectés en hôpital d'instruction des armées tandis que les personnels affectés à la médecine des forces, à la formation, à la recherche ou au ravitaillement en sont exclus. Cette exclusion résulte d'arbitrages interministériels ayant décidé d'une application aux seuls hôpitaux²⁹, bien que le SSA ait tenté de faire valoir qu'en raison de l'intégration, sur ses emprises, de personnels hospitaliers et non hospitaliers, la différence de traitement qui en résulterait pourrait être génératrice de tensions et nuire à l'attractivité des postes hors hôpitaux des armées.

Le Service de santé des armées a toutefois obtenu en 2022 dans le cadre de l'ajustement de la loi de programmation militaire une mesure de majoration de traitement indiciaire de 10 points pour certains personnels civils et militaires soignants (personnels exerçant une profession paramédicale réglementée et psychologues) exerçant au sein des centres médicaux du Service de santé des armées et leurs équipes mobiles. Cette revalorisation indiciaire bénéficie au total à 1 300 MITHA du SSA (sur 1800). La direction des ressources humaines du ministère des Armées a en outre précisé que la majoration de traitement indiciaire, obtenue à hauteur de 10 points début 2022, serait portée à 20 points à compter du 1^{er} juillet 2023, l'arrêté attributif étant en cours de modification, et « à terme » à 49 points d'indice.

Par ailleurs, alors qu'initialement la mesure de gestion consistant à doubler le taux de promotion des personnels paramédicaux dans la fonction publique hospitalière en 2021 et 2022 n'était accordée au SSA que pour l'année 2021, elle a été reconduite pour 2022.

²⁷ Non concernés : psychologues, assistants médico-administratifs, techniciens hospitaliers et techniciens supérieurs hospitaliers.

²⁸ 2 931 personnels militaires (complément de solde indiciaire) et 2 725 personnels civils (complément de traitement indiciaire).

²⁹ La raison invoquée est que dans la fonction publique hospitalière, le bénéfice du complément de traitement indiciaire est lié au fait que les établissements perçoivent des produits liés à leur tarification à l'acte.

De manière générale, les personnels paramédicaux du Service de santé des armées jouissent de transpositions des mesures indiciaires et indemnitaires par homologation avec la fonction publique hospitalière mais celles-ci ne sont pas automatiques³⁰ et supposent une lourde ingénierie statutaire gérée par la direction des ressources humaines du ministère des Armées. Cette activité qui avait débuté avec la transposition des mesures dites Bachelot a généré la production de nombreux décrets en Conseil d'État qui n'ont pas été sans susciter des difficultés avec des délais de transposition très longs (plusieurs années pour la création du corps des cadres de santé paramédicaux civils³¹ ou dix-huit mois pour le premier texte « Bachelot »). Toutefois, les progrès sont désormais nets : c'est ainsi que pour les textes Ségur, les décrets propres aux personnels paramédicaux du ministère des armées ont été publiés trois mois après les textes de la fonction publique hospitalière³².

2.2.3 Une gestion des carrières perfectible

2.2.3.1 Une gestion prévisionnelle à construire

La gestion des personnels employés par le Service de santé des armées relève de cinq systèmes d'information ressources humaines différents : pour le personnel civil, il s'agit du logiciel *Alliance* sous licence Access ; s'agissant des personnels militaires, le SSA utilise le système d'information ressources humaines *Arhmonie* pour environ 8 700 militaires d'active (dont environ 8 300 militaires d'active placés sous sa gestion directe, ainsi que les commissaires d'ancrage santé et les aumôniers) et 4 000 réservistes relevant de la réserve opérationnelle 1 et 1 800 au titre de la réserve opérationnelle 2, mais aussi les systèmes d'information ressources humaines de chacune des armées pour les militaires de l'armée de Terre (*Concerto*), de la Marine (*Rhapsodie*) et de l'armée de l'Air et de l'Espace (*Orchestra*). Or, ces systèmes d'information ressources humaines qui servent notamment à la détermination des droits à solde par un dispositif de flux avec le calculateur *Source solde* ne sont pas prévus pour réaliser des études prospectives de type gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences, même si un infocentre adossé au système d'information ressources humaines *Ahrmonie* permet de questionner une base de données afin de mener des travaux dans cette perspective.

À ce stade, la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences du SSA demeure répartie dans chaque bureau de gestion selon une logique métier. Le Service de santé des armées indique qu'il « *privilégie l'analyse et le suivi de certains métiers sous tension : médecins généralistes, chirurgiens, cadres de santé, infirmiers de bloc opératoire, aides-soignants. De la même manière, l'impact des réformes du Ségur de la santé et/ou de l'ambition stratégique 2030 du SSA sont étudiés prioritairement par métier. Une attention particulière est*

³⁰ Ainsi pour les MITHA qui se voient appliquer par ailleurs le régime commun des primes et indemnités militaires, chaque transposition doit être examinée à cet aune.

³¹ Le décret n° 2012-466 du 26 décembre 2012 a porté statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière alors que le statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux civils du ministère de la défense a été créé par le décret n° 2015-303 du 17 mars 2015.

³² Notamment le décret n° 2021-1256 du 29 septembre 2021 revalorisant le déroulement de carrière des corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière transposé aux corps civils homologues du ministère des armées par un décret n° 2021-1871 du 29 décembre 2021. Pour les MITHA, une batterie de décrets est parue les 23 et 24 décembre 2021.

portée sur la région parisienne ». En outre, même si le bureau organisation et gestion prévisionnelle de la sous-direction des politiques des ressources humaines assure l'interface avec le pilotage ministériel du processus dit de gestion prévisionnelle des ressources humaines ministériel, les effets des travaux menés sous l'égide de la direction des ressources humaines du ministère des Armées sont peu opérants pour le SSA compte tenu de la spécificité et de la répartition géographique de ses emplois.

Aujourd'hui, les outils de gestion des parcours professionnels et carrières demeurent donc assez sommaires : il s'agit notamment de la « fiche individuelle de liaison » qui recense les aspirations des agents et la synthèse d'entretien avec le correspondant ressources humaines de proximité et du « bilan professionnel de carrière » réalisé à la demande de l'agent ou de l'administration qui intervient en moyenne après quatre années de carrière. Le SSA met aussi à disposition en ligne sur son intranet des parcours professionnels types qui permettent à titre indicatif de prendre connaissance des emplois et qualifications offerts par le service.

Par ailleurs, depuis plus d'une dizaine d'années il n'existe pas non plus de doctrine d'emploi sur la répartition des postes au sein du SSA entre personnels militaires et civils : le service a indiqué avoir fixé en 2021 des cibles minimales de personnels militaires par métier, mais le sujet allait être néanmoins relancé dans le cadre de sa nouvelle politique des ressources humaines.

Au vu de ces constats, il apparaît que le SSA, dont les métiers sont atypiques à l'échelle du ministère et les temps de formation initiale parfois très longs aurait grand intérêt à disposer d'un outil de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences adapté.

Le récent document ressources humaines « *Soignants des armées 2030* » recense la gestion prévisionnelle parmi « *les douze engagements pour fédérer* ». Il est prévu d'instaurer « *une gestion prévisionnelle performante cartographiant les métiers d'aujourd'hui et de demain du SSA* », les « *chaires de l'école du Val-de-Grâce se verront confier la veille prospective sur les métiers de santé* ». Dans le volet de rénovation des processus ressources humaines, figure la perspective de l'homogénéisation des outils numériques permettant d'assurer la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences et leur intégration dans un système d'information dédié.

2.2.3.2 La « politique des talents », embryon de gestion des carrières pour les praticiens

Au sein de la direction centrale du SSA et aussi dans les hôpitaux d'instruction des armées, la quasi-totalité des postes de direction sont dévolus à des praticiens en seconde partie de carrière. Pour les hôpitaux, ces directeurs forment un « tryptique de gestion » avec le commissaire qui est le gestionnaire et le paramédical qui exerce la fonction de directeur des soins.

Les conditions qui président à l'accès à ce débouché managérial proposé à une partie des praticiens du service ont été formalisées dans une politique dite « *des talents* » suivie au plus haut niveau de la direction centrale du SSA sous l'égide d'un chargé de mission « haut encadrement militaire » positionné auprès du directeur central. Le document ressources humaines « *Soignants des armées 2030* » voit dans cette politique qui forme le chantier 11 d'Ambition 2030 un outil de fidélisation ciblée permettant de constituer l'encadrement technique et de commandement. En termes de procédure, la « politique des talents » se caractérise par un choix collégial issu du repérage par les directeurs du SSA (direction des hôpitaux, direction de la médecine des forces, direction de la formation, de la recherche et de

l'innovation etc) de praticiens ayant un potentiel de manager, le vivier étant d'environ 800 agents. Deux instances (comité d'identification des talents et comité d'agrément des talents) présidés par le directeur central du Service de santé des armées se réunissent avant le plan de mutation annuel pour délibérer. Les talents repérés suivent des formations à l'école du Val-de-Grace tout en demeurant dans leurs tâches techniques puisqu'il s'agit de préparer une « seconde carrière » autour de 50 ans. Parmi les perspectives affichées, on relève la volonté d'adapter la politique des talents et la cartographie des postes de responsabilité aux paramédicaux.

Selon le SSA, le dispositif serait en « régime de croisière » mais son extension aux personnels paramédicaux reste à concrétiser.

2.3 L'organisation et le pilotage de la gestion des personnels du Service de santé des armées

2.3.1 L'organisation de la gestion des ressources humaines

2.3.1.1 Une organisation centrale deux fois réformée

Pendant la période 2010-2017, la fonction ressources humaines, dans ses dimensions stratégiques et de gestion, était unifiée sous l'autorité d'un « adjoint personnel et écoles » directement subordonné au directeur central du SSA. Une sous-direction ressources humaines était composée de six bureaux : effectifs et masse salariale, politique et organisation des ressources humaines, gestion des ressources militaires, gestion des ressources civiles, gestion des réserves et formation, recrutement et reconversion. De surcroît, l'« adjoint personnel et écoles » pilotait directement les écoles de formation du service.

En 2018, dans le cadre de la réforme de l'organisation centrale du ministère, la fonction ressources humaines a été restructurée, le principe affiché étant le renforcement du rôle stratégique de la direction centrale du SSA et la délégation des fonctions dites opératives à des directions qualifiées de « chaînes déconcentrées », terme quelque peu inapproprié s'agissant de services situés en partie en administration centrale. Parmi les objectifs invoqués figuraient la sécurisation des données ressources humaines et solde, le fonctionnement selon une approche métier plutôt que statutaire et catégorielle et la spécialisation des acteurs ressources humaines dans leurs fonctions.

Cette organisation a conduit à distinguer, au sein de la direction centrale du SSA une sous-direction des politiques des ressources humaines et un département de gestion des ressources humaines, ainsi qu'à en disjoindre la fonction « formation », reprise par la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation alors créée. Deux centres experts pour l'administration de la solde complétaient cet édifice.

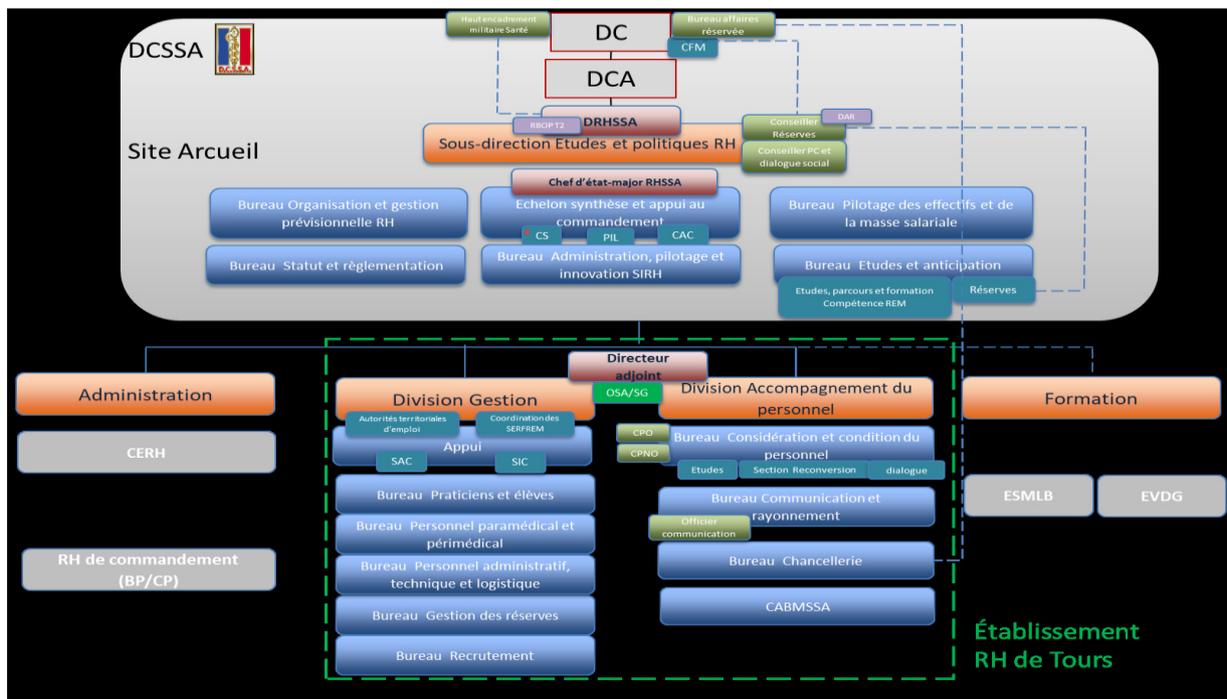
Avec l'arrivée de l'actuel directeur central du Service de santé des armées, l'organisation de la fonction ressources humaines a à nouveau été modifiée : en effet, il a été considéré que le schéma adopté en 2018 avait engendré une segmentation de l'organisation ressources humaines, une dilution des responsabilités avec l'absence d'un échelon de

coordination et de pilotage et même un « *manque d'efficacité qui nuit à la réponse aux grands défis du SSA : recrutement, fidélisation et considération*³³ ».

Mentionnée dans le document « *Ambition stratégique 2030* », la volonté de réaménager la fonction ressources humaines s'est traduite par une nouvelle évolution organisationnelle qui a été mise en œuvre en janvier 2022.

Elle se traduit notamment par la création d'une division supplémentaire, d'accompagnement du personnel, au sein du département de gestion dit déconcentré qui devient dès lors, le « *département d'accompagnement et de gestion des ressources humaines* » et la fusion des deux centres experts, dévolus, l'un à l'administration, l'autre à la solde, en un centre expert unique dénommé centre expert des ressources humaines. Le tableau suivant communiqué par le SSA rend compte de cette organisation.

Schéma n° 1 : Organisation de la chaîne ressources humaines en 2022



Source : SSA

Il faut ajouter que la fonction ressources humaines du SSA s'inscrit dans l'environnement des RH ministérielles pilotées par la direction des ressources humaines du ministère des Armées qui joue à son égard un rôle de soutien, mais aussi de gestion, notamment pour les personnels civils non professionnels de santé. En matière statutaire notamment, et sur bien des sujets touchant à la gestion des ressources humaines, la direction des ressources humaines du ministère des Armées est l'acteur incontournable dont le poids très fort peut être source de tensions avec le Service de santé des armées.

³³ Note de présentation remise lors du contrôle par le Service de santé des armées.

L'organisation de la fonction ressources humaines du SSA a donc évolué à deux reprises à rythme rapproché, sans que l'on puisse sans doute mesurer pleinement les effets de la dernière réforme qui date de janvier 2022.

À tout le moins, la disjonction opérée entre les ressources humaines et la formation prête à interrogation. Le SSA justifie la création d'une chaîne particulière dédiée à la formation, à la recherche et à l'innovation en santé par la nécessité d'intensifier le dialogue avec les unités de formation et de recherche de santé, compte tenu des enjeux que représentent la formation de ses étudiants et la qualification des formations dispensées, tout au long de leur parcours, aux professionnels de santé. Pour autant, conscient de la nécessaire cohérence entre ressources humaines et formation, le Service de santé des armées indique que la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation « réalise ses missions à partir des orientations formulées par la DCSSA, sous l'impulsion en particulier de la SDEPRH³⁴ », ce que corrobore la récente circulaire d'organisation du SSA qui précise³⁵ que « la SDEPRH s'assure de la cohérence de la politique de formation, menée par la DFRI avec la politique générale des ressources humaines du service », concluant que « même si l'organique marque une séparation, les liens entre formation et RH sont donc étroits, s'appuyant sur une comitologie spécifique ».

La question se pose néanmoins de savoir si une structuration plus ramassée de la fonction ressources humaines et la restauration d'un véritable lien organique entre les ressources humaines et la formation ne devraient pas être recherchées.

Lors de la contradiction, l'état-major des armées a exprimé que s'il « apporte son soutien à toute réorganisation du Service de santé des armées qui favorisera l'efficacité de ses processus RH », il estime toutefois prématuré de remettre en cause l'organisation de la chaîne ressources humaines adoptée le 1^{er} janvier 2022 car « les processus se mettent en place progressivement ».

Le directeur des ressources humaines du ministère des Armées se montre favorable au renforcement du lien fonctionnel existant entre la sous-direction « études et politique des ressources humaines » et la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation « pour faciliter l'identification et la mise en œuvre des parcours professionnels répondant aux besoins du SSA et ainsi renforcer la gestion des ressources humaines et des compétences ».

Quant au directeur central du Service de santé des armées, tout en rappelant le caractère récent de l'organisation actuelle qu'il lui semble prématuré de remettre en cause, il laisse entendre qu'une entité formation serait identifiée et placée sous la tutelle du sous-directeur « études et politique des ressources humaines ».

2.3.1.2 Un périmètre de gestion incomplet

Les notions d'employeur et de gestionnaire au sein du ministère des Armées

En matière de ressources humaines, l'architecture budgétaire en vigueur au ministère des armées depuis le milieu des années 1990 a conduit à établir une distinction entre les employeurs et les gestionnaires :

³⁴ Sous-direction études et politique des ressources humaines.

³⁵ Instruction n°500021/ARM/DCSSA relative à l'organisation de la direction centrale du Service de santé des armées du 4 janvier 2022.

- la notion d'employeur renvoie à la structure organique (une armée, la DGA ou le SSA) employant, pour exercer son activité, des personnels qui peuvent relever directement de sa gestion, ou proviennent d'autres entités dont ils dépendent pour leur gestion et qui les lui affectent ;

- la notion de gestionnaire désigne l'entité dont dépend, sur le plan des actes de gestion, les personnels appartenant à des corps qui lui sont intrinsèquement affiliés (l'armée de Terre est gestionnaire des militaires « terriens », la DGA des corps de l'armement, et le SSA des corps médicaux militaires, etc.) ou qu'elle gère par délégation, et dont elle peut mettre certains à la disposition d'un employeur.

Pour être distinctes, ces deux notions se recouvrent donc dans la pratique puisqu'un employeur peut être également gestionnaire d'une partie (parfois très conséquente) des personnels qu'il emploie.

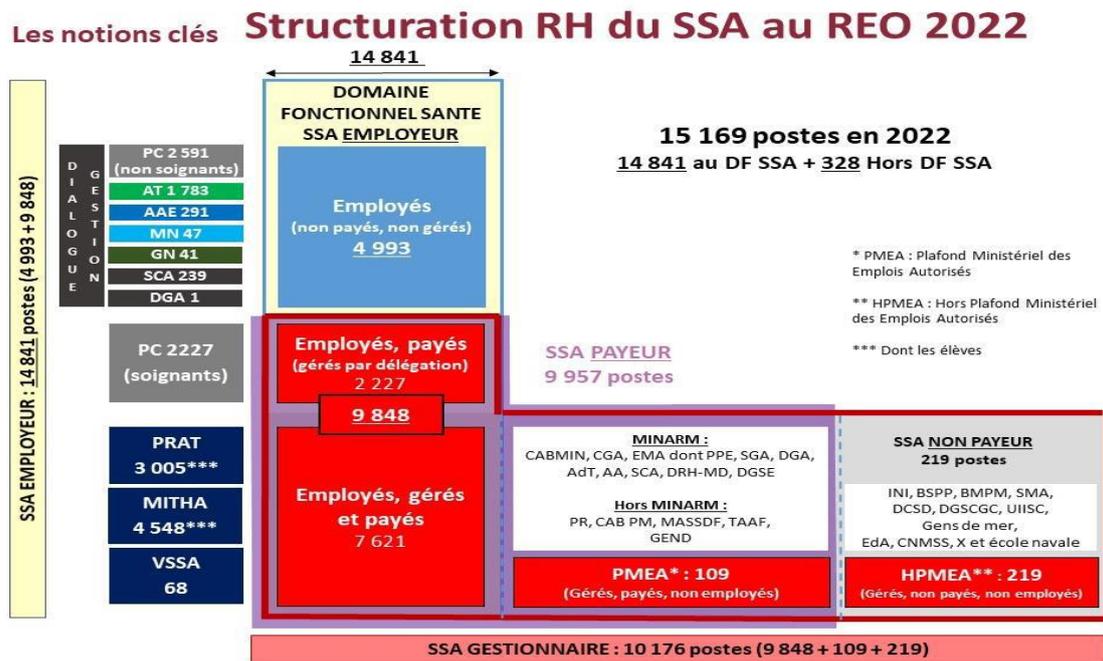
En tant qu'employeur, le SSA était pourvu, au titre du référentiel en organisation du ministère des Armées, de 14 841 postes en 2022.

En tant que gestionnaire, entraient dans son périmètre de gestion 10 176 agents, dont 7 949 personnels de santé de statut militaire relevant de sa gestion directe (praticiens, paramédicaux et périmédicaux) et 2 227 personnels civils dont la gestion lui a été pour partie déléguée. Sur les 7 949 agents appartenant aux corps dont il est gestionnaire, 318 étaient employés à l'extérieur du SSA, soit sous forme de mise à disposition sans compensation de rémunération (109), soit moyennant prise en charge de la rémunération par l'employeur extérieur (219). Autrement dit, le SSA n'est gestionnaire direct que de la moitié des personnels qui concourent à l'accomplissement de ses missions. On signalera que sur le segment des personnels civils, des difficultés se posent pour le Service de santé des armées en termes d'attractivité et de fidélisation.

En retour, le SSA bénéficiait d'une allocation de 4 993 postes à pourvoir en personnels civils ou militaires par d'autres employeurs (DRH du ministère des Armées – 2 591 personnels civils non soignants, armée de Terre – 1 783 auxiliaires de soin, Service du commissariat des armées – 239 agents, etc.). Pour ces personnels, le Service de santé des armées participe au dialogue de gestion entre les employeurs et les gestionnaires des ressources humaines sous le contrôle de la direction des ressources humaines du ministère des Armées³⁶. S'agissant de ces personnels, employés et non gérés par le SSA, si au premier semestre 2022, 96 % du volume global des postes alloués est pourvu, des disparités sont constatées avec des difficultés particulières relatives à l'armée de Terre, au Service du commissariat des armées et au service des ressources humaines civiles.

³⁶ Le Service de santé des armées participe *a contrario* en tant que gestionnaire au dialogue de gestion pour les 328 postes qu'il pourvoit hors du domaine fonctionnel santé.

Tableau n° 13 : Périmètres de gestion et d'emploi pour les personnels Service de santé des armées



Source : Service de santé des armées

2.3.1.3 Une gestion locale complexe et dispersée

La gestion locale des personnels diffère selon qu'il s'agit du personnel employé et géré par le Service de santé des armées ou du personnel géré principalement par le service des ressources humaines civiles.

Les services de gestion locale du Service de santé des armées, dénommés bureaux ou cellules du personnel ne sont plus subordonnés à la fonction ressources humaines depuis 2018 et dépendent des chefs des organismes d'emploi (hôpitaux ou centres médicaux des armées). Pour autant, les missions de proximité exercées par ces structures relèvent le plus souvent de l'information ou de la collation de données, tandis que leurs marges de manœuvre sur les sujets sensibles comme le recrutement sont très limitées, l'organisation du SSA demeurant relativement centralisée. Ces bureaux ou cellules souffrent en outre d'un déficit d'attractivité manifeste. Par exemple, au sein de l'hôpital d'instruction des armées Percy, sur 27 agents, six étaient en contrat à durée déterminée lors de la visite de la Cour.

Les compétences des bureaux et cellules du personnel

Assurer la gestion et l'administration de premier niveau des personnels civils et militaires d'active et de réserve du Service de santé des armées.

Assurer la notification des décisions individuelles auprès des personnels.

Assurer la transmission des données affectant la solde et de ses éléments variables vers la direction d'accompagnement et de gestion des ressources humaines et le centre expert des ressources humaines.

Assurer la chancellerie de proximité.

Mettre en œuvre et suivre les actions de formation des personnels civils et militaires de l'établissement.

Assurer l'information des personnels sur les règles de gestion durant les étapes de la carrière.

Assurer l'accompagnement administratif des personnels projetés et des projections.

En lien avec les formations d'emploi (bureaux et cellules du personnel), le centre expert des ressources humaines du SSA est l'opérateur principal de la gestion des militaires relevant des corps du Service de santé des armées, ainsi d'ailleurs que des commissaires d'ancrage « santé »³⁷ et des aumôniers des armées, à partir du système d'information ressources humaines *Arhmonie*, dans les domaines de l'administration du personnel, des droits financiers et de la pension.

S'agissant des personnels civils, il convient de distinguer les modalités de gestion des personnels civils de santé, d'une part, et des personnels administratifs et techniques d'autre part. Si ces derniers sont relèvent du centre ministériel de gestion territorial d'affectation de l'agent, les personnels paramédicaux sont tous gérés par le centre ministériel de gestion de St-Germain-en-Laye dont les observations définitives de la Cour sur le personnel civil du ministère des Armées³⁸ avaient rappelé les faibles performances, mais au sujet duquel la direction des ressources humaines du ministère des Armées a toutefois fait valoir qu'un effort de réorganisation a été opéré en 2022.

L'amélioration de la « chaîne ressources humaines » est un enjeu de gestion essentiel pour le Service de santé des armées qui reconnaît la nécessité de réinterroger toutes les procédures ressources humaines, qu'elles touchent au recrutement, à la formation, à l'administration, à la solde ou à la paie. Objectifs majeurs d'*Ambition 2030*, ce sont ainsi 70 processus et près de 180 actions qui seraient concernés.

2.3.1.4 Un dimensionnement et un coût de la fonction gestion des ressources humaines mal appréhendés

Sollicité d'évaluer le volume et le coût de sa fonction ressources humaines, le Service de santé des armées a produit des chiffrages sur un périmètre prenant en compte, d'une part, ce qu'elle qualifie de ressources humaines « socle », à savoir la sous-direction études et politique des ressources humaines de sa direction centrale, le département d'accompagnement et de gestion ressources humaines et le centre expert ressources humaines, et d'autre part, la gestion ressources humaines de proximité, à savoir les bureaux du personnel et les cellules du personnel de ses entités locales, notamment les hôpitaux d'instruction des armées et enfin les sections « appui administratif et chancellerie » des centres médicaux des armées, relais ressources humaines de la médecine des forces.

Les données communiquées sont les suivantes au 31 décembre 2021.

Tableau n° 14 : Personnel de la fonction « ressources humaines » du SSA

Postes réellement pourvus	SDEPRH - DAGRH – CERH	BP- CP	RH CMA - DIASS
OUI : 562	330	172	60
NON : 76	46	25	5
Taux d'armement	88%	87%	92%

Source : SSA.

³⁷ Dans le cadre d'une convention avec le service du commissariat des armées.

³⁸ Cour des comptes, observations définitives sur le personnel civil du ministère des armées, 2020.

Pour un référentiel en organisation calibré à 638 postes, les effectifs réels sont de 562 agents, soit un taux de vacance de 12 %, ce qui illustre les problèmes d'attractivité de ces fonctions. Pour autant, le ratio entre les effectifs prévus pour la fonction ressources humaines et les 10 176 agents gérés et payés par le SSA s'avère assez élevé (6,3 %). Quant au coût global de la fonction ressources humaines pour ce périmètre SSA *stricto sensu*, il a été chiffré à 20,57 M€ pour le personnel militaire et 16,78 M€ pour le personnel civil titulaire et contractuel, soit un total de 37,35 M€³⁹ à comparer à la masse salariale décaissée en 2021 sur ce même périmètre évaluée à 440,25 M€ et 543,75 M€ en incluant les versements au compte d'affectation spéciale *Pensions*. Cette estimation qui est proche des 10 % des coûts de personnel par rapport à la masse salariale totale s'explique par la part importante de personnels militaires de catégorie A affectés au sein du pôle sous-direction études et politique des ressources humaines/département d'accompagnement et de gestion des ressources humaines/centre expert ressources humaines⁴⁰, ce qui majore structurellement la dépense. Pour le personnel civil, au contraire, la catégorie C est prépondérante, notamment au plan local (bureaux et cellules du personnel)⁴¹.

Ces chiffrages sont partiels dans la mesure où l'évaluation du coût complet de la fonction ressources humaines supposerait que soient recensés les coûts afférents aux personnels que les autres entités gestionnaires du ministère des Armées allouent au SSA. On peut concevoir que cette difficulté à quantifier un tel coût complet vaut pour tous les employeurs du ministère des Armées du fait de la dichotomie qui a été institué entre ceux-ci et les gestionnaires des personnels selon leurs corps d'appartenance.

2.3.2 Le pilotage de la gestion des ressources humaines

2.3.2.1 Du repli avec SSA 2020 à une nouvelle impulsion avec *Ambition stratégique 2030*

Le modèle SSA 2020, adopté en octobre 2013, s'est inscrit dans un contexte de forte déflation des effectifs du Service de santé des armées, avec un objectif de 2 000 suppressions de postes (-12 %) prévu dans le cadre de la loi de programmation militaire 2014-2019. Ce modèle a aussi été caractérisé par la volonté de développer une « politique des talents » dans le but de constituer un vivier de personnels pour les postes à responsabilité. Il était aussi prévu de promouvoir le rôle de la réserve du SSA avec un objectif de 3 500 réservistes. La rénovation de l'organisation de la fonction ressources humaines figurait également parmi les objectifs poursuivis.

Durant toute cette période, SSA 2020 s'est donc inscrit dans un processus de contraction assumée qui a fait fondre les effectifs du service. Certes, après les attentats de 2015, la pente de déflation a été interrompue mais ses effets se sont en réalité prolongés jusqu'en 2019. Quant à

³⁹ Coût annuel, charges de pension comprises avec identification dans les référentiels en organisation des postes dévolus à la fonction ressources humaines, identification des personnels réellement affectés et valorisation des coûts en s'appuyant sur le mémento des coûts moyens.

⁴⁰ 7,2 M€ sur 14,2 M€ de dépenses de personnel militaire pour ces trois structures.

⁴¹ 10,74 M€ sur 16,7 M€ de dépenses de personnel civil pour le pôle central, les bureaux et cellules du personnel et les centres médicaux des armées.

l'organisation de la gestion des ressources humaines, près de dix ans plus tard, elle n'a toujours pas trouvé son point d'équilibre.

Le récent document *Ambition stratégique 2030* a entendu replacer les ressources humaines au cœur des préoccupations du SSA, lesquelles font l'objet d'une déclinaison autour de quatre axes : doter les armées d'une capacité de soins intégrée, réactive et permanente ; offrir aux soignants les conditions d'une carrière engagée ; garantir la réalisation de la mission dans la durée ; consolider et moderniser la chaîne ressources humaines.

Compte tenu des problèmes d'attractivité et de fidélisation auxquels le SSA est confronté dans ce domaine, il est prévu de mettre en place une politique des ressources humaines ambitieuse qui touche à tous les aspects du domaine (gouvernance, organisation, gestion, anticipation des besoins, valorisation des personnels et développement de leurs compétences, etc.). Dans cette perspective, trois chantiers sont lancés : une fonction ressources humaines repensée avec « *une gestion plus efficace et plus personnalisée [qui] doit permettre de répondre aux défis majeurs du recrutement, de la fidélisation et de la considération des personnels soignants* » (chantier 10), une politique des talents formalisée pour les postes à haute responsabilité (chantier 11) et la politique de parcours de formation et de parcours professionnels, « *complétée par une réflexion sur les dispositifs de rémunération* » (chantier 12).

Ces priorités sont réaffirmés dans les orientations stratégiques du directeur central du SSA pour 2022 au sein duquel le volet « *refonder la fonction et les processus RH du SSA* » évoque l'explicitation formalisée de la politique ressources humaines du service, les modalités de sa mise en œuvre notamment en terme de rémunération des soignants, la question du recrutement et de l'attractivité via les parcours professionnels des paramédicaux et les qualifications des praticiens, la définition de la politique de formation et de développement professionnel continu, ainsi que le renforcement des instances de dialogue social.

2.3.2.2 Une formalisation tardive et inachevée de la politique des ressources humaines

2.3.2.2.1 L'élaboration d'un document de référence en matière de politique des ressources humaines

Intitulé « *Soignants des armées 2030. Politique des ressources humaines du SSA* », le document fondateur de la politique des ressources humaine du SSA a été finalisé mi 2022.

Pour être au rendez-vous d'« *Ambition stratégique 2030* », c'est-à-dire, disposer de soignants des armées hautement qualifiés en nombre suffisant, garantir des parcours de carrière lisibles et différenciés, disposer d'un service d'administration et de gestion des ressources humaines performant, veiller au maintien de l'attractivité, quatre « *axes pour réussir* » sont définis.

Le premier axe est consacré à la formation initiale et continue, à l'intégration au milieu d'emploi privilégiant l'exercice au sein des forces en début de carrière. Y sont notamment prévus de poursuivre la hausse des recrutements et de refonder les chaires de l'école du Val-de-Grâce.

Le deuxième axe s'intitule « *offrir aux soignants les conditions d'une carrière engagée* ». Il s'agit de doter les cadres civils et militaires du SSA de compétences managériales et de connaissances dans le domaine de la gestion des ressources humaines, de parcours

professionnels passant par le repérage précoce des plus talentueux, mais aussi par le développement de perspectives de reconversion en cours de carrière. Sont ainsi évoqués la nécessité d'accroître la fluidité des passerelles avec la fonction publique hospitalière et l'attractivité pour les commissaires d'ancrage santé, les sous-officiers et militaires du rang et les personnels civils.

Le troisième axe aborde des sujets cruciaux en termes d'effectifs et de carrières. Il y est en effet indiqué que le SSA doit se doter, sur la base d'une cible claire, d'une trajectoire d'effectifs stabilisée afin de laisser le temps aux gestionnaires de générer les compétences demandées. Est à ce titre souligné la nécessité de prendre en compte les facteurs extérieurs tels que le « Ségur de la santé » dont les conséquences en termes d'exercice professionnel et d'équilibre entre les professions de santé sont appelées à être aussi importantes que durables.

Le quatrième axe est relatif à « *la rénovation complète des processus RH du SSA, rendus obsolètes par plusieurs transformations successives* », rénovation qui « *est impérative et devra s'achever en 2023* » : simplification, modernisation, clarification des rôles et des périmètres qui devront être suivis d'une période de stabilité pour permettre leur appropriation.

Pour conclure, la nécessité d'un nouvel environnement numérique des ressources humaines est soulignée. L'optimisation et la fiabilisation du système d'information ressources humaines du SSA sont une priorité, tandis qu'il importe de viser son intégration dans le futur système d'information des ressources humaines ministériel et par ailleurs d'homogénéiser les outils numériques permettant d'assurer, grâce à un système d'information dédié, ergonomique et pérenne, la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences.

2.3.2.2.2 La feuille de route de la transformation des ressources humaines est toujours attendue

Dans le sillage de ce document stratégique, doit être élaborée une feuille de route déclinant, sous forme de plans d'actions, les transformations qui en concrétiseront l'ambition.

À cet effet, sept axes ont été identifiés : la politique des ressources humaines, la professionnalisation de la fonction ressources humaines, la stabilisation et la communication de l'organisation de la fonction ressources humaines, l'outillage de la fonction ressources humaines, les services à l'agent, le pilotage renforcé de la fonction ressources humaines, la création d'une communauté ressources humaines et la communication ressources humaines.

Un premier projet de feuille de route a été présenté à la direction centrale du SSA et, sur cette base, les travaux se poursuivent avec l'objectif de finaliser cette transformation à l'été 2023.

L'effort a d'abord porté sur la remise à plat des processus de recrutement et des services RH de proximité. D'autres domaines ont requis plus de temps : il en est ainsi de la transformation digitale des ressources humaines tandis que la feuille de route « formation » demande une stabilisation de l'organisation de cette fonction. Le SSA également élaboré un nouveau modèle ressources humaines visant à retrouver de l'attractivité et de la fidélisation afin de réaliser son schéma d'emploi, lequel a reçu des avis favorables du comité de cohérence et de coordination des ressources humaines du 24 janvier 2023. Néanmoins, la direction des ressources humaines du ministère a demandé d'engager des travaux statutaires pour décliner ce modèle « *dont la mise en œuvre dépend de l'obtention du financement de mesures catégorielles nécessaires dès 2024* ». Si d'ores et déjà, quelques mesures concrètes ont été mises en place, dont l'augmentation des volumes d'élèves dans les écoles, il apparaît que la finalisation de la

feuille de route de la transformation RH ne pourra intervenir qu'à l'issue des travaux de définition des besoins opérationnels qui sont en cours.

Recommandation n°4 (état-major des armées, direction des ressources humaines du ministère des armées, Service de santé des armées) : Finaliser rapidement la réalisation de la feuille de route de la transformation des ressources humaines du Service de santé des armées.

2.3.2.3 Un dialogue social et une concertation militaire à renforcer

Eu égard au fait que le SSA dispose parmi ses effectifs de près d'un tiers de personnels civils, la nécessité d'un dialogue social nourri paraît essentielle surtout si l'on considère que les problèmes d'attractivité concernent particulièrement les personnels paramédicaux civils.

Mais les problématiques sociales tenant aux rémunérations et aux conditions de travail n'épargnent pas les personnels militaires, praticiens et MITHA. C'est ainsi que récemment, de vives tensions sociales ont vu le jour dans les hôpitaux d'instruction des armées, par exemple à l'hôpital Bégin, notamment au sujet de primes liées à la continuité du service médical. La transformation de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes de Lyon en antenne hospitalière et l'augmentation, parmi les personnels, des risques psycho-sociaux qui en ont résulté ont aujourd'hui une autre source interne de tensions.

Les orientations stratégiques du directeur central du Service de santé des armées pour 2022 comportent cependant des développements opportuns sur le renforcement des instances de dialogue social. Dans un contexte de fragilité du service et de transposition difficile et imparfaite des dispositifs Ségur, le raffermissement du dialogue social au SSA semble effectivement souhaitable.

2.4 Un outil de formation performant mais fragile

Centrée depuis les origines sur l'École du Val-de-Grâce, la formation au Service de santé des armées se caractérise par le principe du « double cursus », fondement de la bivalence des praticiens des armées : d'une part, un cursus académique médical complet débouchant sur un diplôme d'État identique à celui des étudiants civils, tant pour les médecins que pour les infirmiers des forces ; d'autre part, une formation militaire dispensée et sanctionnée par les écoles tout au long du cursus (formation initiale) et de la carrière (formation continue).

Cette formation initiale militaire dispensée aux élèves officiers (médecins, pharmaciens, vétérinaires et chirurgiens-dentistes) et sous-officiers (infirmiers) vise à intégrer les conditions en opérations de la pratique médicale, et à assurer ainsi une intégration optimale à la communauté militaire.

2.4.1 Des acteurs de la formation resserrés autour des Écoles du Val-de-Grâce et de Lyon-Bron

Considérée comme une des cinq composantes du SSA, la formation organisée autour des trois écoles du service revêt un caractère éminemment transversal, en irriguant les autres composantes⁴² et, au-delà, les forces dont elle reçoit les personnels en formation⁴³. Symétriquement, les praticiens affectés dans les différentes composantes du SSA contribuent très largement à l'effort de formation initiale et continue dispensée dans les écoles. Quant aux armées, elles fournissent – quoique de manière inégalement satisfaisante – des personnels de formation et d'encadrement au Service de santé des armées.

La composante formation du Service de santé des armées a connu en 2018 plusieurs réformes significatives : le regroupement de la formation des infirmiers militaires sur le site unique des écoles militaires de santé de Lyon-Bron, l'externalisation de la formation des infirmiers au secteur civil, et la création administrative d'une chaîne formation⁴⁴ avec à sa tête la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation.

Outre son lien organique avec les ressources humaines évoqué plus haut, le caractère éminemment transversal de la formation interroge le choix fait en 2018 d'ériger cette composante du SSA en « chaîne » verticalisée.

2.4.1.1 Le positionnement incertain de la direction de la formation de la recherche et de l'innovation

Cette direction de la formation, de la recherche et de l'innovation s'est vu confier entre autres tâches celle de définir la politique de formation du SSA. Elle est l'interlocuteur du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et des instances universitaires s'agissant des sujets académiques relatifs à la réforme des études en santé et à leur adaptation au SSA. La création de cette strate supplémentaire, intermédiaire entre la direction centrale et les écoles – particulièrement l'École du Val-de-Grâce –, n'en est pas moins ressentie comme source de pesanteur administrative. Il est vrai que, dans la situation antérieure, le directeur de l'École du Val-de-Grâce exerçait non seulement la tutelle sur le troisième cycle et sur la formation des infirmiers, mais était également directeur de l'enseignement et de la formation du SSA, en relation avec un bureau situé au sein de la sous-direction des ressources humaines – laquelle n'exerçait en réalité aucune autorité en matière de formation.

Le sentiment de dépossession a été accentué par la migration en totalité du bureau des concours de l'École du Val-de-Grâce vers la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation. À quoi se sont ajoutés, d'une part, le retrait, au bénéfice de la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation, du siège, naguère dévolu au directeur de l'École du Val-de-Grâce, de représentant de son établissement au sein de la conférence des doyens des

⁴² La chaîne d'emploi médecine des forces recrute 80 % d'une promotion sortie de l'École du Val-de-Grâce. Les 20 % restants se spécialisent dans les hôpitaux d'instruction des armées. La composante recherche accueille de temps à autre quelques élèves sortants (voire aucun, certaines années).

⁴³ Principalement les auxiliaires de santé des trois armées, mais aussi la brigade de sapeurs-pompiers de Paris.

⁴⁴ Chaîne qui englobe également la composante recherche-innovation.

facultés de médecine⁴⁵, et, d'autre part, le fait que la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation, tutelle des écoles, ne soit pas pour autant le référent national formation pour le Service de santé des armées (rôle dévolu à la sous-direction des politiques des ressources humaines).

2.4.1.2 L'École du Val-de-Grâce, fleuron historique de la formation médicale aux armées

L'École du Val-de-Grâce a pour rôle de fédérer l'enseignement et la formation médico-militaires des différents personnels du Service de santé des armées en lien étroit avec les universités. Elle poursuit et complète la formation militaire dispensée en premier et deuxième cycle des études de médecine et pharmacie de l'École militaire de santé située à Lyon-Bron (cf infra 2.4.1.4). Elle accompagne la formation des internes des hôpitaux des armées et élèves-pharmaciens en 3^e cycle d'études militaires lors des trois à six ans que dure leur spécialité. Elle assure la formation continue des personnels du Service de santé des armées, perpétuant ainsi son rôle de point d'arrimage pour le maintien des connaissances en médecine appliquée aux armées tout au long de la carrière.

Un établissement plurisécularaire

Il existait dès la création d'un hôpital militaire d'instruction, en 1796, une école de formation des jeunes médecins et pharmaciens militaires ainsi qu'un corps professoral, formant l'École du Val de Grâce. Structurée en tant qu'école d'application de médecine et pharmacie militaire en 1850, elle a acquis en 1975 sa pleine autonomie par rapport aux hôpitaux d'instruction des armées. À la suite d'une profonde réorganisation en 2005, elle a intégré la conférence des grandes écoles. Depuis la fermeture de l'hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce en 2016, elle est la seule entité du SSA dépositaire de l'appellation Val-de-Grâce.

Au sein de l'École du Val-de-Grâce, quatre départements assurent les tâches pédagogiques :

- Le département de la formation initiale spécialisée coordonne l'affectation des internes dans les hôpitaux, leur rattachement universitaire dans les unités de formation et de recherche de médecine proches de ceux-ci, et la formation complémentaire adaptée à la médecine aux armées ;
- Le département de la formation des personnels non médicaux supervise la formation complémentaire et d'adaptation à l'emploi du personnel paramédical, dont les infirmiers anesthésistes et ceux de bloc opératoire ;
- Le département du développement professionnel continu organise la formation continue et les formations d'adaptation à l'emploi de tous les personnels du Service de santé des armées (d'active et de réserve) ainsi que quelques personnels de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, du SAMU, et des stagiaires étrangers. L'école du Val-de-Grâce est l'unique organisme de développement professionnel continu⁴⁶ du

⁴⁵ La conférence des doyens, composée de « 36 doyens ainsi que du médecin-général du Val-de-Grâce » (site internet de la conférence des grandes écoles), garantit la qualité et le bon fonctionnement de l'enseignement médical, qu'il s'agisse de la formation initiale ou continue. Le directeur de l'École du Val-de-Grâce, médecin-général agrégé du Val-de-Grâce, est de nouveau associé à cette instance depuis septembre 2022.

⁴⁶ Mis en place en 2009, le développement professionnel continu a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des pratiques pour les professionnels de santé.

ministère, habilité à ce titre à délivrer des formations conformément aux exigences réglementaires du ministère de la santé.

- Le département de la préparation milieu et opérationnelle conçoit et met en œuvre les actions de formation spécifiques aux différents milieux d'exercice des stagiaires (praticiens, para et péri-médicaux et commissaires d'ancrage santé), ainsi que des formations de préparation opérationnelle aux opérations extérieures qui prennent une place croissante dans les formations dispensées.

L'École a recours à 900 enseignants environ, civils et militaires, dont une centaine de professeurs agrégés autour de dix chaires d'enseignement⁴⁷ centrées sur les problématiques spécifiques de la médecine et de la chirurgie militaires. Elle est dotée d'un budget annuel de 5 M€, correctement dimensionné. En revanche, la nécessité d'un nouvel environnement numérique, déjà relevée, se fait ici particulièrement sentir, s'agissant du suivi des quelque 2 500 stagiaires qu'elle accueille chaque année.

2.4.1.3 Les écoles militaires de santé de Lyon-Bron sont chargées de la formation initiale des élèves médecins et infirmiers

Implantées sur un terrain de 30 hectares situé à Bron (banlieue lyonnaise) et dotées de toutes les installations d'un campus universitaire, les écoles militaires de santé de Lyon-Bron regroupent l'École de santé des armées, qui forme les élèves officiers praticiens, et l'École du personnel paramédical des armées, qui forme les élèves sous-officiers infirmiers. Elles sont les seules écoles à réunir la formation des deux catégories sur un même site et à débiter la formation d'officiers immédiatement après le baccalauréat. Elles comptent, en 2022, 943 élèves dont 54 % de sexe féminin.

Le site de ces écoles dépend du groupement de soutien de la base de défense de Lyon et les activités de formation sont financées par un budget annuel de 4 M€, attribué par la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation. Sujet de préoccupation des écoles, les infrastructures sportives sont vieillissantes : le stade est très dégradé et les bâtiments d'entraînement vétustes, sans qu'aucun crédit ne soit à ce jour prévu par la base de défense pour y remédier.

2.4.1.3.1 L'École de santé des armées

Créée officiellement en 2011 à la suite de la fusion des écoles du Service de santé des armées de Lyon-Bron et de Bordeaux (École de santé navale), l'École de santé des armées est l'unique école de formation initiale des futurs médecins (ainsi que des pharmaciens, vétérinaires et dentistes⁴⁸) des armées. À l'issue d'un concours spécifique ouvert à des élèves de 16 à 23 ans, ceux-ci sont à la fois étudiants en médecine ou en pharmacie durant six années à l'Université Lyon 1, et élèves-officiers praticiens en première année puis élèves-médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens dès la deuxième année. Ils suivent par conséquent la même formation et passent les mêmes examens que leurs camarades civils, auxquels s'ajoute la formation militaire dispensée par l'École de santé des armées. Les élèves sont rémunérés en

⁴⁷ Parmi ces chaires : chirurgie de guerre, traumatisme physique de guerre, risque NRBC, médecine d'aptitude...

⁴⁸ Ces deux dernières catégories en nombre très réduit.

moyenne 1 474 € par mois. Une fois passé leur internat, les élèves sont envoyés à l'École du Val-de-Grâce pour suivre le troisième cycle de formation, la formation complémentaire et la formation spécifique milieu (infra), à l'issue de quoi, devenus médecins des armées, 80 % d'entre eux seront projetés en opérations extérieures dans les deux premières années de leur carrière.

2.4.1.3.2 L'École du personnel paramédical des armées

Elle est l'unique école de formation militaire des élèves infirmiers, depuis la fermeture en 2018 et le transfert à Bron de l'ex-École du personnel paramédical des armées de Toulon, école de sous-officier et institut de formation⁴⁹, dont les promotions avoisinaient les 110-120 infirmiers militaires par an⁵⁰.

Recrutés sur concours spécifique, les élèves de l'École du personnel paramédical des armées de Bron sont formés en trois années par les instituts de formation de soins infirmiers (IFSI) de Lyon, partenaires civils de l'École, en vue d'obtenir le diplôme d'État d'infirmier.⁵¹ Si les instituts de formation de Lyon reconnaissent la qualité du recrutement et l'assiduité des élèves de cette école, leur dialogue avec celle-ci prend parfois un tour un peu complexe en ce qui concerne la recherche de stages infirmiers pour lesquels la concurrence est rude⁵².

La quatrième année est effectuée en principe au sein d'une école de sous-officier⁵³ pour y obtenir le grade de sergent. Il s'avère que les élèves sont parfois privés de ce complément de formation, lorsque les besoins de projection en opérations extérieures se font pressants. Pour autant, celui-ci ne saurait être par trop négligé, les capacités d'encadrement qu'il permet de développer étant indispensables à l'exercice du métier d'infirmier militaire.

2.4.1.3.3 La faiblesse de l'encadrement a conduit à des déviances comportementales et des situations de harcèlement

Les écoles militaires de santé de Lyon-Bron apparaissent comparativement très sous-dotées, s'agissant de l'encadrement d'élèves appelés pourtant à servir au bénéfice des différentes armées. En dehors des épisodes de formation où le taux d'encadrement *ad hoc* remonte ponctuellement, les élèves sont pour beaucoup livrés à eux-mêmes, comme le confirme la direction des écoles. Or la plupart sont très jeunes (certains encore mineurs à l'École du personnel paramédical des armées), au sein de promotions hétérogènes comportant bacheliers, militaires du rang et légionnaires. Il en est résulté des dérives dont certaines assimilables à du harcèlement à caractère moral et sexuel. Ces dérives ont été signalées au parquet par la direction

⁴⁹ La formation était alors dispensée par 54 cadres du SSA (chiffre 2015), dont environ 50 ont été « rendus » à l'occasion de ce regroupement, un des effets attendus de SSA 2020.

⁵⁰ La moyenne actuelle à l'École du personnel paramédical des armées de Bron est de 70 élèves par an.

⁵¹ Les infirmiers d'État en soins généraux (IDE) issus de l'École du personnel paramédical des armées représentent 98% des infirmiers affectés dans les forces, avec vocation à y servir en rôle 1. Pour mémoire, les spécialités paramédicales qui constituent les MITHA et servent pour la plupart en hôpital d'instruction des armées, sont quant à elles recrutées sur titre et non pas formées à l'École du personnel paramédical des armées.

⁵² L'École du personnel paramédical des armées de Bron n'a d'ailleurs pas le droit, par convention avec les IFSI, de chercher des stages pour ses élèves dans les établissements de la région Auvergne Rhône-Alpes. Elle a en revanche conservé des liens privilégiés avec les organismes de soin en région PACA.

⁵³ Saint-Maixent, Rochefort ou Metz.

et un des dossiers a débouché sur des sanctions pénales. Ces dysfonctionnements sont tous attribués par la direction des écoles à la défaillance quantitative et qualitative d'encadrement professionnel.

Des écoles militaires de santé comparativement sous-encadrées

L'effectif des élèves aux écoles militaires de santé de Lyon-Bron va croissant, passant de 943 en juin 2022 à 987 à la rentrée de septembre 2022 et estimé à 1040 à la rentrée 2023. Au regard de cette fréquentation, le référentiel en organisation théorique prévoit 115 postes pour l'encadrement des élèves dont 12 ne sont pas honorés. Cet encadrement, complété par trois personnes « hors REO » fournies par le SSA pour compenser notamment les postes non pourvus par l'armée de Terre, s'élève à 106 personnes. Il se décompose comme suit : 19 officiers, 45 sous-officiers, 7 militaires du rang, 35 civils (dont 11 professeurs détachés de l'Éducation nationale). Le taux d'encadrement aux écoles militaires de santé de Lyon-Bron s'élève donc à un cadre pour 9,3 élèves et devrait passer en septembre 2023 à un pour 9,5 élèves, dans l'hypothèse la plus favorable, celle où une demande de deux postes supplémentaires au référentiel en organisation 2023 serait validée et surtout honorée avant la rentrée 2023.

À l'Académie militaire de Saint-Cyr Coëtquidan le millier d'élèves officiers et aspirants présents en permanence sur le site sont encadrés par 560 personnes dont 410 militaires, soit un cadre pour moins de deux élèves. L'École navale, quant à elle, affichait dans son rapport d'activité de 2014 un taux élèves/enseignants de 2,3 tandis que l'École de l'air et de l'espace décrit dans son rapport de 2021 une fréquentation de 700 élèves soutenus par 278 équivalents temps plein soit un taux d'encadrement de un pour 2,5 élèves.

Cette carence d'encadrement est largement due au partenariat insatisfaisant, sur ce chapitre, avec les armées censées pourvoir un certain nombre de postes. Le sujet figure à l'ordre du jour du difficile dialogue de gestion avec celles-ci sur les besoins du SSA-employeur. Du côté des armées, l'état-major des armées indique avoir demandé aux majors généraux d'armées de pourvoir prioritairement les postes des services interarmées, et ceci en suivant les priorités fixées par chacun. Mais il n'en fait pas moins observer que le Service de santé des armées a classé en priorité 3 le pourvoi des postes d'encadrement en école. De son côté, tout en soulignant que ces postes d'encadrement sont une condition pour réussir l'augmentation du recrutement des praticiens militaires et des MITHA, et qu'il est tributaire sur ce point des politiques des gestionnaires d'armées, le SSA semble ne pas avoir mis ses priorités de recrutement en adéquation avec des besoins pourtant fondamentaux pour sa stratégie d'attractivité. Des mesures correctrices s'imposent donc, s'agissant de l'armement en ressources humaines de la filière formation et tout particulièrement de l'encadrement d'un public aussi sensible que les jeunes recrues des écoles du Service de santé des armées.

Recommandation n°5 (état-major des armées, Service de santé des armées) : Assurer, en effectifs et en qualité, le niveau d'encadrement requis au sein des écoles militaires de santé.

2.4.2 Des effets d'attrition à plusieurs étapes de la scolarité

2.4.2.1 Une baisse tendancielle préoccupante des candidatures dans les deux écoles, singulièrement marquée à l'École du personnel paramédical des armées

Dans le contexte de la révision générale des politiques publiques, les effectifs des promotions de l'École de santé des armées n'ont cessé de décroître entre 2010 et 2016, passant de 145 à 103 élèves. Le SSA s'efforce désormais de corriger la tendance par une augmentation des postes ouverts au recrutement de niveau Bac (125 postes ouverts en 2022).

Dans le même temps, le ratio du nombre de candidats par poste ouvert a décliné de 19,5 candidats en 2018, à 15,7 en 2021 et 2022. Cette décline n'est pas (ou pas encore) attribuable à l'effet mécanique de l'augmentation des postes ouverts, mais traduit surtout la baisse continue du nombre de candidats (- 20 % entre 2018 et 2021), avec un léger rétablissement observé en 2022 (+ 8 % de candidats par rapport à 2021). La direction de la formation, de la recherche et de l'innovation souligne que ces données doivent être replacées dans le contexte global du nombre de places offertes et du nombre de candidats présents pour les concours civils⁵⁴.

Les chiffres de candidatures à l'École du personnel paramédical des armées ont connu une chute spectaculaire de - 54 % entre 2018 et 2022. La direction de la formation, de la recherche et de l'innovation attribue cette chute à l'effet d'éviction induit par l'augmentation du nombre de places en instituts de formation aux soins infirmiers, passé de 30 921 en 2018 à 36 904 en 2022, une croissance jamais constatée dans aucune autre filière. On notera cependant que le taux d'attrition des effectifs à l'École du personnel paramédical des armées est négligeable une fois le cursus démarré, compensant partiellement la décline des candidatures, ce qui n'est absolument pas le cas des effectifs de l'École de santé des armées.

2.4.2.2 Une fonte des effectifs à l'École de santé des armées au fil du cursus, due à la sélectivité des concours et examens, ainsi qu'à des démissions en fin de 2^e cycle.

L'attrition constatée sur les six premières années d'études des promotions 2010 à 2016 s'élève en moyenne à un tiers de chaque promotion. Les causes en sont attribuables, en premier lieu, aux échecs au concours de 1^{ère} année et au concours de validation du 2^e cycle (examen de classement national - ECN) en raison d'insuffisances universitaires, même après redoublement éventuel de la 6^e année⁵⁵.

En second lieu, des demandes de radiation ou démissions interviennent en fin de 2^e cycle. Sur un total de 120 démissions demandées entre 2017 et 2022, 78 % concernaient les aspirants de 5^e et 6^e années (respectivement 41 et 53 demandes). En effet, la note obtenue à l'examen de classement national influe sur le choix de poste de 3^e cycle, qu'il s'agisse de la filière ou de la localisation. Or les études de médecine militaire se caractérisent par l'étroitesse

⁵⁴ Entre 2018 et 2021 le nombre de places en médecine pour les études civiles est passé de 8 552 à 10 675, soit près de 20 % d'augmentation, créant un appel d'air auprès des bacheliers au bénéfice des études civiles de médecine.

⁵⁵ Ce redoublement est presque toujours accepté par le conseil d'instruction.

du choix de spécialités médicales offertes aux armées, par rapport au large éventail de celui qui est ouvert aux futurs médecins civils. La cause majoritairement invoquée par les aspirants qui démissionnent est le souhait d'une spécialité non offerte sur la liste du SSA. Ceux-là présentent leur démission sans attendre le verdict des examens de classement national, et parfois dès la 5^e année. La rupture de leur contrat d'engagement initial à servir (21 ans pour un généraliste, 27 ans pour un spécialiste⁵⁶) s'accompagne du remboursement à l'État des années d'études accomplies (environ 20 000 € par année passée à l'École et 8 500 € pour la 1^{ère} année).

2.4.3 Un effort d'adaptation continu à la réforme des études de santé

La réforme des études en santé, toujours en cours, entraîne un profond remaniement tant organisationnel que pédagogique des études médicales⁵⁷. Elle impose à l'École de santé des armées tout comme aux hôpitaux militaires une adaptation à ses nouveaux impératifs, qui soit compatible avec la mise à disposition des forces de personnels aptes à répondre aux contraintes d'un exercice spécifique à l'environnement militaire, notamment opérationnel. À travers sa présence active au sein des instances civiles compétentes⁵⁸ dont le blanc-seing final est requis, le SSA veille en continu à cet ajustement, comme en témoigne l'introduction de l'enseignement de la médecine de guerre dans le 3^e cycle à l'université. En dépit de ce dialogue constant, le Service de santé des armées constate avec inquiétude une divergence croissante entre une médecine civile tournée vers une pratique urbaine de plus en plus spécialisée et dépendante de la technologie, et une pratique médico-militaire de premier recours et d'urgence, qui suppose agilité et aptitude tout-terrain.

2.4.3.1 Reporter de plusieurs années le choix de spécialisation pour les élèves médecins militaires

Jusqu'en 2022, c'est un « choix d'amphi » qui, pour les aspirants ayant passé les épreuves classantes nationales, présidait à leur affectation, en amont de leur arrivée à l'école du Val-de-Grâce, sur les postes de spécialisation de 3^e cycle ouverts dans les hôpitaux des armées et les facultés auxquelles ils sont rattachés.

En pratique, 80 % des aspirants étaient ainsi orientés vers la médecine générale, celle-ci ayant été érigée en spécialité en 2004 et couvrant une période de trois années d'études, ce qui fait d'elle la spécialisation la plus courte. Acquis à travers les enseignements complémentaires réalisés à l'École du Val-de-Grâce et les brevets d'adaptation aux différents milieux, elle présente l'intérêt d'offrir au médecin militaire en début d'exercice les meilleures conditions d'aguerrissement à la polyvalence et aux savoir-faire très spécifiques de la médecine en univers

⁵⁶ Soit le double du temps de la formation en 1^{er} et 2^e cycle augmenté du triple du temps passé dans le corps des internes des hôpitaux. La durée des études est comprise dans le temps d'engagement.

⁵⁷ Ces réformes concernent les modalités de recrutement dans les filières de santé (effets en 2022), la réorganisation du 2^e cycle en vue de l'accès au 3^e cycle (mis en œuvre complète en 2023), les parcours du 3^e cycle (décret de 2017 avec période transitoire).

⁵⁸ Telles que la commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie, pour le 3^e cycle, supervisée par les ministères des Affaires sociales, de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

militaire (médecine d'expertise et ambulatoire dans les forces, médecine de guerre en opérations extérieures).

Les enjeux de la réforme du 2^e cycle d'études médicales et des épreuves de classement national

À l'heure actuelle, l'accès en 3^e cycle nécessite en fin de 6^e année la validation du 2^e cycle et le classement aux épreuves classantes nationales (ECN), prélude à l'internat, qui se déroulent sur tablettes électroniques. Le rang obtenu permet au candidat de choisir sa spécialité et sa subdivision, en qualité d'interne.

La réforme du deuxième cycle, officialisée fin décembre 2021 par décret et arrêtés ministériels, remplace les ECN par les épreuves dématérialisées (ED) à partir de 2023. Celles-ci comporteront un ensemble de connaissances à maîtriser, hiérarchisées et pondérées différemment en fonction de la spécialité convoitée par l'externe.

Les épreuves dématérialisées seront suivies par des examens cliniques, accessibles si l'étudiant a obtenu un minimum de 14/20 aux épreuves dématérialisées et devant permettre d'apprécier l'aptitude clinique des futurs médecins dans des situations en contexte authentique.

Le choix de la spécialisation ne résultera donc plus du seul résultat aux épreuves dématérialisées, mais d'une procédure au cours de laquelle tous les étudiants seront classés et obtiendront une spécialité, reposant sur trois piliers : les connaissances évaluées par épreuves dématérialisées, les compétences cliniques évaluées par examens cliniques objectifs et structurés en fin de 6^e année, le parcours et le projet professionnel de l'étudiant.

Après validation des autorités universitaires, le Service de santé des armées a arrêté en novembre 2021 son choix d'orienter tous ses étudiants de 6^e année exclusivement vers des études de médecine générale, suivies de trois années obligatoires d'exercice dans les forces, réservant l'accès aux spécialités hospitalières à la voie de l'assistantat. C'est seulement à l'issue de ces trois années d'exercice dans les forces que le praticien généraliste aura la faculté de tenter un diplôme d'études spécialisées dans une spécialité hospitalière, à la condition de réussir le concours de l'assistantat, interne à l'École du Val-de-Grâce.

Le Service de santé des armées pourra espérer de cette réforme un volume accru des praticiens immédiatement opérationnels dans les forces, ainsi qu'une meilleure préparation de ces praticiens à leur spécialisation future. À plus court terme, il peut aussi en attendre la réduction des demandes de démissions en fin de 2^e cycle, puisque tous les aspirants se sauront voués dans un premier temps à la pratique de la médecine générale sans appréhender prématurément un échec dans la spécialité de leur choix. Sur ce dernier point, cependant, le risque est de voir certains aspirants rechigner à s'engager dans un cursus obligatoire qui retarderait le moment d'une spécialisation à laquelle ils se préparent de longue date.

Ce paramètre d'un ralentissement de la carrière est d'autant plus présent à l'esprit des aspirants que certains d'entre eux considèrent une reconversion ultérieure dans le secteur civil comme une option sérieuse⁵⁹ ; il ne doit donc pas être sous-estimé. Il pourrait se faire encore plus pesant avec l'adjonction, décidée en 2022, d'une année d'étude de médecine générale liée à la formation spécialisée transversale (voir infra), obligatoire pour les internes des hôpitaux des armées.

⁵⁹ Et d'ailleurs fréquemment exercée.

2.4.3.2 Faire entrer à l'université les formations spécialisées transversales à la médecine de guerre

La réforme du 3^e cycle engagée par les tutelles universitaires érige le diplôme d'études spécialisées (DES) en condition exclusive pour exercer une spécialité. Ainsi un DES de médecine d'urgence a-t-il été récemment créé, qui se substitue à toute autre voie de spécialisation universitaire telle que la capacité de médecine d'urgence, que passaient les étudiants médecins militaires pour consolider le volet « urgence » de leur formation de généraliste⁶⁰. La réforme crée de surcroît les formations spécialisées transversales, option commune à plusieurs spécialités, qui ouvrent la possibilité de se surspécialiser et de pratiquer ce complément de spécialisation dans le (seul) cadre du DES poursuivi. Elles induisent un allongement de la durée des études pour les DES inférieurs ou égaux à 4 ans.

Ce contexte de spécialisation précoce des études de médecine a conduit le Service de santé des armées à réinterroger ses propres attentes s'agissant des missions d'un médecin militaire des forces. Après examen, la direction centrale a conclu qu'un médecin militaire était prioritairement généraliste, et en second lieu praticien de la médecine d'urgence, composante de la médecine de guerre, une discipline qu'il exercera certes plus rarement mais où sa performance devra être optimale.

Pour obtenir la prise en compte de ce double besoin dans le cadre des études de médecine, le Service de santé des armées, représenté par la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation, a convaincu le ministère de la santé de l'utilité d'une formation, en 3^e cycle, à la médecine de guerre. Le résultat de ces négociations est la création, en mai 2022, de la formation spécialisée transversale dénommée « médecine en situation de guerre ou en situations sanitaires exceptionnelles ». Théoriquement ouverte aux étudiants de plusieurs diplômes d'études spécialisées, cette formation spécialisée transversale a été réservée, pour sa première année de mise en œuvre et par décision des unités de formation et de recherche de médecine, aux internes de l'école du Val-de-Grâce ayant validé leur 2^e année de diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

La formation spécialisée transversale sera obligatoire pour ces internes de l'école du Val-de-Grâce⁶¹ et augmentera d'une 4^e année leur parcours de 3^e cycle. Le choix a été fait par la direction centrale de basculer l'ensemble d'une promotion dans ce nouveau cursus, occasionnant une année blanche en termes de sortie de promotion pour la médecine des forces⁶². Ce passage de trois à quatre ans du diplôme d'études spécialisées d'études de médecine générale aura donc pour effet de reporter à 2025 la sortie de la promotion attendue en 2024, ce qui obligera le SSA à solliciter ses différentes composantes pour atténuer l'impact de cette année blanche sur les effectifs de la médecine des forces.

Il reste que cette formation spécialisée transversale permettra d'accroître l'employabilité des élèves dès la sortie d'école, conformément à la doctrine de préparation à la haute intensité et aux attentes de la direction de la médecine des forces, sans plus passer par le stage de mise en condition de survie du blessé de guerre, la brique élémentaire de la préparation opérationnelle (examinée *infra*). La formation spécialisée transversale comportera en effet des

⁶⁰ Toujours complétée par la préparation opérationnelle dispensée par l'école du Val-de-Grâce, en préparation à une projection en opérations extérieures.

⁶¹ Alors que les formations spécialisées transversales sont optionnelles pour les étudiants civils.

⁶² L'alternative d'un étalement de ces formations spécialisées transversales, à raison de 25 % par an et par promotion, a été rejetée en raison du déséquilibre qui aurait ainsi créé entre les promotions.

stages de réanimation, des exercices de mise en situation, dont l'organisation incombera aux capacités de préparation opérationnelle de l'École du Val-de-Grâce, déjà soumises à de fortes tensions. La question du partage du fardeau des moyens de formation se posera, d'ici quelques années, en cas de succès de cette formation spécialisée transversale auprès des étudiants du secteur civil, lorsqu'elle leur sera ouverte.

Cette formation spécialisée transversale devrait donc aussi donner naissance, à moyen terme, à un vivier de praticiens civils susceptibles de prendre le relais des militaires en cas d'afflux massif de victimes de blessures par armes de guerre ou de crise sanitaire. Les attentats de 2015 et 2016, la crise du covid et la situation sécuritaire en Europe n'ont pas été étrangers à cette prise en compte notable des besoins du SSA par les instances universitaires, besoins auxquels le secteur hospitalier civil se sait immanquablement confronté.

2.4.4 La préparation opérationnelle, calibrée depuis trente ans pour les opérations extérieures, doit se hisser à la hauteur du défi de la haute intensité

Fondée sur le principe, énoncé dès 1870, selon lequel toute mort évitable au combat doit être évitée, la préparation opérationnelle⁶³ est destinée à la mise en condition des personnels en vue de leur projection en opérations extérieures. Considérée comme une modalité particulière de la formation continue, dont elle contribue à alimenter le catalogue de stages, elle fait également partie intégrante de la formation militaire initiale des élèves.

Ses formations-phares gravitent autour de la notion de sauvetage au combat (SC). C'est l'embuscade d'Uzbin (Afghanistan) du 18 août 2008⁶⁴, où la situation tactique n'a pas permis à l'équipe médicale de se rendre rapidement sur place, qui a accéléré la généralisation de cette formation au sauvetage au combat au-delà des personnels du SSA et des auxiliaires sanitaires. Le sauvetage au combat est enseigné selon trois niveaux d'apprentissage et mis en pratique durant les exercices MEDICHOS (médicalisation en milieu hostile) en camp de manœuvre (voir annexe n°6).

Durant les dernières décennies, les opérations extérieures ont rythmé l'évolution de la formation dispensée à cet effet par le SSA. Compte tenu de l'asymétrie des affrontements, qui laissait entrevoir un nombre réduit de morts et de blessés graves⁶⁵ traités par des moyens suffisants en nombre et qualité, la préparation opérationnelle de ces forces expéditionnaires⁶⁶ s'est caractérisée par une approche modulaire, presque sur-mesure, en adéquation fine avec les besoins exprimés par les forces, au bénéfice d'un nombre relativement restreint de stagiaires.

Face au défi de l'hypothèse d'engagement majeur, la préparation opérationnelle devrait voir son rôle systématiquement adapté aux évolutions de la conflictualité, et ceci dès les stades les plus précoces de la formation.

⁶³ Ou formation opérationnelle.

⁶⁴ 10 morts et 21 blessés.

⁶⁵ En 2013 et 2017 dans la bande sahélo-saharienne : 183 blessés au combat dont 18 morts de leurs blessures (chiffres SSA).

⁶⁶ Selon l'expression du précédent chef d'état-major des armées, reprise par son successeur lors d'une audition le 13 juillet 2022 devant l'Assemblée Nationale : « *notre capacité à être une force expéditionnaire ne nous rend pas instantanément aptes à conduire une guerre de haute intensité* ».

2.4.4.1 La préparation opérationnelle repose sur des outils en tension

Le département de la préparation milieu et opérationnelle, un des quatre départements pédagogiques de l'école du Val-de-Grâce, dispose de six sites différents en métropole répartis en quatre centres :

- Le centre de formation opérationnelle santé, tourné vers le milieu « terre » : créé en 2012 et situé sur le camp d'entraînement de la Valbonne (Ain), il est consacré à la formation « milieu terre » de stagiaires en provenance du SSA, des trois armées, de la réserve et du ministère de l'Intérieur. Il forme les auxiliaires sanitaires de l'armée de Terre, dispense des agréments de formateurs, le diplôme de formation d'auxiliaire ambulancier aux armées, ainsi que le recyclage annuel obligatoire de la formation des équipes chirurgicales des antennes projetables. Doté d'un effectif théorique de 64 personnes (réalisé à 58 personnes) pour organiser 15 000 journées stagiaires annuelles, ce centre est dépendant à 70 % de l'armée de Terre pour la fourniture de formateurs et de soutiens dans ses stages (hormis ceux pour lesquels il détient la ressource en interne : SC2 et ambulanciers militaires). Mais faute de formateurs disponibles, des stages doivent être parfois annulés, alors que l'armée de Terre constitue l'utilisateur ultra-majoritaire de ces formations.
- Le centre de formation de médecine aéronautique, situé sur le site de l'hôpital d'instruction des armées Percy, au sein du centre principal d'expertise médicale du personnel navigant, est en charge de la formation en médecine aéronautique au profit des médecins et infirmiers du Service de santé des armées affectés dans des unités support de l'aéronautique de défense ;
- Le centre de formation de médecine navale, implanté sur le site de l'ancien hôpital Sainte-Anne à Toulon, prépare les infirmiers et les médecins à leurs futures fonctions à bord d'un navire de guerre.
- Le centre d'enseignement de simulation de médecine opérationnelle prépare les praticiens et infirmiers du SSA à leur projection en opération extérieure. Il dispense le niveau avancé (SC3) des formations au sauvetage au combat. Il recourt à des techniques de simulation⁶⁷, travaux pratiques, contacts vidéo avec les équipes projetées, scénarios, debriefings.

Il comporte un échelon central situé à l'École du Val-de-Grâce et quatre antennes : Paris, Toulon, Bordeaux et Lyon. Les plus grandes incertitudes pèsent sur le devenir de ces deux dernières. Chaque antenne est théoriquement animée par un effectif pluridisciplinaire composé d'un médecin, deux infirmiers et un aide-soignant technicien-logisticien. En réalité il manque trois praticiens sur les quatre prévus au référentiel en organisation du centre d'enseignement de simulation de médecine opérationnelle.

En l'état actuel des effectifs, la réalisation des formations dépend pour l'essentiel de praticiens non affectés à l'École et ponctuellement appelés en renfort, en provenance des grands employeurs du service ou insérés dans le secteur hospitalier civil. Cette dépendance engendre une rotation forte des enseignants, une incertitude permanente sur

⁶⁷ L'antenne parisienne du CESImMO comporte une salle d'immersion dotée d'outils de simulation numérique conçue et animée par des personnels de l'IRBA. Elle permet de recréer des ambiances réalistes de milieu (tropical, désertique...), de tester les réactions des stagiaires en conditions hostiles, et de traiter les blocages psychologiques observés.

leur disponibilité et le suivi des formations, et enfin, à cause du faible temps de mise à disposition des formateurs, un « tronçonnage » de ces dernières préjudiciable à leur qualité.

2.4.4.2 Vers une « préparation opérationnelle optimisée » : un axe fort de l'ambition SSA 2030, mais aux ressources déficientes

2.4.4.2.1 Élargir encore, en le simplifiant, l'enseignement du sauvetage au combat à l'ensemble des combattants.

Présentée par l'École du Val-de-Grâce en comité opérationnel en novembre 2021, cette réforme vise au renforcement des capacités pré-médicales de la première ligne de secours, dont les combattants « ordinaires » seraient partie prenante⁶⁸ dans un contexte de théâtre de bataille éclaté où la médicalisation de l'avant serait rendue impossible. Elle prévoit la création de deux niveaux intermédiaires s'ajoutant aux niveaux 1 et 2 du sauvetage au combat : les opérateurs de sauvetage (OPS) et les opérateurs de premier secours au combat (OPSC). La première formation expérimentale s'est tenue en juin 2022 au centre de formation opérationnelle santé.

Le Service de santé des armées a estimé les flux entrants nouveaux à 2 000 OPS jusqu'en 2030, et 70 à 140 OPSC nouveaux par an à partir de 2023. Confiée aux moyens logistiques et pédagogiques du centre de formation opérationnelle santé, cette tâche d'ampleur nécessitera des moyens en ressources humaines en provenance de l'armée de Terre.

2.4.4.2.2 Accroître la formation à la médecine de combat au sein de la formation initiale.

L'objectif est double : disposer du plus grand nombre possible de personnels immédiatement déployables, sans faire peser la satisfaction de cette exigence sur la seule formation aujourd'hui dispensée sur mesure à la veille d'un déploiement ; parvenir, au sein de la formation initiale, à un équilibre entre les trois pôles de la médecine de combat que sont la prise en charge du blessé de guerre, celle des blessés psychiques, et celle du contexte de menace nucléaire, radiologique, bactériologique ou chimique⁶⁹.

Présenté en comité exécutif en mai 2022 par le directeur de l'École du Val-de-Grâce, ce rééquilibrage entre formation initiale et formation continue, déjà initié par la création de la formation spécialisée transversale médecine en situation de guerre ou en situation sanitaire exceptionnelle (voir *supra*), suppose en particulier la formation de tous les élèves-médecins au module de mise en condition opérationnelle du blessé de guerre, valable trois ans. Dans la même logique, l'extension aux élèves-infirmiers devra elle aussi être envisagée. En parallèle à la mise en œuvre de ces deux nouveaux chantiers, le SSA continuera d'assurer la formation spécifique avant projection et le recyclage.

Comme vu précédemment, le centre de formation opérationnelle santé et surtout le centre d'enseignement de simulation de médecine opérationnelle sont déjà sous tension et très dépendants des formateurs extérieurs à l'École du Val-de-Grâce, voire au SSA lui-même. Ce

⁶⁸ Et non plus seulement les auxiliaires sanitaires de l'armée de Terre.

⁶⁹ Le NRBC étant considéré comme un point de fragilité de la formation des forces dans le contexte actuel.

rééquilibrage entre formation initiale et formation continue ne pourra devenir effectif qu'à la condition de doter les moyens de simulation en personnels prévus au référentiel en organisation.

Conscient de la simultanéité des nombreux défis qu'il doit relever, le SSA escompte de ces développements en matière de formation qu'ils renforceront l'attractivité de ces postes de formateur, qui offrent de conjuguer une activité technique régulière avec les missions d'enseignement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Après une chute drastique, les effectifs du Service de santé des armées ont connu une récente et difficile stabilisation. Les problèmes d'attractivité se sont aggravés, les hôpitaux d'instruction des armées et les centres médicaux des armées étant touchés dans des proportions variables. Les autres métiers (numérique, technique, recherche) sont également affectés. Pour pallier ces difficultés et limiter les vacances d'emplois, le SSA utilise dans des proportions croissantes la réserve et a recours à des contractuels pour l'ensemble de ses métiers.

Le Service de santé des armées dispose de statuts de soignants militaires propres. Les carrières des MITHA sont alignées sur celle des corps homologues de la fonction publique hospitalière. Les praticiens jouissent d'un régime indemnitaire particulier, en sus de celui attribué aux officiers. Les MITHA bénéficient des primes militaires et d'indemnités attribuées dans la fonction publique hospitalière. Il apparaît en outre que les mesures du Ségur de la santé sont transposées de manière incomplète aux personnels non médicaux du SSA. Enfin, la gestion des carrières demeure perfectible : la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences reste à construire ; la doctrine d'emploi militaires/civils n'existe plus ; la « politique des talents » n'est pas encore étendue aux personnels paramédicaux.

Par conséquent, l'amélioration de la chaîne ressources humaines, dans le domaine du recrutement comme de la gestion est, un enjeu essentiel pour le Service de santé des armées, avec, à la suite de l'élaboration récente d'une politique des ressources humaines, la nécessité de produire rapidement une feuille de route.

S'agissant de la formation, on constate durant la période sous revue une baisse tendancielle du nombre des candidats aux écoles, tout particulièrement à l'École du personnel paramédical des armées. L'École de santé des armées est quant à elle confrontée à une attrition largement naturelle aux 1^{er} et 2^e cycles, mais aussi à des demandes de radiation inhérentes aux disparités dans l'éventail des spécialisations médicales ouvert aux étudiants des secteurs civil et militaire. Diverses mesures d'adaptation à la réforme en cours des études en santé s'efforcent de préserver l'identité et les besoins du service, tout en traitant les fragilités constatées. En outre, le taux d'encadrement aux écoles de santé des armées s'avère notoirement insuffisant et a entraîné plusieurs dérives comportementales signalées. Enfin, l'École du Val-de-Grâce complète la formation militaire dispensée par l'École de santé des armées aux élèves-médecins en parallèle à la formation universitaire, ainsi que la formation continue de tous les personnels du SSA.

Le dispositif de préparation opérationnelle apporte la formation complémentaire préalable à tout départ en opérations extérieures. Fondés sur les principes du sauvetage au combat et adaptés aux nouvelles formes de conflictualité, ces enseignements seront élargis à un nombre croissant de combattants des forces et insérés à des étapes beaucoup plus précoces de la formation initiale des élèves de écoles du Service de santé des armées.

3 LES MOYENS FINANCIERS DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Le Service de santé des armées a subi les conséquences des réorganisations budgétaires successives du ministère des Armées, ainsi que sur une bonne partie de la période sous revue, les effets de la révision générale des politiques publiques. Ainsi, les crédits budgétaires ont peu⁷⁰ évolué sur une période de dix ans et apparaissent insuffisants compte tenu des besoins en équipements et en infrastructures – s’agissant notamment des opérations de rénovation ou de reconstruction de certains hôpitaux militaires comme celui de Laveran à Marseille. En outre, le SSA dispose de peu de leviers pour dégager des ressources additionnelles. Enfin, certaines des missions qu’accomplissent les hôpitaux n’étant comptabilisées que du point de vue des charges qu’elles engendrent, le pilotage économique et financier de ces établissements s’en trouve de ce fait biaisé.

3.1 Des crédits en progression modérée qui relèvent de plusieurs programmes budgétaires

3.1.1 Le directeur central du SSA ne maîtrise que partiellement les budgets qui lui sont alloués

Au cours de la période 2013-2022, l’organisation budgétaire du SSA a subi de nombreuses modifications liées à l’organisation du ministère des Armées.

Les crédits relatifs à la masse salariale sont logés dans le programme 212 « soutien de la politique de défense »⁷¹ qui, à compter de 2015, a regroupé l’ensemble des crédits de personnel du ministère des Armées. Il en va de même pour crédits de la politique immobilière (action n° 04 de ce programme) et pour les crédits, aujourd’hui marginaux, afférents aux dépenses de restructuration (action n° 10), dont le responsable budgétaire était jusqu’à la fin 2021 la direction de la mémoire, du patrimoine et des archives⁷² et est aujourd’hui la direction des territoires, de l’immobilier et de l’environnement. Le programme 212 est de la responsabilité du secrétaire général pour l’administration.

Les autres crédits relèvent du programmes 178 « préparation et emploi des forces » sur toute la période sous revue, y compris, depuis 2020, les crédits destinés aux infrastructures à caractère opérationnel qui ont été transférés du programme 212 au programme 178. Le programme 178 est de la responsabilité du chef d’état-major des armées.

⁷⁰ Hors évolution de périmètre (fermeture du l’hôpital du Val-de-grâce, transferts d’activités de certains hôpitaux tels que Desgenettes et Legouest...).

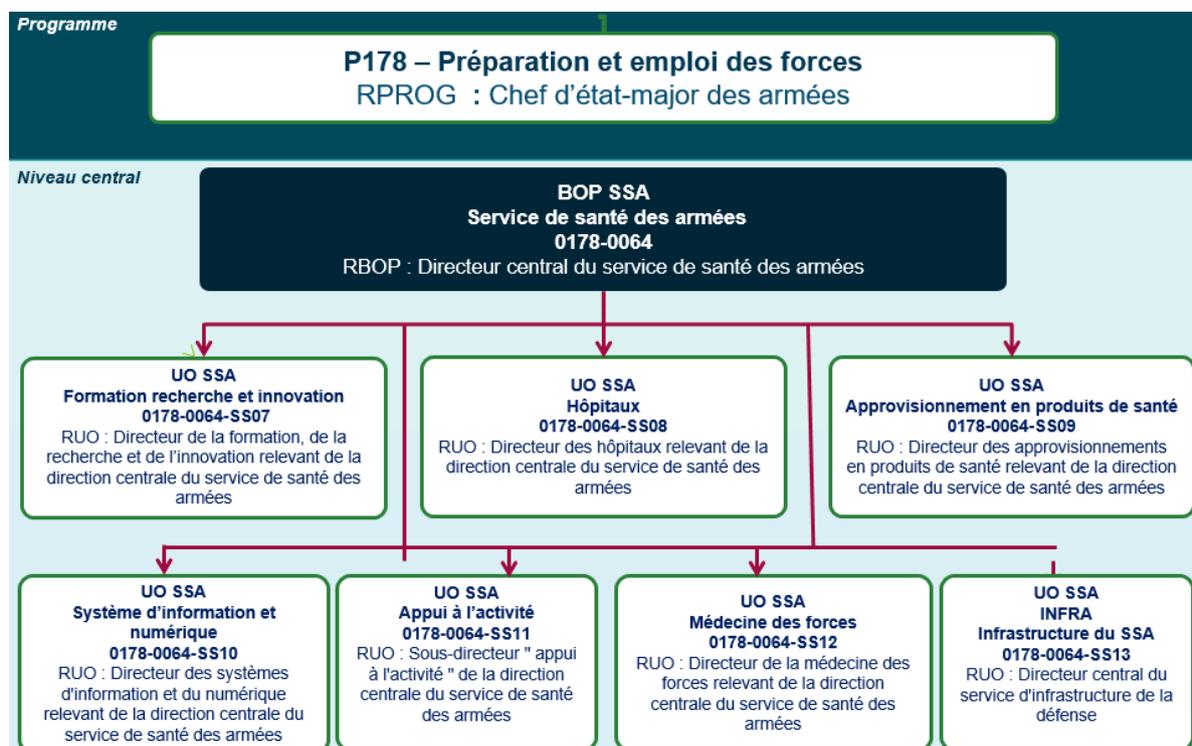
⁷¹ Le programme 212 rassemble les fonctions transverses de direction et de soutien mutualisés au profit du ministère des armées.

⁷² Au 1^{er} avril 2022 (décret n°2022-402 du 21 mars 2022 modifiant diverses disposition relatives au secrétariat général pour l’administration du ministère de la défense), la DPMA (ex DMPA) a été scindée en deux directions : la direction des territoires, de l’immobilier et de l’environnement, et la direction de la mémoire, de la culture et des archives.

S'agissant de la programmation des crédits alloués au SSA, la responsabilité d'ensemble qui en incombait à son directeur central a été transférée à partir de 2022 au sous-chef performance de l'état-major des armées. Ce n'est donc plus le directeur central qui défend directement son budget en comité d'ajustement annuel de la programmation militaire. Ce transfert est la conséquence de la fusion des ensembles de programmation des différents services de soutien (dont le SSA). Opérée à l'initiative de l'état-major des armées, cette fusion a été motivée par le souci de disposer d'une meilleure visibilité et de donner une plus grande cohérence à l'ensemble des activités participant du soutien des armées, à conforter de l'appui de l'EMA les politiques de transformation engagées par les services concernés, tout en assurant un suivi renforcé des décisions prises dans ce domaine.

En revanche, s'agissant de l'exécution des dépenses, le directeur central du SSA demeure le responsable du budget opérationnel de programme du Service de santé des armées au sein du programme 178 et exerce son autorité sur toutes les unités opérationnelles qui le déclinent⁷³, comme le montre le schéma ci-après.

Schéma n° 2 : Structure du BOP SSA depuis 2020



Source : SSA

3.1.2 Les crédits du Service de santé des armées ont connu une progression limitée depuis 2017 et s'élèvent en 2021 à un montant proche de leur niveau de 2012

Le tableau ci-après, montre que les crédits ont globalement peu évolué sur la période.

⁷³ Il existe une unité opérationnelle par composante.

Tableau n° 15 : Synthèse des crédits budgétaires du SSA

En M€	Dépenses de personnel	Infrastructures SSA	Restructurations	Autres dépenses (logistique et soutien)	TOTAL	Dont Attributions de produits	en % du total
2012	1 127,6	12,7	51,3	336,0	1 527,6	521,1	34,1%
2013	1 130,5	7,1	29,4	288,4	1 455,4	526,7	36,2%
2014	1 101,6	6,3	10,2	335,3	1 453,4	502,9	34,6%
2015	1 098,9	19,7	3,3	307,7	1 429,6	479,2	33,5%
2016	1 052,1	24,4	0,4	294,8	1 371,7	428,1	31,2%
2017	1 077,6	12,5	1,0	277,5	1 368,6	426,10	31,1%
2018	1 099,1	10,9	0,3	273,1	1 383,4	433,1	31,3%
2019	1 103,9	15,5	1,9	289,8	1 411,1	419,9	29,8%
2020	1 138,9	30,9	0,3	330,4	1 500,5	416,6	27,8%
2021	1 162,4	34,9	0,3	349,4	1 547,0	517,5	33,5%
2022	1 189,9	38,2	0,1	352,4	1 580,6	428,60	27,1%
Var.2012/2022	5,5%	200,8%	-99,8%	4,9%	3,5%		
Var.2012/2017	-4,4%	-1,6%	-98,1%	-17,4%	-10,4%		
Var.2017/2022	10,4%	205,6%	-90,0%	27,0%	15,5%		
Var.2014/2022	8,0%	506,3%	-99,0%	5,1%	8,8%		

Sources : rapports annuels de performance des programmes 178 et 212, amendé par le secrétariat général pour l'administration

Lors de la période sous revue (2014-2022), le montant des crédits dont a disposé le SSA a suivi un double mouvement : conséquence de la mise en œuvre de la révision générale des politiques publiques, ils ont d'abord poursuivi leur baisse amorcée en 2012, et ce jusqu'en 2017, date à laquelle ils ont commencé à repartir à la hausse pour retrouver, en 2022, leur niveau en valeur de 2012 à peu de choses près (+ 3,5 %). Ils incluent les attributions de crédits qui représentent essentiellement les remboursements de l'assurance maladie relatifs aux soins dispensés à la patientèle civile, principalement dans les hôpitaux militaires.

La déflation d'effectifs qu'a subi le SSA s'est partiellement répercutée sur l'évolution des dépenses de personnel qui ont baissé entre 2012 et 2017 (de 4,4 % en l'espèce, alors que la diminution des effectifs a dépassé 8 %). Ces dépenses ont ensuite renoué avec une tendance à la hausse (10,4 % entre 2017 et 2022) vraisemblablement imputable aux diverses mesures qui ont pu emporter des augmentations d'éléments de rémunération dès lors que les effectifs ont été à peu près stables sur la période 2018-2022.

De même, les crédits d'infrastructure ont connu une évolution contrastée : largement préemptés par les crédits de restructuration en début de période, ils n'ont pas dépassé (hormis 2016) 20 M€ entre 2012 et 2019, se situant parfois à des niveaux très bas (10,9 M€ en 2018). Ils remontent progressivement depuis 2019, atteignant 38,2 M€ en 2022. Dédiés essentiellement à la maintenance courante, les crédits d'infrastructures n'offrent donc pas de marges de manœuvre suffisantes pour financer les investissements lourds, comme la reconstruction des hôpitaux militaires lorsqu'elle apparaît nécessaire.

Pour ces deux catégories de dépenses qui représentent environ les trois-quarts de ses engagements, le SSA dépend des politiques ministérielles conduites par les acteurs concernés, la direction des ressources humaines du ministère des Armées pour la masse salariale et le

service des infrastructures de la défense pour les infrastructures. Son autonomie dans ces domaines est donc limitée.

3.1.3 Les dépenses de logistique et soutien aux armées, hors dépenses du personnel et infrastructures, retrouvent leur niveau de 2014

Pour ses dépenses de logistique et de soutien aux armées (fonctionnement et activités ; ravitaillement ; équipement), le service dispose de responsabilités budgétaires plus importantes que pour les deux catégories évoquées précédemment.

Ces dépenses ont suivi le double mouvement déjà mentionné plus haut qui aboutit à un montant en 2022 (352,4 M€) légèrement supérieur à celui de 2012 (336 M€) :

- elles ont d'abord connu une phase de baisse entre 2012 à 2018, durant laquelle elles sont passées de 336 M€ à 273 M€, phase de la mise en œuvre de la révision générale des politiques publiques ;
- depuis lors, elles tendent à remonter, avec notamment en 2021, un total de 349,4 M€, du fait notamment de l'impact de la crise covid.

La période 2018-2021 a été en effet marquée par une forte progression des dépenses des unités opérationnelles « hôpitaux et approvisionnements en produits de santé » du fait de la crise sanitaire. En 2021, une dotation supplémentaire de 32 M€ a été accordée au SSA pour qu'il puisse mieux servir la remise à niveau de ses équipements⁷⁴ (16 M€) et mettre en œuvre de premiers jalons de l'ambition stratégique 2030 (12 M€ : plans de sécurisation cyber, effort sur le soutien médical opérationnel).

Plus généralement, les dépenses de soutien ont augmenté en 2020 et 2021 du fait de l'activité liée à la covid-19 :

- en 2020, il y a eu 49,7 M€ de dépenses directes concernant majoritairement l'acquisition d'équipements pour la prise en charge des patients, d'équipements de protection individuelle (masques, tenues stériles), de tests, de réactifs de laboratoire, de respirateurs et de médicaments de réanimation. Par ailleurs, 1,3 M€ ont servi à l'opération *Résilience*, pour le déploiement des éléments militaires de réanimation et des missions de transport des patients (MORPHEE/ MEROPE⁷⁵, transport par porte hélicoptères amphibie) ;
- en 2021, les surcoûts se sont élevés à 49 M€ (mise en place de vaccinodromes, achats de médicaments, d'équipements) et à 11 M€ pour la vaccination et les tests des forces armées.

Ces dépenses complémentaires ont été financées soit par le ministère des Armées, soit par le ministère des Solidarités et de la Santé. En 2022, l'état-major des armées a financé une

⁷⁴ En 2021, un rapport d'audit interne de l'inspection du Service de santé des armées a porté sur la politique de renouvellement des équipements. Il concluait que les plans d'équipement des établissements étaient, depuis un certain nombre d'années, très affectés par les contraintes financières du SSA, empêchant le celui-ci « de réaliser l'intégralité des renouvellement ou des achats de matériels nécessaires à la modernisation de son parc d'équipement ».

⁷⁵ MEROPE : module d'évacuation et de réanimation pour les opérations (sur aéronefs) ; MORPHEE : module de réanimation pour patient à haute élévation d'évacuation.

enveloppe de 12,6 M€ pour les surcoûts liés à la prise en charge de la covid (tests pour les armées avant départ et au retour d'opérations extérieures).

Les prestations de cabinet de conseil

Au titre des dépenses de fonctionnement, on notera celles qui ont trait aux prestations intellectuelles, c'est-à-dire aux prestations des cabinets de conseil auxquels le SSA a eu recours et qui se sont élevées à un total de 17,4 M€ sur la période 2013 à 2021.

En particulier, à partir de 2015, des marchés ont été signés avec des cabinets de conseil pour la transformation du Service de santé des armées et de la médecine des forces. Indépendamment du montant total de ces marchés, le principe d'un recours aussi important à ces cabinets pour accompagner le SSA dans la conduite de ses réformes prête à interrogation. En effet, dès lors qu'elles sont appelées à avoir un impact substantiel sur l'organisation du service et sur sa capacité à exercer ses missions, notamment au profit des armées, la conception et le suivi de ces réformes structurantes passent évidemment par une implication forte de la direction centrale, qui dispose en son sein de moyens appropriés, ainsi qu'une implication tout aussi forte de la tutelle exercée par l'état-major des armées. Dans ces conditions, l'on est fondé à se demander ce que peut être la valeur ajoutée des cabinets de conseil généralistes dans ce domaine très spécifique.

La subvention versée aux Hospices civils de Lyon

Par ailleurs, au sein des dépenses de fonctionnement, un total de 5,6 M€ de subventions a été versé entre 2018 et 2020, essentiellement constitué par une subvention versée aux Hospices civils de Lyon à hauteur de 5 M€.

En effet, une convention de partenariat a été signée le 11 décembre 2017 entre le Service de santé des armées pour l'hôpital Desgenettes, les Hospices civils de Lyon et l'université Claude Bernard de Lyon ayant pour objet le développement d'un projet d'ensemble hospitalo-civil et militaire, autour de deux axes : d'une part, l'insertion de la composante militaire de chirurgie et soins critiques au sein de l'hôpital Edouard Herriot (relevant des Hospices civils de Lyon), et, d'autre part, l'accueil, au sein de l'hôpital Desgenettes, de l'activité médecine physique et réadaptation de l'hôpital Henry Gabrielle (relevant également des Hospices civils de Lyon).

Validé en juillet 2017 en comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)⁷⁶, ce projet s'inscrivait dans une démarche globale de la politique régionale de l'offre de soins et de maîtrise de la dépense publique, avec pour corollaire une diminution des lits et places sur l'hôpital Desgenettes (- 97 lits) et une diminution des effectifs (- 28 %).

Une nouvelle convention a été signée entre le Service de santé des armées et les hospices civils de Lyon le 22 novembre 2018, afin d'acter la participation financière du SSA (5 M€) au projet de relocalisation des activités de l'hôpital Desgenettes sur le site de l'hôpital Edouard Herriot. Le préambule de la convention précise que sept spécialités médico-chirurgicales de l'hôpital militaire seront intégrées à l'hôpital Edouard Herriot et qu'il y aura des équipes civiles et militaires. La participation du SSA a été versée à raison de 1,7 M€ en 2018, 1,3 M€ en 2019 et 2 M€ en 2020. Le reste du financement, soit 15,7 M€ incombait à l'Agence régionale de santé (5 M€) et à la Direction générale de l'offre de soins (10,7 M€).

⁷⁶ Coût de l'opération : 20,7 M€ + 6,9 M€ d'équipements. Le COPERMO est un comité interministériel (Santé, économie/finances, et budget) suivant notamment la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier.

Tandis que le transfert des activités de l'hôpital militaire vers l'hôpital Edouard Herriot a bien été réalisé, il n'en a pas été ainsi pour le deuxième volet de la convention de partenariat de 2017 qui prévoyait l'accueil dans l'hôpital militaire des activités de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Henry Gabrielle. Cet abandon a contraint l'hôpital Desgenettes à fermer des lits post urgences en 2019, puis de la médecine polyvalente et des services des urgences en 2021.

De surcroît, les Hospices civils de Lyon ont décidé de mettre fin à l'ensemble du partenariat, y compris au transfert d'activités déjà réalisé. Non seulement les subventions versées par le Service de santé des armées dans ce cadre l'ont été en pure perte, mais cette décision ne lui a pas laissé d'autre choix que d'engager la transformation de l'hôpital Desgenettes en antenne hospitalière des armées.

3.1.4 Le Service de santé des armées n'a pas la maîtrise des dépenses d'infrastructures

Relevant du programme 178 depuis 2020, les dépenses d'infrastructures sont inscrites dans la sous-action 05-11 « infrastructures de santé », avec deux programmes d'infrastructures majeures, celui de la « fonction hospitalière » et celui de la « médecine des forces ».

Ces crédits alloués à ces dépenses d'infrastructures ont atteint un montant de 38,2 M€ en 2022, après une très importante remontée en 2020 et 2021 (les crédits de paiement de 2019 ne s'élevaient en effet qu'à 15,5 M€).

Avec 36 M€ dédiés aux équipements nécessaires à la préparation opérationnelle et 2,2 M€ au maintien et soutien des sites, les crédits de paiement de 2022 consacrent la poursuite des deux programmes d'infrastructures, à savoir, pour la fonction hospitalière, la remise aux normes des réseaux d'eau chaude et la rénovation d'ateliers et de logement, et pour la fonction médecine de forces, la construction des antennes médicales de Clermont-Ferrand, Toulouse, Canjuers, Mourmelon et Bitche et la rénovation des antennes de La Teste, Bordeaux et Tarbes.

Quant aux dépenses de restructuration (98,5 M€ sur toute la période), liées à la réalisation du plan de stationnement impliqué par les réorganisations de la décennie 2010, elles sont passées de 51,3 M€ en 2012 à seulement 0,1 M€ en 2022. Les principales dépenses ont été réalisées sur la période 2012-2016, soit 94,6 M€ réparties à raison de 78,6 M€ pour la réorganisation du ravitaillement sanitaire (direction de l'approvisionnement en produits de santé des armées) et 9,7 M€ pour l'implantation de l'Institut de recherche biomédicale des armées. Par la suite, 0,9 M€ ont été destinés, en 2017, à l'installation de la direction de la médecine des forces à Tours, 2,2 M€ ont été dépensés en 2018 et 2019 à Brétigny-sur-Orge, et 5,7 M€ pour la construction du centre médical des armées de Toulon.

Le rapport annuel de performance 2017 (programme 212) indiquait que le programme d'infrastructure « restructuration SSA-médecine des forces » devait s'achever en 2025 avec la livraison des dernières infrastructures. En raison notamment de difficultés foncières (pour l'implantation d'antennes médicales), le Service de santé des armées prévoit cette échéance à horizon 2027-2028.

Au dernier cycle budgétaire d'ajustement annuel de la programmation militaire 2021, les prévisions pour les cinq années suivantes se présentaient comme suit :

Tableau n° 16 : Prévisions budgétaires en dépenses d'infrastructures en autorisations d'engagements (AE) et crédits de paiement (CP) - (besoins)

AE en M€	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total
PI FH	101,3	26	11,8	17,5	7,1	4,4	168,1
PI MdF	16,8	16,5	35,7	12,5	2,3	1,2	85,0
MLO	5,1	9	5,3	3,9	3,3	0,3	26,9
Autres	7,2	71	29,4	23,6	27,5	17,7	176,4
TOTAL	130,4	122,5	82,2	60,6	40,2	23,5	456,4
CP en M€	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total
PI FH	19,2	28,2	28	23	22,5	20,2	141,1
PI MdF	30,7	24,4	16,7	21,2	11,7	4,7	109,4
MLO	2,8	7,6	6,5	4,4	7,4	4,4	33,1
Autres	3	8,4	20,8	47	40,7	40,4	160,3
TOTAL	55,6	68,5	72	95,6	82,4	69,7	443,8

Source : SSA réponse questionnaire n°5 (note de clôture de l'EP INFRA pour l'exercice d'A2PM 2021 n°1D21015288/ARM/SGA/DPMA/DFP du 15/07/2021), complétée Cour des comptes

Cette programmation pluriannuelle de la fonction hospitalière devrait être finalisée avec l'établissement du schéma directeur d'infrastructures correspondant à l' « ambition SSA 2030 » et conçu pour courir jusqu'à l'horizon 2040. Elle porte sur des opérations de sécurisation, l'adaptation capacitaire et la maintenance lourde opérationnelle, l'étude d'un nouvel hôpital militaire à Marseille et la création d'une antenne hospitalière des armées à Lyon.

Le Service de santé des armées estime que quasiment tous les travaux nécessaires en termes d'infrastructures devraient être réalisées selon ces prévisions. On constate toutefois, qu'au total, les crédits de paiement sur les programmes d'infrastructures de la fonction hospitalière sont en retrait de 27 M€ par rapport aux autorisations d'engagement, au profit d'un effort sur la médecine des forces (pour laquelle le total des CP s'élève à 109,4 M€, contre 85 M€ d'AE). En termes de rénovation des hôpitaux militaires, on rappellera que celle de Laveran est inscrite depuis 2016 dans le schéma directeur d'infrastructures du ministère des Armées.

3.1.5 Les leviers de ressources complémentaires sont limités

En dehors des crédits budgétaires et des attributions de produits provenant des prestations de soins dispensées à la patientèle civile, le SSA a identifié deux leviers additionnels de ressources : la dynamisation de ses activités de valorisation et le mécénat.

La valorisation a pour but de vendre les capacités disponibles sous réserve du respect de la priorité des missions, des valeurs et de l'éthique du service et du respect de la réglementation. Le service peut ainsi être amené à vendre :

- des produits de santé ainsi que des dispositifs médicaux ;
- des prestations notamment de recherche et d'expertise ;
- des équipements électriques et électroniques dans le cadre de réforme de matériels ;
- des formations, notamment en médecine d'urgence.

En matière de mécénat, le SSA développe des partenariats dans la durée (associations « Gueules cassées », « Ailes brisées », etc.) permettant d'atteindre des objectifs concrets (balnéothérapie de l'hôpital Percy par exemple).

Le service indique que le montant moyen de ses recettes issues de la valorisation s'est établi à 5,8 M€ annuels, entre 2016 et 2021. Les recettes de mécénat ne sont quant à elles pas chiffrées.

Si cette recherche de ressources complémentaires ne peut qu'être encouragée, les fonds qu'elle permet de récolter restent sans commune mesure avec les produits qui résultent de l'activité du SSA – et principalement de ses hôpitaux – en direction de la patientèle civile. Ce qui vient, si besoin en était, en souligner l'importance de l'effort à poursuivre dans ce domaine.

3.2 L'insuffisant investissement dans les infrastructures et les équipements hospitaliers

3.2.1 Le déficit de programmation des opérations majeures d'infrastructures et de renouvellement des équipements

Depuis 2015, les investissements réalisés dans les hôpitaux au titre des plans d'équipements validés budgétairement sont inférieurs aux besoins. Et il en va de même pour les petits équipements, objets des plans d'achats locaux d'équipements. La vétusté du parc hospitalier est donc de plus en plus marquée et, d'après les directeurs d'hôpitaux, a un impact sur la qualité des soins et l'attractivité des établissements.

3.2.1.1 L'absence d'une programmation de long terme

En termes d'infrastructures, l'hôpital Bégin a bénéficié de travaux de rénovation entre 2008 et 2017, pour un coût total de 150 M€⁷⁷. Sur la période 2017-2024, des opérations ont été engagées (terminées ou en cours) pour un total de 23,6 M€, dont 7 M€ pour les travaux de « redimensionnement de la centrale électrique », déjà réalisés, et 12 M€ à horizon 2023-2024 pour des travaux en matière d'hébergement et de logement du personnel militaire. Sur la période 2026-2030, un total de 7,8 M€ a été inscrit en ajustement annuel de la programmation militaire, dont 5 M€ pour le remplacement de trois « groupes froids » en 2029-2030.

L'hôpital Percy a récemment bénéficié de nouvelles constructions (coûts engagés par l'établissement du service d'infrastructure de la défense en 2014 : 40,4 M€) telles que la maison des blessés et des familles (2015) et le centre de Traitement des brûlés (2017). Mais, datant de 1996, et même s'il est régulièrement entretenu, cet hôpital n'en a pas moins besoin de travaux de rénovation et de modernisation pour conserver son niveau de qualité. « Percy rénové » est pris en compte dans la loi de programmation militaire actuelle comme un projet d'investissement majeur pour un montant de 60 M€. Une récente revue du service d'infrastructures de la défense conduit à devoir escompter un dépassement de 13 M€. L'hôpital

⁷⁷ Source : Service de santé des armées/hôpital Bégin.

Legouest à Metz bénéficie d'infrastructures en bon état. Sur la période sous revue, seuls des travaux de mise en conformité pour les personnes à mobilité réduite ont été réalisés sur 2017-2018, pour 56 K€ ; des compléments de travaux de mise en conformité doivent intervenir en 2023 pour 894 K€. Sur 2022-2025, un projet global de réorganisation des services des soins de suite et de réadaptation est évalué à 2 M€.

Construit en 2008, le nouvel hôpital Sainte-Anne de Toulon ne pose pas encore de problèmes en matière d'investissement et d'équipement.

3.2.1.2 Une situation des équipements des hôpitaux militaires préoccupante, malgré les solutions palliatives mises en place

Les contraintes financières auxquelles s'est heurté le Service de santé des armées se sont fortement répercutées sur les plans d'équipement des hôpitaux, toujours inférieur aux besoins avérés.

Ainsi, à l'hôpital Percy où l'investissement nécessaire sur les matériels biomédicaux est de 4 M€ par an, les crédits alloués à cet effet n'ont guère dépassé 1 M€ entre 2015 et 2021. Toutefois, en 2022, le plan d'équipement validé s'élève à 3,93 M€. Il en résulte que la politique d'équipement porte essentiellement sur le remplacement de matériels vétustes. La vétusté⁷⁸ des équipements de cet hôpital a atteint en 2021 un taux de 80 %. Ce taux est de 76 % pour l'hôpital Bégin. On notera que cette situation ne diffère pas fondamentalement de celle des hôpitaux publics. Le rapport du Sénat du 29 mars 2022 sur la *Situation de l'hôpital et le système de santé en France* fait en effet état d'un taux de vétusté qui, pour les équipements, est passé de 75 % à 80 % entre 2010 et 2018, et pour les constructions de 46 % à 50,5 %.

Concernant les petits équipements (objet du plan d'achat local d'équipement), dont le besoin de renouvellement annuel s'élève à 400 K€, la situation à l'hôpital Percy est similaire à celle des gros équipements, même si elle s'est améliorée en 2021. Des solutions palliatives, ont néanmoins été mise en œuvre, telles que l'utilisation optimisée des plateaux techniques et la maintenance, le développement de projets de mutualisations avec l'hôpital Bégin, la récupération d'équipements d'autres hôpitaux militaires (équipements biomédicaux du Val de Grâce, matériels de restauration de Desgenettes), ou la recherche d'autres financements (Agence régionale de santé d'Île-de-France et mécénat). Sur ce point, on signalera que le mécénat est devenu pour l'hôpital Percy une ressource précieuse puisque les dons collectés auprès de 200 donateurs institutionnels, associatifs et privés (1,4 M€ depuis 2016) lui ont permis de financer 30 projets, 10 projets étant en cours de financement en 2022.

Les mêmes constats peuvent être faits concernant l'hôpital Laveran, avec un âge moyen des matériels remplacés supérieur à dix ans, une sous-réalisation des engagements budgétaires et un taux de vétusté des équipements atteignant 80 % certaines années.

⁷⁸ Le taux de vétusté = âge de l'équipement au 1^{er} janvier de l'année N/durée de vie maximale de l'équipement (selon données techniques des fabricants incluant les conditions de maintenance des équipements correspondants).

3.2.1.3 Mieux programmer les investissements dans les hôpitaux militaires

Ces constats traduisent les difficultés auxquelles est confronté le Service de santé des armées pour financer et mener à bien les opérations majeures d'investissements qui sont nécessaires à la pérennisation de son modèle et à la poursuite de ses missions. Et il n'est pas envisageable de compter indéfiniment sur l'ingéniosité des directions d'hôpitaux pour trouver des solutions palliatives à cette insuffisance manifeste de financements. Les difficultés rencontrées pour effectuer la rénovation de l'hôpital Laveran depuis 2008 et la fragilité du projet de construction d'un hôpital neuf pour lui succéder constituent un bon exemple.

Comme le montre l'observation du passé, le fait est que la durée d'exploitation d'un hôpital militaire est de l'ordre de 60 ans avant que ne se fasse ressentir le besoin d'une opération majeure de rénovation. Compte tenu de l'état actuel du parc, il serait donc de bonne politique d'intégrer la reconstruction d'un hôpital neuf totalement équipé dans chacune des lois de programmation militaire à venir.

Tel qu'il est aujourd'hui, le dispositif d'engagement des projets d'infrastructure repose sur les arbitrages préparés par la direction des territoires, de l'immobilier et de l'environnement du secrétariat général pour l'administration entre les besoins exprimés par l'ensemble des composantes du ministère, et notamment ceux des services de soutien. Dans ces conditions, hormis une provision introduite en loi de programmation militaire pour couvrir les besoins inéluctables, la doctrine partagée par l'état-major des armées et le secrétariat général pour l'administration veut que ces projets soient étudiés au cas par cas et pris en compte lors des travaux annuels d'ajustement, afin de ne pas préempter des décisions qui rigidifieraient par anticipation les exercices de programmation.

En tout état de cause, des investissements réguliers permettant une remise à niveau et une modernisation des hôpitaux militaires doivent être planifiés.

3.2.2 Le cas de l'hôpital de Laveran

Mis en service en 1963, l'hôpital Laveran à Marseille, constitue avec l'hôpital Sainte-Anne à Toulon, l'ensemble hospitalier militaire Sud. Outre le fait qu'il se retrouve aujourd'hui dans une zone densément peuplée et mal desservie en termes de transports, son état requiert, depuis plus de vingt ans, d'importants travaux de rénovation (vieillesse du bâtiment, des réseaux d'eaux, fluides et courants faibles, chauffage ; traitement d'air, etc.). En conséquence une première opération dite « Laveran rénové 1 » a été lancée en 2008, afin de regrouper les travaux techniques nécessaires à la poursuite d'activité. Si des travaux ont pu être réalisés (ascenseur, mise à niveau du réseau électrique, etc.), l'opération a été suspendue en 2016, du fait notamment de la défaillance d'un maître d'œuvre privé, mais aussi en raison de la baisse générale des budgets de la Défense intervenue à cette époque.

Compte tenu de l'importance persistante des besoins, une deuxième opération (OLR2-Opération Laveran rénové 2) a néanmoins été lancée en octobre 2016. Une première phase de travaux a été réalisée, avec notamment la construction du bâtiment des urgences (coût 7,7 M€ entre 2015 et 2017) et l'installation d'une piscine médicalisée au profit de la rééducation fonctionnelle (0,9 M€ sur 2017-2021). Il reste à accomplir la deuxième phase de cette opération, comprenant plus particulièrement la mise en conformité technique et réglementaire des installations (80 % des travaux) et la réalisation d'adaptations fonctionnelles (20 % des

travaux). Sur la période sous revue, les dépenses d'infrastructures à l'hôpital ont été les suivantes :

Tableau n° 17 : Investissements en infrastructures 2014-2021

Budget (en K€)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Précisions
HIA LAVERAN	281	591	1442	801	400	897	1 079	2 701	2 projets importants engagés en 2021 : restauration et hébergement.
USID (MCO-TO)	537	790	540	530	485	1080	1240	905	Travaux de sécurité-protection réalisés en 2021 (750 K€)
ESID (SDI)	0	0	0	7500	0	1000	0	0	2017 : SAU / 2019 : Balnéothérapie

Source : SSA / HIA Laveran

3.2.2.1 La décision de reconstruire un hôpital militaire neuf a été prise en 2021

Au vu de la lenteur avec laquelle s'opérait la rénovation de l'hôpital de Laveran, il est apparu nécessaire repenser l'opération d'une façon plus vigoureuse et de concevoir à cet effet un nouveau projet aux contours mieux affirmés.

Dans cette perspective, trois hypothèses ont été envisagées :

- la rénovation de l'hôpital, c'est-à-dire en conservant les activités pendant les travaux ;
- une rénovation simplifiée sur le plan technique, impliquant une libération partielle des locaux ;
- la construction d'un hôpital neuf.

Sur cette base a été lancée au deuxième semestre 2021 une étude coordonnée par l'état-major de zone de défense de Marseille, avec en appui, la direction de l'hôpital Laveran, le chef de l'établissement du service d'infrastructure de défense de Lyon et le commandement de base de défense de Marseille-Aubagne. Prenant en compte les spécificités de la zone de défense et de sécurité Sud : plus de 80 000 personnes à soutenir et la forte vocation opérationnelle de la base navale de Toulon et de la base aérienne d'Istres ; intégrant le rôle de l'hôpital dans la réponse au contrat opérationnel, notamment le besoin de disposer rapidement « *d'une capacité de soins modulaire, moderne et suffisamment évolutive pour répondre à un large spectre de crises sanitaires, militaires et civiles (terrorisme, hypothèse d'engagement majeur avec afflux de blessés, maladies infectieuses, risques nucléaire, radiologique, biologique et chimique)* », cette étude en est arrivée à privilégier l'option de construction d'un hôpital neuf plus à même de répondre à ces spécificités et à ces besoins.

Le tableau ci-après récapitule les différents paramètres qui plaisent en faveur de la construction d'un hôpital neuf à Marseille, option qui serait moins coûteuse à terme, compte tenu des recettes potentielles supplémentaires, des produits de cession du site de l'actuel hôpital et de dépenses de gros entretien moindres. Le secrétariat général pour l'administration précise toutefois que « *le coût de cession de l'hôpital actuel, après relocalisation, ne peut être identifié à une telle échéance et méritera d'être expertisé.* »

Tableau n° 18 : Synthèse comparative des trois hypothèses, hors coût du foncier

	OLR2 - I projet initial	OLR2 - LP (libération partielle)	Hôpital neuf
Année de livraison	2031	2030	2031 ???
Coût total borne basse	230,6 M€	230 M€	228,2 M€
Coût total borne haute (prenant en compte les risques – notamment en entretien et maintenance ; travaux de rénovation complémentaire ; écart sur marchés travaux et prestations)	243,1 M€	268 M€	292,1 M€
Coût total borne basse avec gains de recettes potentielles chiffrées à 121 M€)			107,2 M€
Coût total borne haute avec gains de recettes potentielles chiffrées à 121 M€)			171,1 M€
AVANTAGES	Projet avec des coûts connus et cadencés	Idem OLR2-I, et une conduite des opérations simplifiée	Hôpital militaire moderne et évolutif, permettant le maintien des services de l'HIA actuel pendant les travaux
PRINCIPAUX RISQUES	Baisse de la qualité et la sécurité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la qualité et la sécurité des soins, mais de façon plus importante - Diminution quantitative de l'offre de soins (déstabilisation des équilibres du territoire; perte de patientèle...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Calendrier incertain - Vigilance sur le maintien de l'hôpital actuel pendant les travaux, en préservant la qualité et la sécurité des soins et la sécurité des patients et soignants. - Intégration dans le territoire de santé (du fait d'autres soutiens que le ministère des armées) : enjeu de l'implantation (soutenabilité technique et médico-économique)
	Perturbation des parcours de soins d'aptitude et d'expertise, mais projection des personnels préservée	Importantes difficultés d'organisation des parcours de soins pour couvrir les besoins du territoire de défense	
	Dégradation des conditions de travail des personnels, faible adhésion du personnel à l'opération/conséquences sur l'attractivité et surtout la fidélisation	Dégradation des conditions de travail des personnels, faible adhésion du personnel à l'opération/conséquences sur l'attractivité et surtout la fidélisation	
	Coût de maintenance et de gros entretien à la livraison pour la poursuite de l'exploitation à minima		Coût important avant gains potentiels d'exploitation futurs

Source : Cour des comptes à partir réponses SSA

En 2021, ce choix a été ratifié par le comité ministériel d'investissement et la décision a donc été prise de construire un hôpital neuf à Marseille, en remplacement de celui de Laveran.

3.2.2.2 La perspective de mener à bien ce projet demeure encore assortie de nombreuses incertitudes

Au début de l'année 2022, des échanges croisés de lettres entre le directeur central du Service de santé des armées, le chef d'état major des armées et la ministre des Armées sont venus entériner le principe du projet dont la première étape consiste à trouver le terrain sur lequel construire le futur hôpital.

Pour autant, la conduite d'un projet de grande envergure, comme la construction d'un hôpital militaire, dans le cadre de l'organisation financière actuelle du Service de santé des armées se heurte à de nombreuses difficultés qui pèsent sur ses perspectives de réalisation.

- le chiffrage d'ensemble (à ce jour entre 228 M€ et 291 M€) excède les crédits budgétaires dédiés à l'infrastructure du service. Comme un tel investissement n'a pas été programmé dans la loi de programmation militaire 2024-2030, son financement repose sur des arbitrages toujours difficiles à obtenir dans le cadre de l'actualisation annuelle de la programmation militaire ;
- datant de 2021, le chiffrage actuel est fragile dans la mesure où il ne prend pas en compte la forte inflation constatée depuis dans le secteur du bâtiment et des travaux publics qui ne manquera pas de se traduire par une hausse des coûts des facteurs pendant la phase de réalisation ;
- le Service de santé des armées est dépendant d'autres services du ministère pour instruire le dossier (programmation, appels d'offres et suivi des travaux, identification du terrain). Le fait que le projet ait été acté en 2021 par la précédente ministre des Armées en comité ministériel d'investissement, sans que le terrain nécessaire à sa réalisation ne soit identifié, constituait en soit une fragilité importante. Cette difficulté a été levée en juin 2023. Le Président de la République a acté le choix du site de la caserne Sainte-Marthe pour une construction d'ici à 2030.

Il n'en demeure pas moins que l'hôpital Laveran, qui joue un rôle essentiel dans la maquette des hôpitaux du Service de santé des armées, tant pour les missions militaires que pour la contribution à l'offre de soins de service public à Marseille, ne pourra pas poursuivre longtemps ses activités avec ses infrastructures actuelles. Il est donc urgent que le ministère des Armées se mobilise pour mener à bien la construction du nouvel hôpital.

Recommandation n°6 (état-major des armées, direction des territoires, de l'immobilier et de l'environnement, Service de santé des armées) : Prendre rapidement les décisions nécessaires à la reconstruction de l'hôpital Laveran de Marseille en termes de financement.

3.3 Des déficits en réduction depuis 2014 mais des comptes de gestion qui donnent une vision incomplète des résultats des hôpitaux militaires

3.3.1 Une amélioration de la maîtrise des charges et des produits

Les comptes de gestion des hôpitaux militaires se présentent comme suit pour les trois exercices 2018, 2019 et 2021 :

Tableau n° 19 : Synthèse des comptes de gestion des hôpitaux d’instruction des armées

En M€	2018	2019	2020	Variation 2018/2020
Produits				
T1 - Recettes Assurances maladie	379,0	362,5	401,7	6,0%
T2 - Recettes hors Assurances maladie	51,4	51,2	40,0	-22,2%
T3 - Autres recettes + rbt RCS Partenaires	11,2	24,0	34,0	203,6%
T4 - Soins Mindef	26,8	27,3	29,9	11,6%
T4 – PG	43,6	45,2	52,7	20,9%
≠ Poids pension	81,0	79,1	77,1	-4,8%
Total des produits	593,0	589,3	635,4	7,2%
Charges				
Achats	110,0	111,5	119,4	8,5%
Autres charges externes	75,4	78,4	82,1	8,9%
Autres charges de gestion ordinaire	4,3	2,2	3,1	-27,9%
Impôts et taxes	0,1	0,2	0,1	0,0%
Charges de personnel	462,1	459,1	455,5	-1,4%
Amortissements équipements	8,0	7,8	7,4	-7,5%
Amortissements infrastructures	30,9	31,3	32,2	4,2%
Quote-part	32,3	32,4	32,8	1,5%
Total des charges	723,1	722,9	732,6	1,3%
Déficits	-130,1	-133,6	-97,2	-25,3%

Source : Service de santé des armées

Les produits

S’agissant des produits, ils sont très dépendants des remboursements de soins versés au ministère des Armées par les assurances-maladie, lesquels comptent pour plus de la moitié des charges (55 % en 2020, année où ils ont crû en raison des effets de la pandémie). On notera que ces remboursements concernent tant les activités de soins réalisées par le personnel militaire que par les personnels des hôpitaux civils insérés dans les hôpitaux des armées.

La garantie de financement instaurée dans le cadre de la crise sanitaire du covid

Dès le 25 mars 2020, une ordonnance a été prise afin de garantir le financement des établissements de santé dans le contexte d’une crise sanitaire laissant augurer une forte augmentation des charges sans augmentation des produits dans les mêmes proportions. Ce texte devait permettre aux établissements de percevoir un complément de recettes pour conserver un niveau de financement correspondant à leur niveau habituel d’activité. Cette garantie de financement visait à compenser la perte de revenus des hôpitaux faisant suite à la perte de la patientèle étrangère qui ne pouvait se déplacer et à la nécessité de déprogrammer certaines interventions chirurgicales très rémunératrices afin de dégager de la place et des ressources pour accueillir les patients atteints par la covid-19. Applicable aux hôpitaux militaires, elle couvrait jusqu’en juin 2022 les frais d’hospitalisations et soins externes de la médecine-chirurgie-obstétrique, de l’aide médicale d’État et les soins urgents, ainsi que les molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables.

Tableau n° 20 : Modalités de calcul de la garantie de financement

	Garantie de financement 2020	Garantie de financement 2021	Garantie de financement 2022
Période couverte par la garantie	mars 2020 à décembre 2020 (10 mois)	année 2021 complète	janvier à juin 2022
Base de calcul de la garantie	10/12 ^{ème} des recettes perçues en 2019	recettes réelles de janvier et février 2020 + garantie de financement 2020 pour la période de mars à décembre 2020	6/12 ^{ème} des recettes perçues en 2021
Cette base de calcul est majorée chaque année du taux d'évolution de l'ONDAM.			

Source : SSA

Le montant de la garantie a été versé au Service de santé des armées, par la caisse nationale militaire de sécurité sociale, puis, après comparaison avec l'activité réelle de l'établissement, a fait le cas échéant l'objet d'une régularisation. Grâce à ce dispositif, les hôpitaux militaires ont pu, comme les hôpitaux civils, maintenir leurs recettes en 2020, et de les dépasser en 2021 (+102 M€), compte tenu d'une revalorisation tarifaire du 1^{er} mars 2021 de 7,5 %, et des compléments alloués par la direction générale de l'offre de soins pour la vaccination, le Ségur de la santé, les médicaments, tests, et achats ciblés covid.

Par ailleurs, on notera que sur instruction de l'état-major des armées, les activités réalisées dans le cadre de l'opération *Résilience* par les éléments militaires de réanimation pour soutenir les hôpitaux civils en Alsace et dans les Outre-mer pendant la crise sanitaire du covid-19 n'ont pas donné lieu à rémunération. La tarification de ces activités est estimée à 7,1 M€ par la direction des hôpitaux militaires du SSA. Les produits correspondants ont été encaissés par les hôpitaux civils soutenus auprès desquels les patients ont été enregistrés.

Enfin, il convient de constater l'amélioration, depuis 2014, du taux de recouvrement des créances détenues par les hôpitaux militaires. On rappellera à cet égard que les recettes correspondantes sont recouvrées localement par la régie des hôpitaux sur la base des factures émises, puis reversées au comptable ministériel.

Évoquée dans le précédent rapport de la Cour sur la gestion du SSA, l'analyse des admissions en non-valeur faisait ressortir que, pour l'essentiel (78 %), ces dernières avaient pour origine l'impossibilité de localiser les débiteurs du fait de multiples carences imputables aux systèmes d'information. Au surplus, il était apparu que les dysfonctionnements des systèmes d'information avaient entraîné des retards de facturation, principalement sur les produits titre 2 (mutuelles, etc.) et titre 3 (recettes hors soins, exemple chambre particulière), ces retards ayant contribué à amplifier les difficultés à retrouver les débiteurs. Le rapport concluait donc à la nécessité d'une action sur le traitement de ces produits « *en favorisant le paiement immédiat de certains actes et en fiabilisant le recueil des données des patients* » et plus globalement d'améliorer le taux de recouvrement.

Sur la période sous revue, le taux de recouvrement des recettes a évolué comme suit :

Tableau n° 21 : Évolution du taux de recouvrement des recettes

Tous HIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Moyenne 2016-2021
Taux en %	88,9	88,1	85,1	89,2	87,9	89,0	95,0	92,5	95,1	91,3	97,6	90,8	93,7
Les HIA visités													
<i>Bégin</i>					82,0	84,0	92,0	89,0	88,0	82,0	104,0		
<i>Laveran</i>					89,0	84,0	96,0	80,0	91,0	95,0	91,0		
<i>Percy</i>					85,0	78,0	103,0	93,0	92,0	93,0	102,0		
<i>Legouest</i>					87,0	115,0	90,0	102,0	99,0	109,0	97,0		
<i>Desgenettes</i>					100,0	99,0	96,0	94,0	92,0	94,0	94,0	98,0	

N.B. : Le taux de recouvrement est égal au total des encaissements de l'année N divisé par le total des factures émises durant l'année N ; il peut donc être, certaines années, supérieur à 100 % traduisant un rattrapage par rapport à l'année précédente.

Source : SSA

Le taux de recouvrement a donc progressé ces dernières années, pour s'établir à une moyenne de 93,7 % en moyenne 2016-2021. Cette amélioration a pour origine les progrès en termes de systèmes d'information et la fiabilisation de la chaîne « accueil – facturation – recouvrement »

Les charges

Les charges des hôpitaux militaires sur la période 2018-2020 n'ont augmenté que de 1,3 %, pour s'établir à 732,6 M€ en 2020 et sont essentiellement composées des charges de personnel (rémunérations et charges sociales) qui représentent alors 62,2 % du total de charges. On rappellera qu'elles s'élevaient à 796 M€ en 2011 : elles ont donc baissé en valeur de 8 % sur dix ans, soit sensiblement plus une fois corrigés les effets de l'inflation.

Toutefois, cette diminution de charges est essentiellement imputable aux baisses d'activité médicales ou chirurgicales intervenues dans les hôpitaux qui ont fermé des services concomitamment à les réductions des effectifs, et donc de la masse salariale (exemple : hôpital Legouest, à Metz : fermeture des blocs opératoires en 2016, du service de dermatologie (2017), de l'unité de médecine vasculaire (2020)).

Les hôpitaux militaires ont une gestion rigoureuse des charges qu'elles peuvent maîtriser, en particulier de leurs dépenses hotelières et de celles ont ont trait à leurs frais généraux. Ainsi, à l'hôpital Percy, elles ont diminué entre 2014 et 2020, passant de 19,8 M€ à 18,6 M€). La centralisation et la professionnalisation des achats au Service de santé des armées, ainsi que l'accès aux centrales d'achats des hôpitaux y ont contribué. Toutefois, une remontée de ces charges est prévue du fait de l'inflation et surtout des coûts de maintenance des installations, même en présence de travaux de rénovation.

En revanche, certaines dépenses ont vu leur poids s'accroître, notamment les dépenses médicales (pharmacie). Elles passent, à Percy, de 20,6 M€ en 2014 à 30 M€ en 2020 du fait, en particulier, de l'achat de molécules onéreuses et de dispositifs médicaux implantables pour les services d'hématologie, lesquels s'élèvent à 10,8 M€ en 2020, contre 6,8 M€ en 2014. S'agissant de ces achats, on signalera que, n'étant jusqu'en 2020, pas totalement remboursés, par le Ministère des Solidarités et de la Santé, leur impact sur les comptes de hôpitaux étaient relativement important.

3.3.2 Des comptes de gestion qui ne prennent pas en compte les sujétions opérationnelles des hôpitaux militaires

Tels qu'ils sont élaborés, les comptes de gestion produits par les hôpitaux militaires ne peuvent être que structurellement déficitaires. Ces comptes ne retracent, en effet, que les charges et produits donnant lieu à des flux financiers objectivement mesurables. Ainsi, si la projection de soignants en opérations extérieures donne lieu à un remboursement annuel au budget opérationnel de programme du SSA au titre des surcoûts des opérations extérieures, n'est pas intégrée dans les comptes de celui-ci, et encore moins dans ceux des hôpitaux militaires la valorisation des missions statutaires et essentielles dont ces derniers s'acquittent au titre du soutien général qu'il doivent apporter aux armées, comme le maintien de capacités rares (pour les maladies infectieuses, les grands brûlés, etc.) ou l'entretien de capacités chirurgicales très importantes au regard de leur taille.

Si l'intégralité des charges des hôpitaux est bien évidemment couverte au titre du financement global du SSA – ce qui revient *de facto* à leur allouer une subvention d'équilibre qui ne figure pas dans les comptes –, la construction de leurs comptes de gestion ne permet pas de qualifier les déterminants et la portée des déficits qui les ponctuent systématiquement.

Ce n'est pas pour autant que le SSA se soit abstenu de travailler à les réduire. Ainsi, dès 2011, à la suite du contrôle de la Cour de 2010, a été adopté un plan de réduction du déséquilibre financier, avec l'objectif de ramener le déficit à 151 M€ en 2015, contre 281 M€ en 2011. Cette politique a depuis lors été poursuivie sans discontinuité, avec un succès plus ou moins net selon les hôpitaux, comme en témoigne encore les résultats de 2018, 2019 et 2020 présentés dans le tableau ci-après.

Tableau n° 22 : Résultats des hôpitaux d'instruction des armées

En M€	2018	2019	2020	Variations 2018-2020
Bégin - Saint-Mandé	-18,1	-16,1	-10,3	-43,1%
Percy – Clamart	-22,0	-25,4	-25,4	+15,5%
Sainte-Anne – Toulon	-16,2	-14,7	-14,3	-11,7%
Laveran – Marseille	-17,2	-18,2	-12,9	-25,0%
Clermont-Tonnerre – Brest	-12,8	-15,0	-13,6	+6,2%
Legouest – Metz	-12,1	-9,7	-3,8	-68,6%
Desgenettes – Lyon	-13,4	-15,6	-6,5	-51,5%
Robert Picqué – Bordeaux	-18,3	-18,9	-10,4	-43,2%
Déficits couverts par les crédits globalement alloués au SSA	-130,1	-133,6	-97,2	-25,3%

Source : Cour des comptes à partir de données du Service de santé des armées.

Dès lors que ne sont pas identifiés de contreparties aux activités relevant de la mission de soutien général du SSA et où, de ce fait, ne peuvent être appréhendés les différents facteurs concourant au déficit des hôpitaux militaires, le pilotage financier ainsi que la mesure de la performance de chacun d'eux et de l'ensemble qu'ils constituent ne peut être qu'approximatif.

Au moment où s'amplifient les exigences du contrat opérationnel assigné au SSA, il semble particulièrement nécessaire que celui puisse disposer, à travers les comptes de gestion des hôpitaux militaires, des outils financiers appropriés au pilotage de la performance

économique que requiert l'intensification de ses activités avec des moyens qui demeureront contraints. L'élaboration d'états financiers exhaustifs pour chaque hôpital, à l'instar de ce qui existe pour les hôpitaux civils, paraît sans conteste s'imposer.

Pour avancer dans cette direction, pourrait d'abord être établi un état financier consolidant l'ensemble des comptes des hôpitaux et y intégrant, en produit, une valorisation globalisée du coût des sujétions structurelles que le contrat opérationnel du SSA impose aux hôpitaux militaires – ce qui reviendrait à établir le niveau pertinent de la subvention d'équilibre dont bénéficie en réalité les hôpitaux et à en faire ainsi un outil de pilotage de leur performance. Une évolution de cette nature conduirait à identifier l'ensemble formé par les hôpitaux militaires à un groupe hospitalier disposant d'une taille critique comparable à celle d'un centre hospitalier universitaire et donnerait ainsi une image plus juste de ce qu'ils représentent vraiment. Elle pourrait constituer soit une étape indispensable sur la voie de l'amélioration des outils et dispositifs de pilotage de leur performance, soit l'une des données d'entrée de la transformation de la composante hospitalière militaire en établissement public que la Cour recommande de mettre en œuvre, considérant que cette transformation est la voie la plus efficace pour s'inscrire dans cette perspective.

Recommandation n°7 (Service de santé des armées) : Établir des états financiers qui présentent de façon exhaustive les rémunérations résultant de l'activité des hôpitaux militaires.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le Service de santé des armées dispose d'un budget de 1,55 Md€ en 2021, proche de ce qu'il était en 2012 (1,53 Md€) et dont il ne maîtrise pas les masses les plus importantes. Côté recettes, il dépend pour une grande part des attributions de produits de la Sécurité sociale au titre de la prise en charge de la patientèle civile (517 M€ en 2021, soit le tiers de son budget). Côté dépenses, l'essentiel du budget (1,19 Md€ de masse salariale, 51 M€ d'infrastructure) dépend des arbitrages effectués par d'autres directions et services entre les besoins exprimés par les différentes entités du ministère des Armées. Cette situation est loin d'être satisfaisante au regard des grands enjeux que doit relever le SSA, notamment sa composante hospitalière.

Ainsi, tous les soixante ans environ, il est nécessaire d'engager des investissements majeurs pour reconstituer le potentiel de chaque hôpital. C'est actuellement le cas pour l'hôpital Laveran de Marseille, pour lequel les tentatives de rénovations majeures conduites depuis 2008 n'ont produit que des résultats limités. Conscient de l'urgence au regard de la vétusté de cet hôpital, le ministère des Armées a remis à plat du projet en 2021 et décidé la construction d'un hôpital neuf pour un coût estimé entre 228 et 292 M€. Ce projet demeure très fragile. En juin 2023, le Président de la République a annoncé la reconstruction de cet hôpital sur le site de la caserne Sainte Marthe d'ici à 2030, mais son financement n'est pas inscrit dans le rapport annexé au projet de loi de programmation militaire 2024-2030.

De manière générale, la Cour estime souhaitable que ce type d'investissement majeur soit programmé en loi de programmation militaire, d'autant que des recettes exceptionnelles importantes sont attendues de l'activité liée à la patientèle civil. À tout le moins, il apparaît indispensable que des investissements réguliers permettant une remise à niveau et une modernisation des hôpitaux militaires soit planifiés.

Enfin, le Service de santé des armées présente la performance financière de ses hôpitaux militaires à travers des comptes de gestion qui font apparaître des déficits globaux de 133 M€ en 2019 et de 97 M€ en 2020. Cette présentation donne à tort l'impression que le service est à la tête de petits hôpitaux non rentables. En effet, ces comptes de gestion ne comprennent pas tous les produits qui devraient être attribués aux hôpitaux militaires en rémunération de leurs missions. Ainsi, hors le remboursement effectif de la rémunération des soignants engagés en opérations, ne sont pas valorisées, dans les comptes des hôpitaux, les actions qu'il déploie pour maintenir le niveau de compétence des équipes chirurgicales prévues au contrat opérationnel et ses capacités dans des spécialités rares, essentielles pour les forces et la santé publique (traitement des grands brûlés, laboratoires et services dédiés à la prise en charge des maladies infectieuses).

La Cour recommande donc l'établissement d'états financiers exhaustifs, permettant de rendre pleinement compte de la performance financière des hôpitaux militaires du SSA – sujet que le ministère des Armées a indiqué avoir l'intention d'examiner dans le cadre de l'étude à venir sur une éventuelle transformation en établissement public de la composante hospitalière du Service de santé des armées.

CONCLUSION

Le Service de santé des armées, y compris sa composante hospitalière, constitue une capacité essentielle pour les forces armées françaises. Il apporte aux militaires la garantie de la Nation qu'ils seront pris en charge dans les meilleures conditions en cas de blessures. Cela suppose de pouvoir projeter des soignants militaires au plus près des combats, y compris des moyens hospitaliers. Cette capacité de projection, sans équivalent dans le système de santé civil, est également très utile lors de crises sanitaires exceptionnelles ou de catastrophes naturelles de grande ampleur.

Or les hôpitaux militaires sont aujourd'hui en crise. L'échec de certains partenariats avec des hôpitaux civils figure parmi les raisons qui ont conduit à la fermeture de l'hôpital emblématique du Val-de-Grâce en 2016 et à la transformation de l'hôpital Desgenettes à Lyon en antenne hospitalière en 2022. En outre, la crise sanitaire du covid-19 les a fortement mobilisés. Ils peinent à maîtriser les moyens essentiels à la réalisation de leurs missions comme en témoignent, par exemple, le très mauvais état des infrastructures de l'hôpital Laveran à Marseille, malgré les multiples projets de rénovation initiés depuis 2008 ou les longs délais de traitement administratif des recrutements de contractuels. Malgré ces difficultés importantes, ils doivent aujourd'hui se transformer encore, dans le cadre de l'*Ambition stratégique SSA 2030*, afin de permettre la densification de cinq hôpitaux d'instruction des armées aptes à répondre aux besoins de projection qu'impliquerait un conflit de haute intensité.

Pour la Cour, l'enjeu majeur que représente la consolidation de la composante hospitalière du Service de santé des armées nécessite que soient mobilisés plusieurs leviers :

- une meilleure coordination et complémentarité entre les hôpitaux civils et les hôpitaux militaires qui passe par la déclinaison au niveau régional du protocole santé défense qui a été entreprise en 2023 ;
- un investissement indispensable dans les ressources humaines ;
- la reconstruction rapide de l'hôpital Laveran à Marseille qui a été annoncée par le Président de la République en juin 2023;
- une meilleure maîtrise par les hôpitaux militaires des moyens essentiels à leur mission, ce qui peut passer par une évolution vers un statut d'établissement public que le ministère des Armées a indiqué vouloir mettre à l'étude.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	96
Annexe n° 2. Analyse de l'activité des hôpitaux militaires entre 2009 et 2019.....	98
Annexe n° 3. La décomposition des effectifs de praticiens des armées.....	101
Annexe n° 4. Données chiffrées sur les écoles militaires de santé.....	102
Annexe n° 5. Le sauvetage au combat	104
Annexe n° 6. Le Val-de-Grâce : cœur historique du Service de santé des armées et site en pleine mutation.....	105
Annexe n° 7. Le chantier de sauvegarde des collections de Rochefort : un démarrage volontariste, un financement à assurer	121

Annexe n° 1. Glossaire

A2PM : actualisation annuelle de la programmation militaire
AC : antenne chirurgicale
ARS : agence régionale de santé
BOP : budget opérationnel
CAQUES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
EM : équipes médicales
EMR : éléments militaires de réanimation
CeFOS : centre de Formation opérationnelle en Santé
CEMA : chef d'état-major des armées
CESimMO : centre de Simulation à la Médecine Opérationnelle
CMA : centres médicaux des armées
CPCO : centre de planification et de conduite des opérations
CTSA : centre de transfusion sanguine des armées
DAPSA : direction de l'approvisionnement en produit de santé des armées
DFRI : direction de la formation, de la recherche et de l'innovation
DIASS : directions interarmées du service de santé
DRH/MD : direction des ressources humaines du ministère de la défense
DTIE : direction des territoires, de l'immobilier et de l'environnement
EC : équipe chirurgicale
ECMSSA : établissement central des matériels du Service de santé des armées
EMIBE : élément militaire d'investigation biologique et épidémiologique
EMOS : état-major opérationnel santé
EMR : élément militaire de réanimation
EMSLB : écoles militaires de santé de Lyon-Bron
ERSA : établissement de ravitaillement sanitaire des armées
ESA : école de santé des armées
EPPA : école des personnels paramédicaux des armées
GMC : groupement médico-chirurgical
HIA : hôpital d'instruction des armées
HMC : hôpital médico-chirurgical
IRBA : institut de recherche biomédicale des armées
MCSBG : mise en condition de survie du blessé de guerre

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

OTIAD : organisation territoriale interarmées de défense

PCA : pharmacie centrale des armées

PM : poste médical

PMC : plateau ministériel de crise (mis en place pour le covid)

QSR : qualité du service rendu (reporting des bases de défense)

REO : référentiel en organisation

SC1, 2, 3 : sauvetage au combat de niveau 1, 2, 3

SSA : Service de santé des armées

UDPS : unité de distribution des produits de santé

VAB SAN : véhicule de l'avant blindé en version sanitaire

VMP : visite médicale périodique

VSA : visite systématique annuelle

Annexe n° 2. Analyse de l'activité des hôpitaux militaires entre 2009 et 2019

Tableau n° 23 : Évolution de l'activité des hôpitaux d'instruction des armées

Hôpitaux	Nombre de lits			Jours d'hospitalisation et nombre de jours d'hospitalisation par lit				Patients civils (%)	
	2009	2019	Évol.	2009	Nb j/lit	2019	Nb j/lit	2009	2019
Val de G.	358	0	-358	78 581	219	0	-	69%	-
Bégin	309	273	-46	55 403	179	75 124	275	77%	77,5%
Percy	390	332	-58	72 870	187	92 342	278	73%	71,5%
Toulon	350	366	+16	81 819	233	97 005	265	74%	72,5%
Marseille	310	163	-147	64 575	208	54 137	332	85%	72,1%
Brest	215	132	-83	51 739	241	28 364	215	60%	62,7%
Metz	221	131	-90	40 834	185	28 811	220	73%	76,8%
Lyon	289	102	-187	68 826	238	25 353	248	77%	76,4%
Bordeaux	240	45	-195	40 058	139	11 584	257	73%	71,2%
TOTAL	2 682	1 544	-1 138	562 805	210	412 720	267	73%	72,6%

Source : RPT Médecins et hôpitaux militaires de la Cour des comptes pour l'année 2009 et Service de santé des armées pour l'année 2019

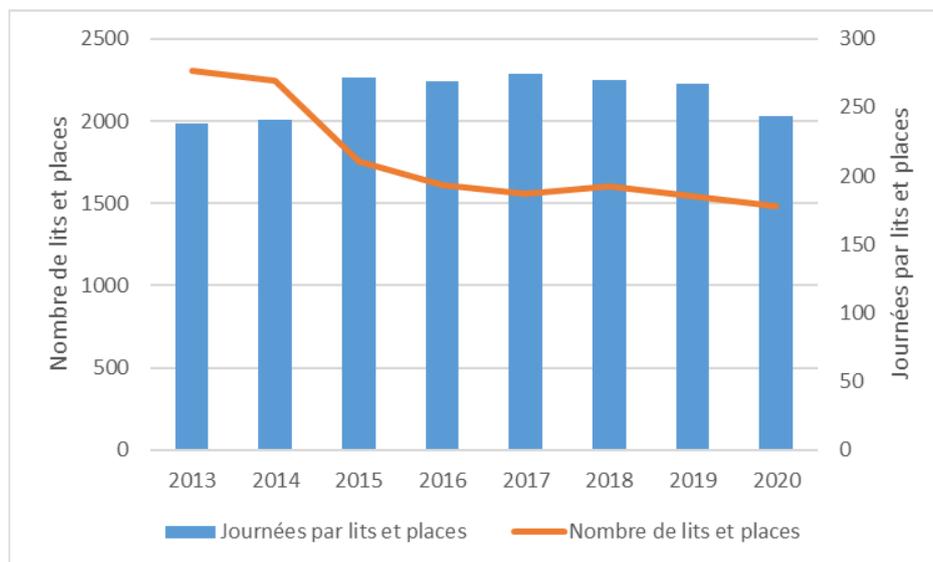
Le tableau ci-dessus donne quelques indications sur l'évolution de l'activité⁷⁹ des hôpitaux militaires entre 2009 et 2019, décennie qui a été marquée par les réformes du plan « SSA 2020 ». Durant cette période, les hôpitaux militaires ont fortement réduit leur format en fermant le Val de Grâce et en supprimant 1 138 lits sur l'ensemble du parc, ce qui représente une diminution de 42 % de l'offre. Les hôpitaux de Brest, Metz, Lyon et Bordeaux, les moins orientés vers l'activité militaire dans le plan « SSA 2020 », ont subi la plus forte diminution du nombre de lits, pouvant aller jusqu'à une baisse de 81% pour l'hôpital Robert Picqué de Bordeaux. Dans le même temps, les effectifs employés dans les hôpitaux militaires sont passés

⁷⁹ L'activité est ici mesurée en nombre de jours d'hospitalisation par lit d'hôpital. Si le suivi de l'activité par lit d'hospitalisation a perdu de sa pertinence pour la santé civile avec les politiques visant à réduire le temps d'hospitalisation et à développer l'offre de soins ambulatoires, elle conserve toute sa pertinence pour les hôpitaux militaires. En effet, leur mission de rôle 4 au profit des armées nécessite de disposer des lits d'hospitalisation pour accueillir des blessés de guerre, pour lesquels l'approche ambulatoire ne constituera pas une option, pour des questions touchant à leur sécurité, à la gravité des blessures et à la prise en charge attendue par l'institution militaire.

de 8 404 à 6 643 emplois⁸⁰. Cette forte réduction de format a été réalisée dans un contexte de déflation des armées qui a diminué le volume de la patientèle militaire.

Malgré ce contexte de restructurations importantes et difficiles à mettre en œuvre, les hôpitaux militaires sont parvenus globalement à augmenter leur activité sur la période, ce qui était un des objectifs visés par les réformes. Le nombre de jours d'hospitalisation par lit d'hôpital a ainsi augmenté dans des proportions importantes passant, en moyenne, de 210 jours en 2009 à 267 en 2019. Cette augmentation de la productivité s'explique principalement par la rationalisation du système obtenue par les très nombreuses fermetures de lits sur la période 2013-2020 de déploiement du plan « SSA 2020 », comme le montre le graphique ci-après.

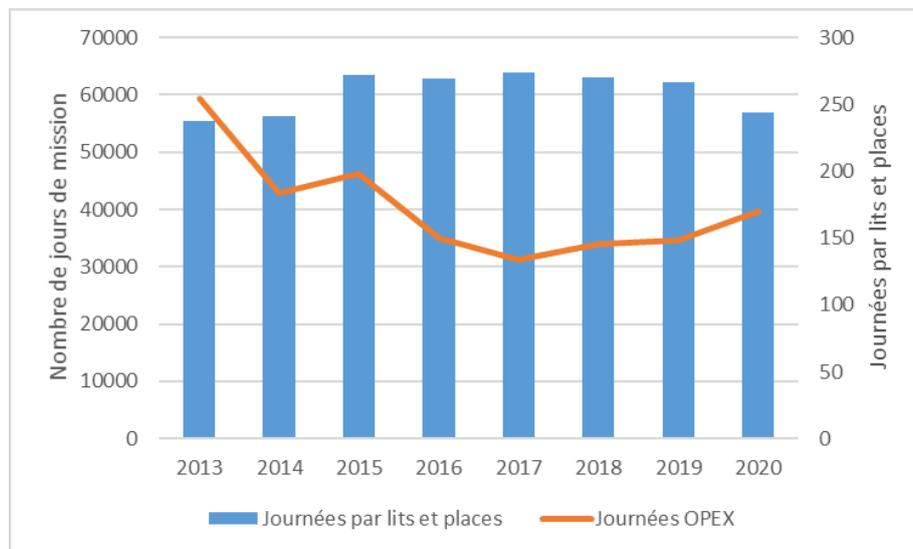
Graphique n° 1 : Évolution de l'activité hospitalière et du nombre de lits entre 2013 et 2020



Source : Service de santé des armées.

Les autres facteurs qui influencent l'activité hospitalière touchent à l'activité opérationnelle. Ainsi, lorsque les projections en opérations extérieures de soignants hospitaliers ont été importantes comme en 2013 et en 2014, l'activité hospitalière en métropole a été moindre, avant de repartir à la hausse à partir de 2015, lorsque les sollicitations opérationnelles pour les armées ont été moindres, comme le montre le graphique ci-après.

⁸⁰ Exprimés en équivalents temps plein travaillés.

Graphique n° 2 : Évolution de l'activité hospitalière et des projections en opérations extérieures

Source : Service de santé des armées.

Pour la patientèle civile, les hôpitaux militaires restent dépendants de la densité plus ou moins grande de l'offre de soins existant à leur proximité. Ainsi, l'HIA Laveran, situé dans un désert médical, à l'orée des quartiers nord de Marseille, a connu un pic d'activité en 2019 avec 332 jours d'hospitalisation par lit disponible. Cela s'explique à la fois par l'excellence de l'hôpital d'instruction des armées, notamment pour la prise en charge des blessures par arme, et par le fait que l'offre de soins civile dans la zone est faible. Toutefois, ce niveau d'activité n'est pas tenable dans la durée pour l'hôpital Laveran, en raison d'une infrastructure très vétuste et de tensions sur les ressources humaines.

Pour la patientèle militaire, les hôpitaux militaires restent dépendants de la densité des implantations militaires à leur proximité. En effet, seuls 58 % des militaires choisissent les hôpitaux militaires pour les soins ne relevant pas du service, en application de la liberté de choix qui leur est assurée par les articles L.1110-8 du code de la Santé publique et L. 713-1 du code de la Sécurité sociale. Les études conduites par le Service de santé des armées montrent que le critère d'éloignement est la principale raison conduisant un militaire à se tourner vers une offre de soins civile, ce qui rend difficile l'augmentation de ce taux de 58 %.

Ainsi, en 2019 comme en 2009, les hôpitaux militaires sont dépendants, pour leur activité et donc pour le maintien de compétences de leurs soignants, de la patientèle civile sans lien avec la défense qui représente de l'ordre de 73 % du total, avec là aussi des disparités entre hôpitaux, les chiffres de 2019 allant de 62,7 % pour l'hôpital de Clermont Tonnerre à Brest à 77,5 % pour l'hôpital Bégin à Saint-Mandé. Conscient de cet enjeu, le Service de santé des armées a engagé des efforts pour faire valoir l'excellence de ses hôpitaux militaires et ainsi être attractif pour la patientèle civile. Les hôpitaux militaires offrent en effet, à des tarifs conventionnés, une offre de soins comprenant des spécialités référencées dans les classements des meilleurs hôpitaux et cliniques effectués par la presse généraliste à destination du grand public. Ainsi, dans le classement du *Point* du 23 septembre 2021, l'hôpital Sainte Anne est 41^e pour la chirurgie du dos de l'adulte, 36^e pour les traumatismes crâniens, 28^e pour le cancer du Poumon et 42^e pour les accidents vasculaires cérébraux. De même, l'hôpital Bégin est 30^e pour les ligaments du genou, tandis que l'hôpital Percy est 28^e pour la leucémie de l'adulte.

Annexe n° 3. La décomposition des effectifs de praticiens des armées

Le tableau ci-après présente le détail des effectifs de praticiens des armées réalisés au 1^{er} mars 2022, incluant les praticiens contractuels militaires et les assistants en formation, pour un total de 2 315.

MÉTIER	EFFECTIF	MÉTIER	EFFECTIF
Spécialités médicales hospitalières	429	Spécialités chirurgicales	213
Anesthésie et réanimation	109	Chirurgie digestive et viscérale	45
Anatomo pathologie et biologie(*)	40	Chirurgie générale	8
Cardiologie et maladies cardio-vasculaires	29	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	9
Dermatologie & Vénérologie	10	Chirurgie orthopédique et traumatologique	61
Endocrinologie et métabolisme	4	Chirurgie plastique, reconstructrice et d'esthétique	6
Gastro-entérologie et hépatologie	31	Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	10
Gynécologie & Obstétrique	3	Chirurgie urologique	10
Hématologie	7	Chirurgie vasculaire	1
Médecine interne	39	Neurochirurgie	13
Infectiologie	5	Ophthalmologie	28
Oncologie	10	Oto-rhino-laryngologie	22
Médecine nucléaire	3		
Médecine physique et réadaptation	25	Médecine générale	857
Néphrologie	1	Médecine d'urgence	65
Neurologie	14	Autres	452
Pneumologie	16	Santé publique	19
Psychiatrie	41	Expertise médicale et contentieux	13
Radiologie	36	Hygiène nucléaire	3
Rhumatologie	6	Médecine aéronautique et spatiale	44
		Médecine de la plongée	12
Pharmaciens	186	Médecine de prévention	31
Vétérinaires	74	Hors technique (recherche, enseignement, PPE, conseiller...)	115
Chirurgiens dentistes	39	Direction	215

*Biologiste : dont pharmaciens

Source : Service de santé des armées, données SIRH

Annexe n° 4. Données chiffrées sur les écoles militaires de santé**Tableau n° 24 : Chiffres du concours ESA niveau Bac**

Promotion	Nb de candidats	Nb de postes ouverts
2018	2247	115
2019	2263	120
2020	2020	115
2021	1815	115
2022	1971	125

Source : Service de santé des armées

Tableau n° 25 : Candidatures et postes ouverts à l'EPPA

Année	Nb de candidats	Nb de postes ouverts
2018	3305	60
2019	2646	57
2020	2577	62
2021	1751	55
2022	1530	55⁸¹

Source : Service de santé des armées

⁸¹ Portés à 82 postes dans un second temps.

Tableau n° 26 : Attrition naturelle des effectifs au cours de la scolarité à l'école de santé des armées, cycles 1 et 2

Date d'incorporation	Nb d'élèves incorporés	Nb élèves en 2 ^e année	Nb élèves en fin de 6 ^e année	Taux d'attrition global (y compris échec concours 1 ^e année)	Taux d'attrition 2 ^e à 6 ^e année	Dont taux d'attrition 4 ^e à 6 ^e année
Sept 2010	145	131	85	41,4%	35,1%	26%
Sept 2011	126	124	76	39,7%	38,7%	36%
Sept 2012	120	113	87	27,5%	23%	22%
Sept 2013	115	59	52	54,8%	11,9% (*)	19% (*)
Sept 2014	105	89	67	36,2%	24,7%	23%
Sept 2015	104	79	67	35,6%	15,2%	14%
Sept 2016	103	104	70	32%	32,7%	31%

(*) cette promotion 2013 a connu une augmentation de ses effectifs de 8% (5 unités) entre la 2^e et la 4^e année.

Source : DFRI, Cour des comptes

Tableau n° 27 : Demandes de radiation à l'ESA de 2017 à 2022

Année	Total annuel	dont 5 ^e	dont 6 ^e
2017	38	11	24
2018	24	6	12
2019	11	5	2
2020	16	3	7
2021	22	10	6
2022 (provisoire)	9	5	2

Source : DFRI

Annexe n° 5. Le sauvetage au combat

L'enseignement du sauvetage au combat (SC), version militaire du secourisme, comprend l'ensemble de techniques immédiates de préservation des chances de survie du blessé de guerre en environnement très dégradé: triage et premiers gestes salvateurs (la *golden hour*)⁸², évacuation vers l'antenne chirurgicale en fonction des chances de vie. Ces enseignements diffèrent de ceux de l'urgence en temps de paix enseignée aux praticiens du SAMU. Ils diffèrent également de la doctrine militaire en vigueur dans l'armée américaine⁸³.

Validé en 2009 par les professeurs agrégés du collège des chaires du Val-de-Grâce, l'enseignement du SC est entré en vigueur en 2010. Il a permis de réduire à environ 10 % le nombre de soldats décédés de leurs blessures de guerre, contre environ 25 % auparavant.

Le sauvetage au combat est enseigné selon trois niveaux d'apprentissage :

- **SC1** : enseigné à tous les soldats, leur permettant d'agir dès l'incident grâce au matériel de la trousse individuelle du combattant (garrot, seringue de morphine...) ;
- **SC2** : enseigné aux auxiliaires sanitaires de l'armée de terre, au Centre de Formation santé (CeFOS), qui en a l'exclusivité. La maîtrise du SC2 permet de stabiliser une victime en attendant l'arrivée d'un médecin ou d'un infirmier ;
- **SC3** : niveau médical, enseigné aux médecins et infirmiers des forces⁸⁴ projetables en rôle 1. Dispensé par le Centre de simulation de médecine opérationnelle (CESImMO), le SC3 permettant de mettre en condition de survie le blessé de guerre pour son évacuation vers une équipe chirurgicale au rôle 2. Le stage SC3 se termine par un exercice de simulation en grandeur nature de triage en rôle 1 et d'évacuation de dizaines de blessés⁸⁵ : MASCAL (Massive Casualties).

Au stade ultime de la préparation opérationnelle, des exercices MEDICHOS (médicalisation en milieu hostile) sont organisés sur un camp de manœuvre, à raison d'une dizaine chaque année. Ils rassemblent les personnels formés au sauvetage au combat - combattants de base (SC1), auxiliaires sanitaires (SC2) soignants des rôles 1 (SC3) - auxquels s'ajoutent les personnels hospitaliers pour armer l'antenne chirurgicale. Des personnels en retour d'opérations extérieures se mêlent à la formation pour y injecter leur retour d'expérience et contribuer à l'amélioration constante de la formation.

Chaque exercice MEDICHOS mobilise une centaine de formateurs, dont une vingtaine rattachés au Service de santé des armées, des formateurs occasionnels en provenance de la direction des hôpitaux des armées et de la direction de la médecine des forces, des réservistes. MEDICHOS est l'occasion d'interactions fortes entre les combattants et les soignants, propice à l'intégration sur le théâtre d'opération des cultures du fait tactique et de la pratique médicale.

⁸² Dictés par un algorithme mnémotechnique très codifié, le « SAFE MARCHE RYAN » où chaque lettre renvoie à un geste précis, afin de limiter pour l'intervenant les effets du stress en milieu hostile.

⁸³ L'armée américaine a la capacité d'hélicopter rapidement un important nombre de paramédicaux sur le champ de bataille pour évacuer les blessés.

⁸⁴ Infirmiers formés à l'école des personnels paramédicaux des armées, comme vu *supra*.

⁸⁵ Le dernier MASCAL, organisé le 30 juin 2022 dans les locaux de l'ex-hôpital du Val-de-Grâce, simulait une attaque avec tuerie massive en milieux clos. Le détachement Sentinelle en stationnement à l'hôpital y incarnait les blessés ainsi que l'unité en opérations extérieures. Les auxiliaires sanitaires (SC2) assuraient les premiers gestes et la mise en sécurité des blessés. Les équipes médicales (soit les stagiaires du SC3) intervenaient pour le triage et l'évacuation sous le contrôle d'un médecin régulateur. Leur supervision était assurée par des praticiens et infirmiers des antennes médicales, quelques hospitaliers et de nombreux réservistes.

Annexe n° 6. Le Val-de-Grâce : cœur historique du Service de santé des armées et site en pleine mutation

Le Val-de-Grâce est considéré par le grand public comme le berceau historique et pour le personnel du Service de santé des armées comme le dépositaire de l'identité du service. Décidée en 2014 et effective en 2016, la fermeture de l'hôpital d'instruction des armées qui œuvrait sur le site depuis 1793 a mis un terme définitif à la dimension hospitalière du Val-de-Grâce. De sorte qu'au sein du Service de santé des armées, seule l'école dans ses différentes composantes conserve désormais l'appellation officielle « Val-de-Grâce », que le Service de santé des armées entend préserver de toute confusion dommageable à son identité⁸⁶.

Photo n° 1 : Vue aérienne de la parcelle du Val-de-Grâce



Source : crédit Air-Image

L'emprise domaniale du Val-de-Grâce est constituée de deux parcelles cadastrales d'une superficie totale de 81 242 m² où sont implantés plusieurs corps de bâtiments d'une surface totale de 90 061 m² (SHON).

L'ensemble est en réalité constitué de trois zones de nature distincte :

- En partie Ouest : l'ancienne abbaye et l'église Notre-Dame du Val-de-Grâce, rendue au culte en 1827, et qui dépend du diocèse aux armées ; les bâtiments conventuels abritent le musée du Service de santé des armées, la bibliothèque du Service de santé des armées et l'école du Val-de-Grâce ;
- Le cœur de l'îlot est occupé par des jardins, anciens « jardins royaux » ou « jardins hauts » aujourd'hui dévolus aux entraînements des stagiaires de l'école ;

⁸⁶ Précaution que le GIP *PariSanté Campus*, futur occupant de la parcelle Est du site, a été clairement invité à observer.

- La partie Est comporte les jardins restants (« jardins bas ») aux abords du bâtiment abritant jusqu'en 2016 un complexe hospitalier inauguré en 1979, l'hôpital du Val-de-Grâce.

Avec la fermeture de l'hôpital en 2016, seule la parcelle Ouest du site est désormais dévolue au Service de santé des armées. Outre les bâtiments historiques de l'église et du cloître, on y trouve les bâtiments d'enseignement de l'école, les services de la direction de la formation de la recherche et de l'innovation, quelques bureaux de la direction centrale et du département d'accompagnement et de gestion des ressources humaines, les services de l'inspection du Service de santé des armées. La parcelle Ouest devrait connaître d'importantes modifications dans les années à venir, marquées par l'ouverture des jardins au grand public ainsi que par une réorganisation du stationnement du Service de santé des armées. Des études sont en cours pour l'implantation future de la direction des hôpitaux du SSA, qui a quitté en juin 2022 ses locaux du Fort-Neuf de Vincennes au profit de la DGSE.

Quant au bâtiment (appelé « monobloc ») de l'ex-hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, seul occupant de la parcelle Est, il abrite depuis 2015 un détachement *Sentinelle*, jusqu'à la fin des jeux olympiques en 2024. Le programme de numérique en santé *PariSanté Campus* devrait ensuite occuper le site.

L'École du Val-de-Grâce assure à ce jour la gestion de l'ensemble de l'emprise et la responsabilité de la mémoire et du patrimoine du site, en plus de ses missions d'enseignement et de formation (cf partie 2.4 du rapport). Le directeur de l'École, médecin général inspecteur et professeur agrégé, assume également les responsabilités de chef de l'emprise et responsable de la sécurité du site.

Ces évolutions majeures ont des conséquences aussi bien sur la préservation et la valorisation du patrimoine mémoriel du service (bibliothèque centrale et musée), dont l'École est désormais l'unique dépositaire, que sur la conservation d'un site intégralement classé monument historique. Conçu dès son origine comme une entité indissociable, il fait désormais face à un processus de fragmentation qui engage son avenir sur le plan patrimonial.

L'ensemble immobilier du Val-de-Grâce

Le site du Val-de-Grâce est intégralement situé dans le site inscrit de Paris (arrêté du 6 août 1975) et bénéficie de protections au titre des monuments historiques (arrêté du 16 novembre 1964) s'agissant des édifices religieux, des murs de clôture, de différents objets et, depuis 1988, de tous sols et sous-sols de deux parcelles du Val-de-Grâce.

L'ensemble monumental du Val-de-Grâce, c'est-à-dire l'église et le couvent, fait l'objet d'une restauration entamée en 1983 et toujours en cours, dans le cadre du protocole Culture-Défense (dans sa version de 2005)⁸⁷, co-maîtres d'ouvrage des travaux de restauration. Ces

⁸⁷ Ce protocole, qui fait exception au principe selon lequel les ministères affectataires de monuments historiques en financent la restauration, prévoit en théorie un financement à part égal des ministères de la culture et des armées, pour les monuments historiques affectés à ce dernier. En pratique, le ministère des armées finance les travaux de ses quatre musées d'Île-de-France (Val-de-Grâce, Invalides, château de Vincennes, école militaire) tandis que les musées militaires des territoires sont restaurés pour la plupart aux frais du ministère de la culture. De plus ce dernier fournit aux armées, pour l'ensemble de leurs MH, la maîtrise d'ouvrage déléguée, confiée à l'opérateur du

travaux ont concerné trois des façades de l'église (montant moyen de trois millions d'euros par façade), la dépose et restauration des anges et des génies du dôme de l'église, afin de répondre à l'urgence d'une mise en sécurité⁸⁸. La mise en sécurité du baldaquin du chœur et la restauration de la façade Nord (à compter de l'automne 2024) de l'église figurent au programme établi dans le cadre de la commission interministérielle du Val-de-Grâce, dont la dernière réunion s'est tenue en 2021.

L'état sanitaire de l'ensemble immobilier de la parcelle Ouest était considéré en janvier 2023 comme bon par le ministère de la Culture⁸⁹, reconnaissant ainsi le soin apporté par le ministère des Armées au patrimoine historique qui lui est affecté.

Une bibliothèque indissociable du cœur des missions du SSA, mais dont les baisses de personnel atteignent un seuil critique

Créée par arrêté ministériel du 19 octobre 1916, la bibliothèque centrale du Service de santé des armées (BCSSA) est placée sous l'autorité directe du directeur de l'École du Val-de-Grâce et constitue un département de l'École, au même titre que le musée. Elle est à la fois un lieu de consultation, de travail, de révision, et de rencontres professionnelles.

La Bibliothèque Centrale du Val de Grâce (BCSSA) : ressource scientifique pour les élèves et les praticiens depuis 1850

Héritière de documents imprimés de l'Ancien Régime, dépositaire de divers documents rassemblés par les praticiens des hôpitaux militaires qui se succédèrent sur le site du Val-de-Grâce, une bibliothèque a été constituée en 1857 afin de répondre aux besoins des élèves et des enseignants de l'école d'application de la médecine militaire elle-même créée en 1850. Tout en s'enrichissant constamment de documents imprimés et manuscrits, et surtout de collections de bibliothèques qu'elle a intégrées, sujette à maints changements de dénomination, elle est devenue la bibliothèque centrale du Service de santé des armées et a acquis son statut actuel en 1990.

Comme toutes les bibliothèques détenant des collections patrimoniales, la BCSSA est dirigée par un conservateur en chef des bibliothèques qui est assisté d'une équipe réduite à quatre personnes après que sont partis entre 2019 et 2020 trois agents qui n'ont pas été renouvelés. À eux cinq, ils assurent la gestion de sept kilomètres linéaires de collections imprimées et de 4 500 revues électroniques environ.

Si les collections imprimées sont accessibles à tous les visiteurs, les publications numériques sont réservées aux agents du Service de santé des armées de toutes catégories, soit environ 15 000 personnes, en excluant les réservistes. Ce ratio d'un gestionnaire pour 3 000 utilisateurs potentiels, ou même d'un pour 2000 en restreignant le périmètre aux utilisateurs actifs, est très faible en comparaison de celui que l'on peut observer dans des bibliothèques d'établissement d'enseignement supérieur (de l'ordre de 1 à 200/300).

patrimoine et des projets immobiliers de la Culture) ainsi que la maîtrise d'œuvre, confiée aux architectes en chef des monuments historiques).

⁸⁸ La repose de copies des génies a été effectuée en juillet 2019.

⁸⁹ Diagnostic établi en janvier 2023 lors du bilan quinquennal du patrimoine des monuments historiques d'Île-de-France.

De sorte que, si l'équipe de huit agents assurait en 2018 une ouverture hebdomadaire au public de 38 heures, l'équipe réduite à cinq agents en 2021 assurait une ouverture hebdomadaire au public de 18 heures seulement. Il en résulte une baisse significative des prestations fournies par la bibliothèque (cf. tableau ci-dessous) : fréquentation, fourniture de documents à distance, recherches documentaires, et surtout travaux de catalogage de travaux universitaires. Le retard pris dans ce dernier domaine, malgré le recours ponctuel à des prestataires extérieurs⁹⁰, débouche sur une réduction de la visibilité de la BCSSA au sein du réseau des bibliothèques scientifiques dommageable au rayonnement du Service de santé des armées dans son ensemble.

Tableau n° 28 : Principaux indicateurs d'activité de la BCSSA 2018/2021

ACTIVITÉS	1 ^{er} sem. 2018	2 ^e sem 2018	1 ^{er} sem 2021	2 ^e sem 2021
Fréquentation	1546	1166	722	624
Prêts	242	388	407	265
Fourniture de documents au personnel (SSA et ext.)	481	337	434	414
Lecteurs inscrits actifs				
• Bibliothèque	ND	54	ND	112
• à distance	1176	1200	1345	1257
Politique documentaire				
<i>Enrichissement des collections</i>				
• Achats	52	76	45	137
• Thèses et mémoires (papier et numérique)	ND	128	72	86
• Abonnements périodiques papiers (annuels)	65	69	214	110
<i>Catalogage</i>				
• Notices bibliogr. (créations, mises à jour)	57913	18082	22908	2992
• Données bibliographiques locales	3172	511	39	7
• Notices d'autorité	6831	4850	4357	4213
• Notices d'exemplaires	25384	8592	19060	2769

Source : Service de santé des armées et Cour des comptes

Tout comme les autres départements de l'école du Val-de-Grâce, la BCSSA ne détient aucun budget en propre. Le financement de ses activités est assuré, pour les abonnements, par une dotation de la direction centrale du Service de santé des armées elle-même répartie en deux enveloppes ; pour le fonctionnement, par prélèvements sur le budget de l'école.

- Une première enveloppe d'un million d'euros confiée par la direction centrale du Service de santé des armées à la DGA-ITE⁹¹ finance les abonnements à des bouquets de

⁹⁰ Qui a d'ailleurs soulevé plus de difficultés qu'il n'en a résolu : le marché de catalogage informatique passé en 2019 par la DPMA avec la société Aurexus, a certes permis d'afficher un taux d'activité correct mais il aurait été conduit d'une manière peu professionnelle (confusions multiples dans l'indexation des ouvrages).

⁹¹ Créée en 2014 par succession du Cedocar (centre de documentation de l'armement), la DGA-ITE (Intelligence Technique et Économique) est basée à Angoulême et dotée de 54 personnes parmi lesquels des spécialistes des sciences médicales, en charge de la fourniture d'information documentaire au profit de la DGA et de la communauté de Défense, et du pilotage de la veille d'information stratégique, technique et économique au profit des orientations de la DGA. C'est la DGA-DGA-ITE qui centralise et négocie les achats de documentation

revues fournis par cinq éditeurs anglo-saxons et néerlandais. Le conservateur en chef estime qu'il manque autour de 280 000 € sur cette ligne des abonnements électroniques pour satisfaire la demande des utilisateurs et notamment contracter un abonnement avec la plate-forme Cairn-info, un bouquet entièrement francophone qui fait l'objet d'une demande récurrente des utilisateurs du service. Il est à noter que l'appartenance de la BCSSA à l'Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur ouvre à celle-ci, outre la réciprocité d'accès aux fonds documentaires, un accès au réseau de négociateurs du consortium Couperin, subventionné par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche.

- Une deuxième enveloppe, de 176 000 €, elle aussi attribuée par la direction centrale du Service de santé des armées, est destinée aux abonnements électroniques et revues papier en fonction des demandes titre à titre formulées par les utilisateurs de la BCSSA. Elle est confiée à la gestion de la DGA-ITE, à travers un accord-cadre passé avec des éditeurs spécialisés, parmi lesquels trois distributeurs français.
- La troisième source de financement, d'un montant approximatif de 50 000 € en 2022, provient, à la demande, du budget de fonctionnement de l'école du Val-de-Grâce, et se décompose comme suit : 15 000 € pour l'achat de livres imprimés, 2000 € pour des conventions avec l'agence bibliographique de l'enseignement supérieur, 5000 € pour l'usage du système de catalogage SUDOC, le reliquat étant consacré aux frais de mission des agents auprès des entités utilisatrices (hôpitaux militaires, ...) aux fins de formation.

Si la bibliothèque est capable de quantifier ses lecteurs inscrits pour emprunter des ouvrages papier, elle n'a en revanche qu'une faible visibilité sur le nombre réel de ses utilisateurs distants (pour mémoire le vivier s'élève à 15 000 utilisateurs) et leur évolution, une majorité du personnel du Service de santé des armées⁹² pouvant accéder de façon directe et anonyme aux publications, par reconnaissance d'adresse IP. Or ce système ne fournit pas d'indication sur le nombre d'utilisateurs car l'adresse est commune à tout un établissement. Pauvrement outillée pour évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande de documentation et surtout l'évolution de cette dernière, la BCSSA ne peut donc réajuster d'une année sur l'autre le périmètre de ses abonnements qu'au vu des rapports mensuels de consultation transmis par les éditeurs⁹³.

Le Musée du Service de santé des armées : un potentiel largement sous-exploité

Le musée du Service de santé des armées a été créé en 1916 en tant que conservatoire national de l'action du service durant la Grande Guerre, et rattaché deux ans plus tard à l'école d'application. Il ne connaît pas de grand changement jusque dans les années 1990 sinon qu'il a bénéficié de nouveaux locaux en 1993 qui ont permis son sa réouverture au public en 1998. Sa

électronique pour le compte du ministère, au moyen d'accords-cadres ou de marchés passés avec les éditeurs, lesquels s'engagent à limiter la hausse annuelle des coûts à 2 %.

⁹² Soit le personnel des écoles de santé, des hôpitaux d'instruction des armées et de l'IRBA.

⁹³ Le comptage des consultations par article étant illégal, les éditeurs tiennent le compte du nombre de connexions et de téléchargements d'articles par revue. Ce comptage ne permet donc pas, sauf exception, d'identifier les thématiques consultées.

fréquentation annuelle s'établit en moyenne à 19 082 visiteurs durant la période sous revue. Il pâtit d'une visibilité médiocre, améliorée toutefois par une signalétique apposée au printemps 2022 sur la grille de la rue Saint-Jacques⁹⁴.

Des collections exceptionnelles desservies par une muséographie désuète

Le musée du Service de santé des armées compte plus de 16 000 objets presque tous inscrits sur l'outil de gestion des collections *Archange* administré par le ministère des armées, environ 25 000 objets situés dans l'ancienne école de médecine navale de Rochefort, un important fonds d'archives et environ 10 000 photographies originales sur la médecine militaire datant de 1857 aux années 1990.

La qualité des objets pourrait être mieux mise en valeur, au moyen d'un parcours didactique soutenu par une signalétique qui fait grandement défaut, d'une scénographie plus dynamique, et d'une intégration des technologies muséographiques modernes permettant de contextualiser les collections.

Un musée qui ne satisfait que partiellement aux exigences de l'appellation musée de France

L'instruction du 26 mars 1999⁹⁵ portant organisation et fonctionnement du musée, jamais réactualisée, précise ses missions :

- il y est présenté comme un musée de tradition, une catégorie dont le musée ne relève plus, désormais, depuis qu'il a obtenu par arrêté du 13 décembre 2006 du ministre de la Culture et de la communication l'appellation « musée de France » en application de l'article L 442-1 du code du patrimoine⁹⁶ ;
- de vocation interarmées et tout particulièrement pédagogique à l'usage du personnel du Service de santé des armées, il assure la protection, la restauration et la présentation au public de tous les objets intéressant les techniques et les activités du Service de santé des armées, en temps de paix comme de crise ;
- il contribue à l'éveil des vocations et à maintenir le goût de l'histoire du Service de santé des armées ; il conserve les archives détenues au titre du musée au sein d'un centre de documentation ; il réalise l'inventaire et le suivi des objets de collection constitutifs du patrimoine dans les organismes du Service de santé des armées ; il conserve et inventorie les œuvres d'art de la chapelle et de l'ensemble monumental et organise les visites⁹⁷.

L'actualisation de cette instruction apparaît d'autant plus nécessaire que l'instruction ministérielle 303/DEF/SGA du 8 janvier 2016 qui définit et organise au sein

⁹⁴ Il reste qu'on doit encore sonner à la grille pour accéder à l'esplanade de l'église et à l'entrée du musée, ce qui n'incite guère le visiteur peu averti.

⁹⁵ Instruction N°499/DEF/DCSSA/OL/OME/1 du 26 mars 1999 portant organisation et fonctionnement du musée du Service de santé des armées.

⁹⁶ Il figure comme un des quatre musées de France rattachés à l'état-major des armées (les trois autres relevant de l'armée de Terre). L'appellation implique la reconnaissance de l'intérêt public des collections et une protection élevée (inaliénabilité, imprescriptibilité, insaisissabilité), des engagements précis en matière de récolement, conservation et restauration, de professionnalisation des équipes, enfin l'obligation de rédiger un projet scientifique et culturel qui fixe les grandes orientations du musée.

⁹⁷ La visite de l'église et du cloître est incluse dans le billet donnant accès au musée.

du ministère les musées, centres d'interprétation, conservatoires et salles d'honneur est actuellement en cours de réécriture.

L'instruction du 26 mars 1999 prévoit une commission consultative du musée réunissant divers responsables du service et toute personnalité civile ou militaire dont la présence est jugée utile. Chargée de donner son avis sur la définition des objectifs du musée, ses programmes d'activité, elle a cessé de se réunir en 2009, sur décision du directeur de l'école, privant l'établissement d'un organe collégial d'orientation sur sa politique et ses moyens et contribuant à renforcer la situation d'isolement constatée pour chacun de ses deux conservateurs successifs.

De fait, des objectifs sont assignés au conservateur dans le cadre unique du dialogue annuel d'évaluation avec le directeur de l'école⁹⁸. En revanche, aucune ligne directrice concernant le musée n'est fixée au directeur de l'École lors de sa prise de fonction⁹⁹ et la mise en valeur du musée est absente de ses objectifs et critères de notation, faute d'une politique en la matière. L'existence du musée n'est matérialisée que dans l'axe « performance » du contrat d'objectifs et de performance de l'école du Val-de-Grâce, sous la forme d'un indicateur de valorisation financière : « concrétiser les opportunités de valorisation du musée en obtenant des financements externes. »

Ainsi le musée du SSA se trouve-t-il dans une situation de déshérence particulière comparé à l'ensemble des autres musées du ministère, qui ont bénéficié d'une stratégie muséale structurée à travers l'Ambition 2019, ou des crédits du « chantier 15 » s'agissant des trois musées à statut d'établissement public. Resté à l'écart de cette double dynamique, le Service de santé des armées s'est trouvé de surcroît, à l'inverse des trois armées, dépourvu d'un délégué au patrimoine, puisque la fonction, théoriquement occupée à temps partiel par le directeur adjoint de l'École du Val-de-Grâce, a finalement été supprimée en 2018¹⁰⁰.

La réactivation d'un conseil scientifique composé d'experts scientifiques et historiens est que plus nécessaire. Cette instance pourrait conseiller la conservatrice en chef du patrimoine qui a pris ses fonctions le 3 février 2019 et n'a entamé qu'au premier semestre 2022 la rédaction d'un projet scientifique culturel pourtant requis par le code du patrimoine depuis l'octroi de l'appellation Musée de France¹⁰¹. Le directeur central du Service de santé des armées a indiqué à la Cour avoir mandaté la conservatrice afin de « redonner un nouveau souffle » au musée¹⁰².

Une capacité d'autofinancement fluctuante

Comme ses homologues dépendant des états-majors, le musée du Service de santé des armées constitue un organisme militaire rattaché administrativement à l'École du Val-de-Grâce. Il dépend de celle-ci pour son fonctionnement, l'entretien et la conservation des locaux mis à sa disposition, l'élaboration du budget de gestion, l'administration du personnel qui y est employé, la gestion des visites.

Compte tenu de sa taille réduite et de sa proximité du musée avec la direction de l'École, l'absence d'autonomie budgétaire et de personnalité juridique du musée apparaît de peu d'impact sur le développement potentiel de ses ressources propres et sur sa visibilité. Il convient

⁹⁸ Il est à noter cependant que les directeurs successifs ont toujours accordé une attention bienveillante aux activités du musée.

⁹⁹ Juillet 2021 pour le dernier directeur.

¹⁰⁰ Réponses du musée à un questionnaire de la Cour, en date du 10 avril 2020.

¹⁰¹ Ce chantier semble n'avoir guère progressé en janvier 2023.

¹⁰² Audition du directeur central du service de santé des armées du 29 mars 2023.

en revanche de s'interroger sur la décision des services financiers de l'UO, prise en 2007, de fusionner au sein du budget de l'École les lignes musée et bibliothèque, par souci de simplification, selon l'explication fournie à l'époque. Elle prive d'une part le musée d'un outil de prévision budgétaire, même indicative, et de visibilité sur la programmation de ses activités, et la direction, d'autre part, d'un outil de pilotage, même rudimentaire, des dépenses de l'organisme en regard de ses recettes sur subvention ou propres. Seul le suivi extra-comptable réalisé par la direction financière de l'école a permis de reconstituer *ex post*, à la demande de la Cour, les dépenses engagées année après année au profit du musée, permettant d'en déduire la capacité d'autofinancement.

On soulignera toutefois que les directions successives de l'école n'ont jamais tiré avantage de cette fusion forcée pour gonfler les moyens de leurs départements pédagogiques au détriment du musée.

Tableau n° 29 : Recettes et dépenses du musée du SSA de 2014 à 2020

<i>Année</i>	Fréquentation	Recettes au 31/12	Dépenses au 31/12	Autofinancement
2014	19 527	44 109 €	137 951 €	32,0 %
2015	18 554	34 408 €	231 503 €	14,9 %
2016	27 354	29 105 €	259 443 €	11,2 %
2017	24 970	30 826 €	216 715 €	14,2 %
2018	22 989	29 564 €	218 590 €	13,5 %
2019	14 967	41 630 €	138 763 €	30,0 %
2020	5 216	15 684 €	136 738 €	11,4 %

Source : Service de santé des armées, Cour des comptes

Les ressources propres du musée résultent des actions culturelles : six expositions temporaires depuis 2014 dont l'exposition « Depardon » ouverte au public en octobre 2019, réalisée en partenariat avec le musée national de la Marine et l'établissement de communication et de production audiovisuelle de la défense (EPCAD)¹⁰³. Les recettes de la boutique, en régie directe, sont proportionnellement négligeables.

La capacité d'autofinancement est très fluctuante, fondée sur un volume d'entrées et de dépenses elles-mêmes très irrégulières d'une année sur l'autre. Elle est pourtant un indicateur intéressant de l'activité du musée, qui pourrait utilement être mobilisé dans un contrat d'objectifs et de moyens. Dans le même esprit, il serait utile que les services financiers de l'École du Val-de-Grâce élaborent un outil de mesure du coût net réel de l'organisme et de son évolution, tous postes de dépenses inclus (personnel, fluides, ...).

¹⁰³ Prématurément interrompue par la pandémie de covid, cette exposition a donné lieu à une privatisation des locaux pour l'entreprise mécène. Les recettes de ce mécénat ont été versées à l'EPCAD, producteur de l'événement.

Aucun investissement ni acquisition pour les collections n'a été réalisé sur la période 2014-2019. L'association des amis du musée du Service de santé des armées, à finalité scientifique et historique¹⁰⁴, soutient le musée en participant à l'organisation d'expositions temporaires, en assurant la médiation lors des visites guidées et en acquérant pour le musée, en 2020, une statue en bronze d'un brancardier de la Somme.

Sur le volet des ressources humaines, le musée a pâti depuis quelques années d'arbitrages défavorables, dans un contexte tendu, l'obligeant à recourir à des vacataires notamment pour les tâches de récolement.

De la nécessité d'une politique patrimoniale du SSA

Si la mémoire et le patrimoine du Service sont très majoritairement concentrés au Val-de-Grâce, creuset de la formation, détenteur du musée et de la bibliothèque centrale, ils sont également présents sur d'autres sites¹⁰⁵. Leur combinaison paraît de nature à justifier une politique globale de mise en valeur qui ne saurait relever de la seule dimension muséale. Dans chacune de trois armées, cette valorisation patrimoniale est d'ailleurs confiée à un *délégué au patrimoine*, accompagné d'une équipe de taille variable et dont la plus expérimentée et la plus ancienne est la délégation au patrimoine de l'armée de terre (DELPAT-terre)¹⁰⁶. Le directeur central du Service de santé des armées se montre soucieux de renforcer la visibilité du service en redonnant du sens aux valeurs et aux symboles dans lesquels il s'enracine¹⁰⁷. Ainsi, a été nommé un délégué au patrimoine du Service de santé des armées, médecin général inspecteur en deuxième section, placé auprès du sous-directeur « appui à l'activité » de la direction centrale. Par lettre de mission du 20 janvier 2023, le directeur central lui confie la définition d'« orientations stratégiques de la politique du SSA en patrimoine, de mémoire et d'identité ». Comme l'a précisé de son côté l'état-major des armées, son action, tout comme celle des correspondants dédiés des directions et services interarmées, sera coordonnée par le référent patrimoine de l'état-major des armées créé en septembre 2022.

Le devenir du Val-de-Grâce : un même site pour trois usages, défi patrimonial d'envergure

Après la fermeture de l'hôpital, le ministère des Armées a souhaité libérer sans délai l'emprise foncière de l'hôpital moderne désaffecté et conserver le reste du site pour son usage propre.

¹⁰⁴ Environ 120 bénévoles, anciens du Service de santé des armées.

¹⁰⁵ Parmi lesquels les anciennes écoles de Rochefort, de Bordeaux, et les Écoles militaires de santé Lyon-Bron, dont l'association des élèves entretient un musée consacré à l'histoire du SSA, de taille modeste mais d'une conception attractive et régulièrement enrichi par des dons

¹⁰⁶ La DELPAT-terre est responsable de la protection de l'ensemble des collections des différentes armes, interlocutrice directe de la direction de la mémoire, de la culture et des archives du ministère des armées, elle-même en charge de la politique de mémoire collective du ministère et de la préservation de son patrimoine, ainsi que de la direction des territoires, de l'immobilier et de l'environnement pour la valorisation immobilière du patrimoine de l'armée de terre.

¹⁰⁷ Cette dimension patrimoniale commence juste d'être prise en compte (janvier 2023) par la cellule financements complémentaires créée en 2019 auprès du directeur central du Service de santé des armées.

La question du devenir du site fait aujourd'hui l'objet de concertations pluripartites, engagées sous le pilotage du préfet de la région Île-de-France, garant pour l'État de la cohérence du projet global. Un mandat de négociation lui a été confié le 23 novembre 2020 par le ministre des Comptes publics pour permettre à la ville de disposer d'un interlocuteur unique sur l'ensemble de sujets fonciers intéressant l'État. S'agissant du site du Val-de-Grâce, ce mandat implique de tenir ensemble les trois usages distincts désormais projetés d'ici 2029 : la poursuite des activités de formation et d'entraînements de l'École du Val-de-Grâce sur un espace fortement réduit, la réalisation d'un pôle scientifique de santé numérique sur la parcelle de l'ex-hôpital d'instruction des armées, la transformation des jardins centraux en promenade ouverte au public.

Photo n° 2 : Parcelle cadastrale 36 (en vert), concernée par les travaux des jardins et de *PariSantéCampus*



Source : site de données cadastrales ouvertes - cadastre.data.gouv.fr

L'ex-hôpital sera reconverti en centre de santé-numérique à l'horizon 2029

Plusieurs options de reconversion avaient été examinées dès la fermeture, parmi lesquelles un regroupement d'agences sanitaires dans le cadre d'un projet de campus santé recherche porté conjointement par le ministère des Solidarités et de la santé et le ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Ce dernier projet, qui se détachait, fut cependant abandonné en 2019 pour des raisons de stratégie territoriale¹⁰⁸ mais il a nourri le projet finalement retenu de partenariat public-privé *PariSanté Campus*, porté par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche.

¹⁰⁸ L'implantation d'agences publiques au cœur de Paris n'apparaissant pas judicieuse.

Photo n° 3 : Délimitation du périmètre du projet *PariSanté Campus*

Source : Service de santé des armées et dossier de concertation *PariSanté Campus*

L'objectif de *PariSanté Campus* est de structurer une filière cohérente à l'échelle nationale afin de valoriser les usages, avérés et futurs, des données massives de santé, dans le respect du régime réglementaire de protection des données.

Le numérique en santé, une filière prioritaire de l'innovation

Autrement appelé e-santé ou santé numérique, il a été identifié par le rapport « Faire de la France une économie de rupture technologique »¹⁰⁹ comme un marché-clé prioritaire sur lequel la France doit se doter d'une stratégie d'accélération sur l'ensemble de la chaîne de valeur, de la recherche à l'industrialisation, qui concerne l'ensemble des activités en rapport avec la santé. Parmi les pratiques relevant du numérique pour la santé : le dossier médical en ligne, la téléconsultation, les systèmes d'information dans les hôpitaux, les objets connectés (suivi des maladies chroniques), les services en ligne, etc.

Constitué provisoirement sous le régime du groupement d'intérêt scientifique (GIS) juridiquement adossé à l'INSERM¹¹⁰, impliquant plusieurs opérateurs publics¹¹¹ et entreprises privées, *PariSanté Campus* doit évoluer à terme vers le régime de la concession consentie à un opérateur privé à la suite d'un appel d'offre en cours de rédaction. Cette phase de préfiguration de la future installation sur le site du Val-de-Grâce s'est accompagnée, dès le lancement officiel du projet par le Président de la République (le 4 décembre 2020), de plusieurs engagements de l'État : conserver l'identité médicale du lieu, ne pas démolir l'ancien hôpital¹¹², favoriser la

¹⁰⁹ Remis au gouvernement en février 2020.

¹¹⁰ Le GIS est dépourvu de personnalité juridique.

¹¹¹ Ministère des solidarités et de la santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Université Paris Sciences & Lettres (PSL), Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique (Inria), Agence du numérique en santé (ANS), Health Data Hub (HDH).

¹¹² Une démolition peu envisageable en tout état de cause : tout projet de construction neuve à l'emplacement de l'hôpital aurait été soumis à autorisation au titre des monuments historiques, sous réserve du respect des règles d'urbanisme en vigueur, et une proposition de classement du bâtiment, œuvre d'un architecte grand Prix de Rome,

mixité des usages et ouvrir au public une partie du site. Le dossier de consultation des entreprises devrait être publié mi 2023 pour désigner la maîtrise d'œuvre.

Le coût de réhabilitation de l'ex-hôpital et la transformation du site sous maîtrise d'ouvrage déléguée de l'EPAURIF¹¹³ sont évalués à 360 M€, un financement qui serait partagé entre l'État et le futur opérateur privé chargé de travaux. L'ouverture du site est prévue en 2029.

Sous l'angle immobilier, la parcelle Est sera déclarée inutile au ministère des Armées en 2024¹¹⁴, et réattribuée au ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche par la direction de l'immobilier de l'État sous forme d'une convention d'utilisation de l'emprise.

Pour mémoire (partie 1.3.3 du rapport) le ministère des Armées espérait une compensation financière du transfert au ministère chargé de la Recherche d'une partie de l'emprise du Val-de-Grâce. Cette compensation n'est par arbitrée à ce jour, ni dans son principe ni dans ses modalités financières.

Le projet *PariSanté Campus* aura pour résultat l'autonomisation quasi-complète de la parcelle Est par rapport au site historique du Val-de-Grâce¹¹⁵. La prise en compte des qualités propres du bâtiment¹¹⁶ et le maintien de sa morphologie font l'objet d'un consensus entre les parties prenantes. Il s'agira par ailleurs de veiller à l'impact du projet sur le monument historique (c'est à dire la parcelle classée monument historique ainsi que les sol et sous-sol de la parcelle Est) en termes de co-visibilité depuis le couvent (végétalisations, hauteur des constructions).

Photo n° 4 : Gravure de 1660 (au premier plan le « jardin bas », à l'emplacement du HIA et du futur pôle numérique).



Source : étude volumétrique de l'ACMH pour l'aménagement de la parcelle Est, 2018.

aurait pu être soumise à la commission nationale des monuments historiques si elle en était saisie par une association de défense du patrimoine architectural du XX^e siècle.

¹¹³ Établissement public d'aménagement universitaire de la région Île-de-France.

¹¹⁴ Le seul lien pratique qui subsistera portera sur l'utilisation de la cantine du bâtiment par le personnel du ministère des armées situé au Val-de-Grâce.

¹¹⁵ À l'exception d'une servitude prévue entre le futur projet *PariSanté Campus* et le site historique resté au ministère des armées, permettant ainsi l'accès des engins hors gabarit et des véhicules de pompiers.

¹¹⁶ En forme de vertèbre, caractéristique de l'architecture des années 1970.

Les jardins de la partie centrale s'ouvrent au public

Un choix d'ouverture maximale des jardins centraux au public...

Dans le sillage des transformations prévues sur la parcelle du monobloc, la mairie de Paris a sollicité du ministère des Armées l'ouverture au public des jardins de la partie centrale du site du Val-de-Grâce. Ces jardins font partie intégrante du site classé monument historique, soumettant toute intervention à l'autorisation préalable de la conservation régionale des monuments historiques (DRAC Île-de-France).

Dans le cadre de son mandat de négociation, le préfet de la région Île-de-France a proposé à la ville de Paris trois scénarios d'ouverture, élaborés par le ministère des Armées. Tous comportent le maintien de la parcelle et de l'immobilier historiques (l'église et les bâtiments abritant l'école, le musée et la bibliothèque) sous utilisation domaniale exclusive du ministère des armées. Le scénario d'ouverture maximale (scénario 3) a été choisi par la ville de Paris et notifié le 16 février 2022 au ministère des Armées.

Ouverture des jardins : le scénario maximal est retenu

Le **scénario 1** prévoyait l'ouverture de la totalité des jardins moyennant un contrôle concerté des accès, au nombre de deux dans cette hypothèse : l'accès piéton préexistant de la rue Saint-Jacques¹¹⁷ et un accès piéton et véhicules à réaménager sur le boulevard de Port-Royal¹¹⁸. Ne modifiant pas le périmètre du terrain militaire, cette solution prévoyait la faculté pour le ministère des Armées de maintenir fermés les jardins 90 jours par an, lors des exercices de mise en condition opérationnelle nécessitant leur usage exclusif¹¹⁹. N'emportant aucune délimitation physique entre la partie historique et les jardins centraux, elle impliquait en revanche des frais de sécurisation et de vidéo-surveillance, que le ministère des Armées ne souhaitait pas engager.

Le **scénario 2** aurait délimité un périmètre accessible clôturé aux visiteurs, diminuant sensiblement les zones opérationnelles dédiées aux entraînements ; il impliquait la création d'un accès supplémentaire autonome dédié aux jardins, sur le boulevard de Port-Royal. Dans ce scénario, une grille périmétrique longeant les bâtiments historiques devait délimiter les espaces historiques des espaces ouverts au public.

Le **scénario 3** est celui d'une ouverture maximale des espaces verts au public, ne laissant aux exercices et entraînements des élèves de l'école du Val-de-Grâce que l'espace vert situé au droit du chevet Est de l'église (schéma N°3). Ce scénario maximal suppose la transformation d'une zone de parking en espace vert supplémentaire ouvert au public ; l'aménagement d'un point de filtrage sur le boulevard de Port-Royal permettant les deux accès distincts vers la parcelle des armées d'une part, les jardins publics, d'autre part ; il consacre enfin l'implantation d'une barrière de séparation délimitant le site historique.

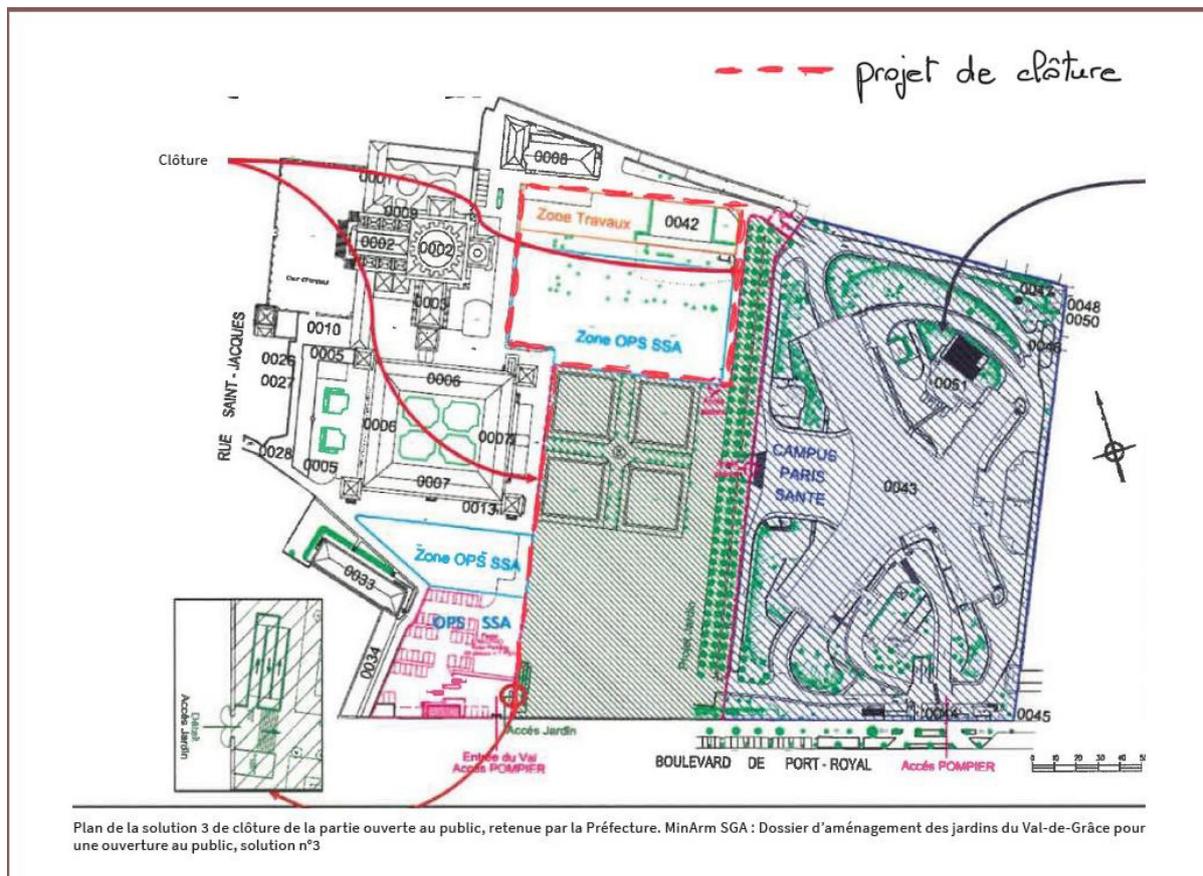
Par courrier au préfet de la région Île-de-France daté du 10 mars 2022, le directeur central du Service de santé des armées prenait acte du choix de ce scénario 3 par la ville de Paris, aux conditions d'absence de frais supportés par les armées, du respect des besoins du SSA et de son école en termes de sécurité d'emprise militaire et d'espaces suffisants pour l'instruction à la médecine du combat.

¹¹⁷ Aujourd'hui ouvert aux visiteurs des seuls musée et église.

¹¹⁸ Accès déjà utilisable pour les véhicules utilitaires, sur le boulevard de Port-Royal.

¹¹⁹ Exercices impossibles à tenir en présence des promeneurs, compte tenu des espaces nécessaires et du caractère spectaculaire des reconstitutions de scènes de guerre.

Schéma n° 3 : Scénario 3 retenu pour l'aménagement des espaces et tracé envisagé pour la séparation physique



Source : Cour des comptes, d'après le ministère des armées et complément d'informations fournis par le ministère de la culture.

Les travaux devraient commencer après les jeux olympiques de 2024 et le départ prévu du détachement *Sentinelle* pour une durée prévisible de 24 mois, sous réserve des autorisations d'urbanisme et de la disponibilité des financements. Un groupe de travail animé par la préfecture de région Île-de-France¹²⁰ doit en préciser les coûts¹²¹. Si les modalités juridiques de dévolution sont au cœur des travaux conduits et des études en cours, le volet patrimonial apparaît comme un des défis de l'exercice.

¹²⁰ Préfecture Île-de-France, mission régionale de la politique immobilière de l'État, SSA, DRAC Île-de-France, architecte en chef des monuments historiques en charge du site, Ville de Paris.

¹²¹ Entre 3,5 et 5,2 millions d'euros selon de premières estimations.

... qui doit veiller à la cohérence historique et patrimoniale du site

Photo n° 5 : Vue aérienne du site



Source : géoportail de l'Institut Géographique National, étude ACMH

Associés dès le début des études aux réflexions en cours, les services du ministère de la Culture ont fait valoir que le site était conçu dès sa conception comme une entité historique indissociable, matérialisée par l'unité paysagère entre l'abbaye et ses jardins¹²².

Il est un fait que, s'agissant de la parcelle Est, sa cession au ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche ne fera que matérialiser le découpage physique qui préexistait dès le XVII^e siècle à la création de l'hôpital. Plus sensible en revanche, la division parcellaire à l'œuvre entre la partie historique et les futurs espaces publics, résultant du choix d'ouverture maximale au public, soulève des questions qui restent encore à l'étude au moment de l'élaboration du présent rapport.

Au titre des enjeux de sécurité, l'accès des véhicules de secours incendie au chevet de l'abbaye est une condition essentielle. Le préfet d'Île-de-France souligne¹²³ la prise en compte de cet impératif dans le dossier de consultation des entreprises de *PariSanté Campus*, qui prévoit de conserver les actuels accès pompiers.

Au titre des enjeux de sûreté et de préservation des activités du Service de santé des armées, il est permis de s'interroger sur la compatibilité des entraînements des élèves militaires, qui s'annoncent en nombre croissant en raison de défis posés au service en matière de formation opérationnelle, avec la fréquentation quotidienne par le public d'espaces verts contigus. Le préfet d'Île-de-France a fait savoir que le Service de santé des armées envisageait des

¹²² Ceux-là mêmes qui seront ouverts au public.

¹²³ Réponse à la Cour du 24 Mars 2023

dispositions d'isolation sonore et visuelle adaptées à ses besoins pour permettre ces exercices, sans que le principal intéressé se soit prononcé sur ces aménagements.

Photo n° 6 : Insertion simulée d'une grille de séparation entre la partie historique et les futurs jardins publics



Source : ministère des armées

Une vigilance particulière devra être exercée au titre de la cohérence patrimoniale et paysagère du site. La ville de Paris a indiqué qu'elle souscrivait pleinement aux enjeux patrimoniaux liés à ce site emblématique, mais qu'il était prématuré de juger du résultat, dans la mesure où la mission d'étude patrimoniale était en cours, sous la conduite opérationnelle de la préfecture de région. Enfin, à la connaissance de la Cour, il n'est pas prévu de concertation entre le ministère des Armées, pour l'aménagement des surfaces qu'il conserverait, et la ville de Paris, qui prendrait en charge l'aménagement des jardins destinés au public. De sorte que, en l'absence de réassurance sur ce point, des espaces verts classés monuments historiques et prochainement dévolus à ces deux gestionnaires distincts risquent de connaître des évolutions divergentes, ignorantes l'une de l'autre et de tout dessein d'intégration paysagère globale.

Annexe n° 7. Le chantier de sauvegarde des collections de Rochefort : un démarrage volontariste, un financement à assurer

Le chantier prioritaire du musée du Service de santé des armées pour les trois ans à venir est le déménagement temporaire et la mise en protection des presque 25 000 objets de la collection en péril et composée notamment de restes humains, situés dans l'ancienne école de médecine navale de Rochefort (AEMN).

Les collections appartiennent au Service de santé des armées et sont hébergées dans des locaux utilisés par le musée national de la Marine. Prévu sur une durée de trois ans, le coût total estimé s'élève à 420 000 € (150 000 € en 2022, 150 000 € en 2023 puis 120 000 € en 2024). Sur ce dossier particulier, la ministre déléguée aux armées a salué en comité exécutif du 10 mars 2022 la rapidité d'instruction du Service de santé des armées et souligné l'importance qui s'attachait à la bonne fin de ce chantier sensible déjà relevé par la Cour .

Au terme d'une négociation entre l'École du Val-de-Grâce et le musée national de la Marine, ce chantier de récolement sera réalisé *in situ*, pendant les heures d'ouverture du musée de l'AEMN. Les crédits sont prélevés sur le budget général de l'école, avec le soutien de la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation.

Il est noté que les crédits ont été engagés par l'École du Val-de-Grâce avec grande difficulté en raison de rejets comptables récurrents dans le contexte de la stratégie d'achat ministérielle. Seuls 12 000 € ont pu être engagés juridiquement en juin 2022 sur un total de 150 000 €. Le problème, non spécifique au Val-de-Grâce, a été signalé par la direction de la formation, de l'innovation et de la recherche à la direction centrale du Service de santé des armées. Selon le Service de santé des armées, ces difficultés de gestion auraient été surmontées au dernier trimestre 2022.

Il convient de garantir, en programmation budgétaire, la continuité et la cohérence des crédits prévus pour chacune des trois années du chantier de sauvegarde des collections de l'AEMN, uniques en Europe.