

## **Besoins futurs dans le domaine du Service sanitaire coordonné**

Rapport du 9 novembre 2021

---

## Table des matières

1. Introduction .....	3
1.1 Contexte .....	3
1.2 Mandat de projet .....	4
1.3 Organisation de projet et méthodologie .....	4
2. Service sanitaire coordonné : un des domaines coordonnés pour la coordination et la maîtrise des situations d'urgence et de catastrophes .....	5
3. Résultats .....	7
3.1 État des lieux .....	7
3.1.1 Installations sanitaires protégées .....	7
3.1.2 Crise et hôpitaux : lits supplémentaires (surge capacity) .....	8
3.1.3 Personnel soignant civil et personnel auxiliaire .....	9
3.1.4 Personnel soignant et sanitaire de l'armée .....	10
3.1.5 Approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux .....	10
3.1.6 Planifications préventives .....	11
3.1.7 Formation .....	11
3.1.8 Aperçu des capacités hospitalières, matériel et ressources à l'échelle nationale ....	12
3.1.9 Interface avec l'Interassociation de sauvetage (IAS) .....	12
3.1.10 Collaboration avec des spécialistes externes .....	13
3.1.11 Rôle du SSC en temps de crise .....	13
3.2 Mandat futur du SSC .....	14
3.3 Gouvernance : modèles pour la conduite du SSC .....	16
3.3.1 Mandataire SSC de la Confédération .....	16
3.3.2 Subordination .....	16
Variante 1 : Groupement Défense (armée) .....	17
Variante 2 : OFPP .....	19
Variante 3 : OFSP .....	21
3.3.3 Intégration structurelle des partenaires .....	23
3.3.4 Financement .....	24
4. Bases légales .....	24
5. Recommandations .....	24
6. Propositions du chef de projet .....	25
7. Annexe .....	26

## 1. Introduction

Le Service sanitaire coordonné (SSC) a été créé à une période où l'armée était l'instrument principal de la politique de sécurité pour maîtriser les crises d'une certaine ampleur. Selon sa base légale<sup>1</sup>, le SSC a désormais pour tâche de coordonner tous les organes civils et militaires chargés de planifier, de préparer et de prendre les mesures sanitaires nécessaires. La direction du SSC incombe au mandataire du Conseil fédéral pour le SSC, qui est aujourd'hui aussi le médecin en chef de l'armée. Depuis ses débuts, le SSC est rattaché à l'armée (ou plus précisément au Groupement Défense<sup>2</sup>). Au sein du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS), une réflexion a été engagée en 2018 en vue de moderniser l'organisation du SSC. En effet, les menaces ont évolué, le système de santé comme l'armée ont connu plusieurs réformes. Pour toutes ces raisons, le professeur Thomas Zeltner a été mandaté pour expertiser<sup>3</sup> le SSC.

Le présent rapport revient sur les missions que le SSC devra fournir à l'avenir. L'organisation à laquelle il doit être rattaché et l'intégration de ses partenaires dans le pilotage sont également examinées. Les travaux du groupe de projet se fondent sur l'expertise du professeur Zeltner. Par ailleurs, la pandémie de COVID-19 a mis le système de santé à l'épreuve dans le contexte d'une crise, qu'il s'agisse de la Confédération ou des cantons, aussi bien au niveau opérationnel que stratégique. Elle a permis d'analyser les activités du SSC en situation particulière comme extraordinaire et de mieux connaître les attentes de ses partenaires en période de crise.

Après les recommandations du professeur Zeltner (chap. 1.1), le présent rapport présente le mandat de projet (chap. 1.2) ainsi que l'organisation et la méthodologie (chap. 1.3). Il dresse un bref portrait du SSC au chap. 2. Le chap. 3.1 fait la synthèse des différentes thématiques et conclusions, lesquelles servent de base au nouveau mandat du SSC (chap. 3.2). Le chap. 3.3 aborde la future gouvernance du SSC. Trois possibilités de subordination – Groupement Défense (armée), Office fédéral de la protection de la population (OFPP), Office fédéral de la santé publique (OFSP) – sont analysées, de même que la double fonction de mandataire du SSC et médecin en chef de l'armée, l'intégration des partenaires aux structures et le financement du SSC. Au chapitre 4 est évoquée la base légale. Quelques recommandations sont proposées au chap. 5. Le chap. 6 contient les propositions du chef du projet.

### 1.1 Contexte

Le professeur Zeltner s'est demandé si, dans sa forme actuelle, le SSC est en adéquation avec sa mission et les défis à relever, comment il peut fournir les prestations attendues, régler les compétences de conduite, ainsi que la manière dont son organisation et les bases légales doivent être adoptées. À la fin 2018, le professeur Zeltner a formulé les recommandations ci-dessous dans son expertise.

1. Traiter le projet « Poursuite de l'utilisation de l'hôpital militaire d'Einsiedeln » (début : automne 2018). Situation actuelle : l'armée a décidé de continuer d'utiliser et d'entretenir l'hôpital militaire jusqu'en 2035. La décision concernant la poursuite, voire l'extension de l'utilisation, en rénovant entièrement l'hôpital, doit être prise d'ici à 2028.
2. Répondre à la demande des cantons et charger l'OFPP de dresser un état des lieux sur les besoins futurs de la protection civile en infrastructures sanitaires, de définir les priorités en fonction de cette analyse et de mettre en place une organisation de projet correspondante (début : fin 2018). Situation actuelle : le

---

<sup>1</sup> Ordonnance du 27 avril 2005 sur le Service sanitaire coordonné (OSSC ; [RS 501.31](#))

<sup>2</sup> Le Groupement Défense planifie, dirige et administre l'armée.

<sup>3</sup> Professeur Thomas Zeltner (2018) : expertise sur les besoins futurs dans le domaine du Service sanitaire coordonné

mandat d'initialisation du projet a été adopté en août 2020. Les travaux ont commencé en été 2021 sous la direction de l'OFPP.

3. Demander à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) de lancer un projet portant sur le développement subséquent de la planification hospitalière régionale et nationale (début : 1<sup>er</sup> semestre 2019) et de le coordonner étroitement avec le sous-projet « Utilisation continue des installations sanitaires de la protection civile ». Autre option dans le cadre d'un grand projet : examiner les deux aspects (planification hospitalière cantonale et besoins futurs en installations sanitaires protégées de la protection civile) de manière coordonnée.
4. Rattacher dès que possible le SSC au Secrétariat général du DDPS (solution intermédiaire ; long terme : prévoir un transfert à la CDS).
5. Instaurer un comité de direction du SSC en 2019.
6. Définir les objectifs du SSC d'ici 2021 au plus tard, sur la base des recommandations du comité de direction.
7. Soumettre l'ordonnance relative au SSC à une révision partielle.

## 1.2 Mandat de projet

En accord avec les membres de la plateforme politique du Réseau national de sécurité (RNS)<sup>4</sup> et avec l'ancienne présidente de la CDS, la cheffe du DDPS a mandaté en novembre 2019 le délégué RNS pour analyser les conclusions du professeur Zeltner avec les principaux partenaires du SSC. Elle lui a demandé de tenir compte si possible des trois premières recommandations et de proposer des variantes pour les recommandations 4 à 7 en vue de les concrétiser.

Le mandat<sup>5</sup> prévoyait de dresser un état des lieux concernant le SSC (chap. 3.1), de formuler une proposition pour adapter son mandat (chap. 3.2) et d'élaborer des variantes en vue d'adopter un nouveau modèle de gouvernance (chap. 3.3). Les travaux ont commencé en janvier 2020, mais ils ont été ralentis par la pandémie. En effet, la plupart des membres de l'équipe de projet étaient directement impliqués dans la gestion de la crise sanitaire. Par conséquent, le délai initialement prévu a été reporté de quelques mois.

## 1.3 Organisation de projet et méthodologie

Les principaux partenaires du SSC étaient représentés au sein de l'organisation de projet à trois niveaux. La plateforme politique du RNS était chargée de la surveillance politique du projet avec le président de la CDS. La CDS, l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS), l'OFSP, le Secrétariat général du DDPS, l'OFPP, la Conférence gouvernementale des affaires militaires, de la protection civile et des sapeurs-pompiers (CG MPS), la Conférence des responsables cantonaux des affaires militaires, de la protection de la population et de la protection civile (CRMPPCi), l'armée, le SSC, l'Office fédéral de la police (fedpol), l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE), la Coordination Suisse des sapeurs-pompiers et l'Interassociation de sauvetage (IAS) étaient représentés au sein du groupe d'accompagnement stratégique et au sein des trois sous-projets. Le projet dont le secrétaire général du DDPS était le mandant, était dirigé par le délégué RNS.

---

<sup>4</sup>Les cheffes du Département fédéral de justice et police (DFJP) et du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS) ainsi que les présidents de la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) et de la Conférence gouvernementale des affaires militaires, de la protection civile et des sapeurs-pompiers (CG MPS) sont représentés au sein de la plateforme politique du RNS.

<sup>5</sup>Cf. mandat et organisation de projet pour le SSC du 11 novembre 2019.

Le groupe d'accompagnement stratégique a défini un certain nombre de thématiques qui ont été analysées dans trois sous-projets (Ressources et infrastructures, Mandat du SSC et Gouvernance) afin de permettre d'envisager l'orientation future du SSC. Puis il a évalué les propositions en synthétisant les résultats dans le présent rapport (chap. 3). De son côté, la CRMPPCi a mené une enquête auprès des organes de conduite cantonaux portant sur leur connaissance du SSC, leur satisfaction vis-à-vis du SSC, les prestations qu'ils aimeraient recevoir du SSC à l'avenir, la collaboration avec le SSC pendant la pandémie et leur opinion concernant les installations sanitaires protégées. La délégation de la CRMPPCi a transmis les résultats de cette enquête pour les intégrer au projet. Certaines questions et réponses sont illustrées en annexe (chap. 7). Enfin la direction du projet a conduit des discussions bilatérales avec entre autres des représentants des cantons, de l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse et de la Croix-Rouge suisse.

## **2. Service sanitaire coordonné : un des domaines coordonnés pour la coordination et la maîtrise des situations d'urgence et de catastrophes**

La maîtrise des situations d'urgence et des catastrophes nécessite l'intervention ciblée des organisations et des institutions les plus diverses. Les domaines coordonnés<sup>6</sup> permettent d'harmoniser la planification et les préparatifs des différents organes fédéraux et cantonaux appelés à collaborer en cas d'événement majeur. La coordination au plan fédéral incombe au Conseil fédéral, qui délègue cette responsabilité à des organes ad hoc (comités, commissions) au sein desquels les services compétents sont représentés. Le SSC est l'un des six domaines coordonnés. L'illustration 1 représente les partenaires principaux de la Confédération et des cantons.

### Définitions

*Domaine sanitaire* : organisation dont l'objectif est d'assurer la médecine d'urgence (et la prise en charge médicale des malades, des blessés ou des blessés au combat) et les tâches d'ordre public permettant de faire face aux événements et aux catastrophes, préparatifs compris.

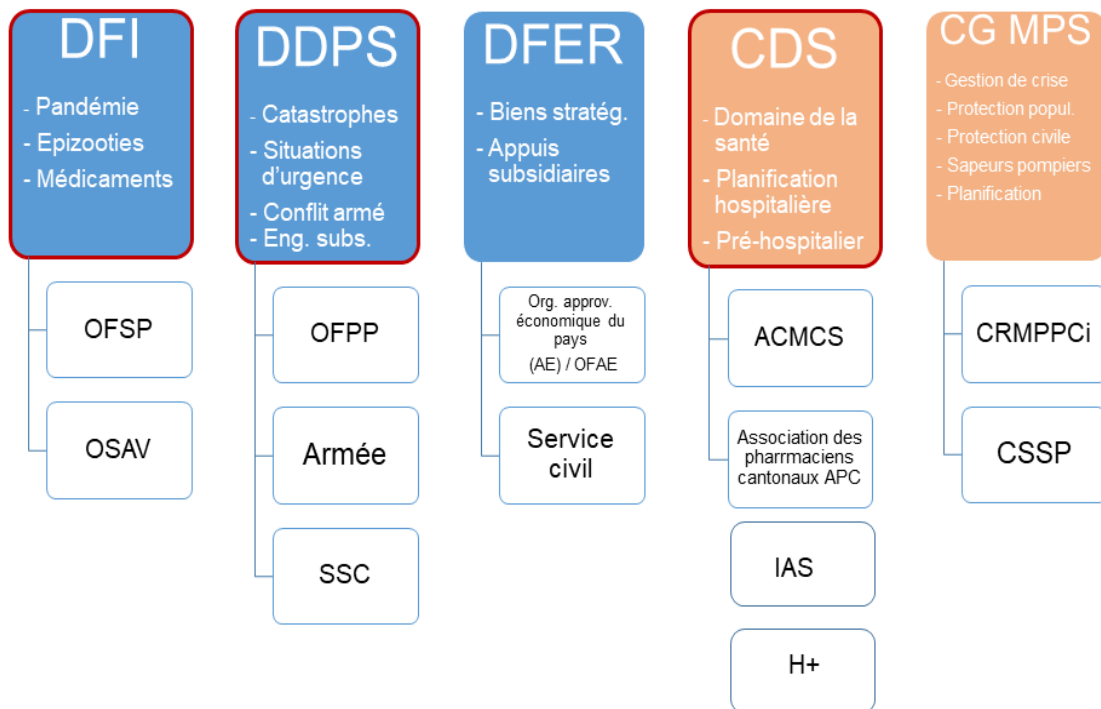
*Sanitaire* : consistant à assurer la médecine d'urgence (et la prise en charge médicale des malades, des blessés ou des blessés au combat) et les tâches d'ordre public permettant de faire face aux événements et aux catastrophes

*Service sanitaire* : prestations de médecine d'urgence (et de prise en charge médicale des malades, des blessés ou des blessés au combat) et tâches d'ordre public permettant de faire face aux événements et aux catastrophes, préparatifs compris

*Service sanitaire coordonné (SSC)* : réseau national de coordination et de pilotage chargé d'assurer la prise en charge sanitaire en toute situation.

---

<sup>6</sup> <https://www.babs.admin.ch/fr/verbund/kobe.html>

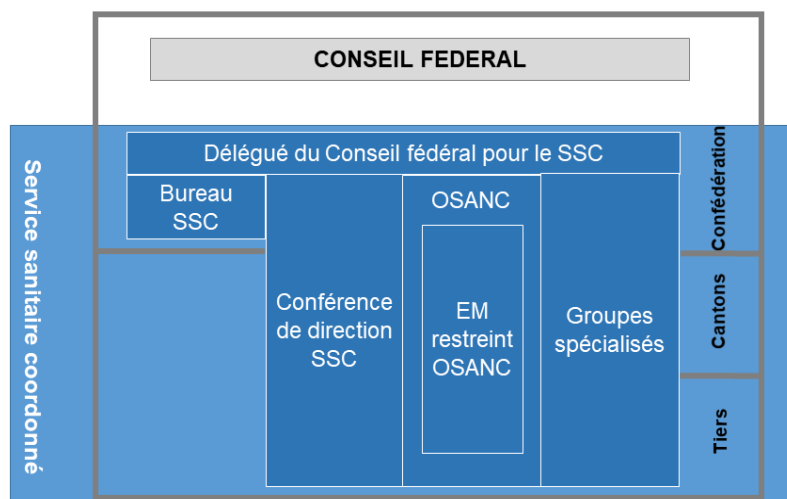


### III. 1 : acteurs du SSC

L'ordonnance du 27 avril 2005 sur le Service sanitaire coordonné (OSSC) décrit ainsi la mission du SSC au sens large : « *Le SSC a pour tâche de coordonner au niveau approprié l'engagement et la mise à contribution optimale des moyens disponibles en personnel, en matériel et en installations de tous les organes civils et militaires chargés de planifier, de préparer et de prendre les mesures sanitaires nécessaires* » (art. 1). L'art. 4 OSSC détaille les tâches du mandataire SSC sans préciser les moyens pour les concrétiser. Le professeur Zeltner estime utile de prévoir une tâche plus réaliste vu qu'aucun organe ne peut être à même d'assurer seul la coordination à un niveau approprié en toute situation.

Le mandataire du Conseil fédéral pour le SSC dirige le SSC. Il est nommé par le Conseil fédéral, auquel il est directement subordonné. Il est rattaché au DDPS sur le plan de l'organisation (art. 3), actuellement au sein du Groupement Défense. Il occupe une autre fonction en parallèle puisqu'il est également médecin en chef de l'armée. Mais un tel cumul n'est pas prescrit explicitement par l'ordonnance. Le mandataire SSC dispose d'un bureau (art. 11). Il dirige la conférence de direction du SSC et l'organe sanitaire de coordination (OSANC). « *La conférence de direction du SSC conseille le mandataire SSC pour toutes les questions qui relèvent de la coordination sanitaire et lui apporte son soutien dans la réalisation de la coordination* » (art. 8, al. 1). Les membres de la conférence de direction du SSC ne sont pas mentionnés dans l'ordonnance, qui précise qu'ils sont nommés par le mandataire du SSC sur proposition des partenaires du SSC. Quant à l'OSANC, il « *apporte son soutien au mandataire SSC dans toutes les questions relevant du domaine sanitaire et le conseille dans l'accomplissement de tâches d'importance stratégique* » (art. 9, al. 1). Il convient encore de mentionner que le mandataire du SSC dispose aussi d'un bureau pour la direction du Centre de compétences pour la médecine militaire et la médecine de catastrophe (art. 13), qui n'est pas pris en compte dans le présent projet.

Le DDPS finance le SSC à raison de 4,3 millions de francs par an. Cinq équivalents plein temps ont été attribués au Bureau du SSC, sans compter le poste du mandataire du SSC. Le financement des prestations de conseil, des projets et de la prévention (hôpitaux SSC, Alliance suisse des samaritains, etc.) s'élève à 1,7 million de francs. Les cantons participent au fonctionnement du Système d'information et d'intervention (SII) à raison d'une contribution de 5 centimes par tête d'habitant. L'amélioration future du système est financée par le DDPS.



III. 2 : organisation actuelle du SSC

### 3. Résultats

Le chap. 3 présente les principaux résultats du projet. L'état des lieux (Chap. 3.1) examine les différentes thématiques afin d'en dégager des conclusions, y compris des options pour l'avenir du SSC (en grisé). Le chap. 3.2 en tire des conséquences pour le mandat futur du SSC, en situation tant normale que particulière ou extraordinaire. Le chap. 3.3 aborde différents aspects et propositions concernant la gouvernance du SSC.

#### 3.1 État des lieux

##### 3.1.1 Installations sanitaires protégées

À la fin de 2018, 90 hôpitaux protégés étaient recensés et 248 postes sanitaires protégés, y compris 7 hôpitaux dotés du statut spécial SSC. La Confédération et les cantons financent conjointement ces infrastructures sanitaires, dont la conception et les standards en matière de construction, d'installations, de gestion et d'entretien correspondent aux années 1970-1980. Conçues dans le contexte d'un conflit armé, elles ne sont plus adaptées aux exigences actuelles, comme le précise également le rapport du Contrôle fédéral des finances de mai 2020<sup>7</sup>. Sans oublier que le personnel qualifié (spécialistes, éléments de l'armée de milice) manque pour faire fonctionner ces installations.

Selon le professeur Zeltner, l'analyse des besoins en infrastructures protégées est directement liée au développement des planifications hospitalières régionales et nationales, elle nécessite d'être au moins coordonnée à celui-ci, voire d'y être associée.

En 2019, suivant la deuxième recommandation du professeur Zeltner, la cheffe du DDPS a chargé l'OFPP d'élaborer une nouvelle stratégie d'utilisation des installations sanitaires protégées. L'OFPP devrait présenter celle-ci et le concept correspondant d'ici au printemps 2024. Les cantons (CDS, CG MPS) sont représentés dans le projet.

Ce projet a porté uniquement sur les sept hôpitaux protégés souterrains dotés du statut spécial SSC (hôpital SSC). Ceux-ci n'ont pas servi pendant la pandémie pour des raisons médicales et épidémiologiques. Le canton du Valais a utilisé les lits de son unité spéciale SSC pour accroître ses capacités en infrastructures à la surface. Dans le canton de Neuchâtel, l'hôpital SSC a servi au tri des patients et comme réserve.

<sup>7</sup> [Rapport](#) du Contrôle fédéral des finances (2020) : état des installations sanitaires protégées et coordination entre les services fédéraux

### Enseignements et options possibles

- Le groupe de projet est convaincu, dans sa majorité et en particulier au sein de la représentation cantonale, que les hôpitaux SSC ne sont plus nécessaires et qu'il est préférable de créer les capacités supplémentaires pour faire face aux événements (afflux de blessés, situations d'urgence infectieuses) dans les grands hôpitaux existants.
- Les hôpitaux SSC ne sont utiles que s'ils peuvent être utilisés. C'est pourquoi tout investissement dans un hôpital SSC devrait être conditionné à son intégration au sein, d'une part, de la gestion ordinaire d'un hôpital en surface et, d'autre part, au contexte global (planification hospitalière). L'enquête de la CRMPPCi confirme aussi cette tendance.
- L'armée indique qu'en cas de besoin, elle peut apporter un soutien subsidiaire aux hôpitaux SSC, mais que leur gestion doit être intégrée à celle des hôpitaux de surface concernés.
- L'armée devrait engager toutes ses formations d'hôpital afin de soutenir les sept hôpitaux SSC en même temps.
- Dans le projet de l'OFPP il faut définir des critères et des conditions sur la manière d'intégrer un hôpital SSC à un hôpital en surface ou de le gérer dans ce contexte. Il importe aussi d'établir l'infrastructure et les prestations nécessaires (nombre de lits, niveau des soins, types de blessés ou patients) en cas d'urgence ou de catastrophe.
- Les cantons (ou les régions de santé) se fondent sur ces critères pour décider s'il est préférable de mettre en place l'infrastructure et les prestations nécessaires en cas d'urgence ou de catastrophe au sein des hôpitaux SSC souterrains ou plutôt des hôpitaux en surface. Ce choix se fait en fonction des besoins régionaux (planification hospitalière comprise), des ressources en personnel nécessaires aux cantons pour remplir ces besoins et d'un concept d'exploitation ayant fait ses preuves.
- Le projet de l'OFPP doit aussi clarifier avec les cantons l'utilisation future des autres installations sanitaires protégées.

### 3.1.2 Crise et hôpitaux : lits supplémentaires (surge capacity)

Dans son expertise, le professeur Zeltner est d'avis que la Suisse devrait être en mesure de fournir une capacité supplémentaire allant jusqu'à 4250 lits environ en cas d'épidémie et 425 pour les situations d'urgence non infectieuses. La CDS estime pour sa part que la situation financière ne permet pas de réserver 4000 lits dans les structures hospitalières ordinaires selon leur profil actuel. Face à la pandémie, les cantons ont réussi à dégager de nombreux lits supplémentaires, soit en renonçant à des interventions planifiées, soit en construisant des structures temporaires. Nombre de cantons ont inclus les cliniques privées dans leur plan d'urgence en leur demandant d'accueillir des patients (atteints par exemple de COVID). Un rapport intermédiaire de l'OFSP<sup>8</sup> mentionne 3619 hospitalisations en lien avec la pandémie au du 25 février 2020 au 27 avril 2020. Entre le 24 février 2020 et le 7 novembre 2021, les hospitalisations en Suisse et au Liechtenstein pour cause de COVID-19 se montent à 34 029.

### Enseignements et options possibles

- La pandémie a montré que le déficit se fait sentir davantage pour le personnel formé et spécialisé (p. ex. en soins intensifs) que pour les lits d'hôpital.
- Les planifications hospitalières (cantonales et intercantionales) placées sous la responsabilité des cantons doivent prévoir des capacités supplémentaires

<sup>8</sup> [Bilan épidémiologique intermédiaire](#) du nouveau coronavirus en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein, rapport de l'OFSP du 27 avril 2020



susceptibles d'être mobilisées immédiatement en cas d'épidémie ou de pandémie, ainsi que lors de situations d'urgence non infectieuses (comme un afflux massif de blessés). Les cantons travaillent dans ce sens avec les hôpitaux et les établissements de santé publique.

- Pour gérer tout événement majeur, le SSC doit disposer d'un aperçu national des capacités nationales en lits et hôpitaux au moyen du SII (cf. chap. 3.1.8).
- En cas d'événement majeur, le SSC doit assurer la coordination (p. ex. du projet de coordination nationale en cas d'afflux massif de patients dans les unités de soins intensifs confié à la Rega durant la pandémie COVID-19, en proposant des places en unités de soins intensifs et des lits de soins).

### 3.1.3 Personnel soignant civil et personnel auxiliaire

En période de crise sanitaire, c'est d'abord le personnel dûment formé qui vient à manquer. Il ne suffit pas d'ouvrir des lits supplémentaires, encore faut-il disposer de l'encadrement nécessaire (médecins, personnel soignant, personnel logistique). Des renforts ont pu être trouvés (état à la fin septembre 2021) auprès du personnel spécialisé soit à la retraite, soit encore en formation (étudiants en médecine et en soins infirmiers), soit travaillant en clinique privée. De plus, des mesures d'organisation interne (comme l'assouplissement des prescriptions en matière de droit du travail à travers les ordonnances COVID-19) ont aidé à combler les lacunes. La pénurie de personnel spécialisé en soins intensifs n'a toutefois pu être palliée qu'en partie, du fait de conditions de travail dégradées.

Des bénévoles d'associations ou de la société civile ont aussi proposé leurs services. Souvent, ils ne maîtrisaient toutefois pas les processus de travail des établissements de santé publique et pouvaient donc représenter une charge supplémentaire pour le personnel spécialisé. En temps de pandémie, garder à jour la liste des bénévoles à l'échelle locale ou régionale, en vérifiant leurs capacités et références, et en les plaçant rapidement au bon endroit, représente un défi de plus. La protection civile et le service civil ont aussi joué un rôle clé dans le soutien aux établissements de santé publique.

#### Enseignements et options possibles

- Le SSC ne dispose pas de ressources propres en personnel pour le soutien du système de santé publique. En principe, il revient aux cantons de veiller eux-mêmes à disposer du personnel soignant nécessaire.
- Le SSC ne doit pas concurrencer les cantons dans le recrutement du personnel. C'est pourquoi le SSC devrait se concentrer sur le personnel de la Confédération et des institutions fédérales (laboratoire de Spiez, EPF, administration fédérale) et élaborer un plan pour soutenir les hôpitaux et les établissements de santé publique en temps de crise grâce à ce personnel fédéral.
- Les cantons sont également responsables de recruter des bénévoles et du personnel auxiliaire auprès des institutions locales ou régionales qui leur sont subordonnées (en passant éventuellement des conventions) et de l'engager en cas d'événement. Il faut clarifier avec l'OFPP dans quelle mesure il serait utile de former les spécialistes « assistance » de la protection civile pour les engager en hôpital. Comme tout personnel soignant travaillant en hôpital, ils devraient disposer d'une certification reconnue.
- Il est compliqué de garder à jour la liste des bénévoles et du personnel auxiliaire. Un outil informatique serait utile pour présenter les ressources en personnel et prestations disponibles aux niveaux national, régional, cantonal et local, et permettre ainsi une répartition intercantonale. Le SSC pourrait gérer un tel instrument (p. ex. au moyen du SII) en y assurant l'accès à ses partenaires (cf. chap. 3.1.8).

- La pandémie a permis de constater la dépendance vis-à-vis du personnel soignant étranger et frontalier (p. ex. en cas de fermeture des frontières). Sans lui, le secteur de la santé publique s'effondrerait dans plusieurs cantons. Il s'agit d'analyser cette dépendance au plan politique pour prendre des mesures là où c'est nécessaire.

### 3.1.4 Personnel soignant et sanitaire de l'armée

Pendant la pandémie, début avril 2020, environ 2400 militaires (FF 2020 3343) ont fourni des prestations (soins de base) au profit des hôpitaux civils, des maisons de retraite et de soins, et des services de sauvetage. L'ensemble des formations sanitaires et d'hôpital ont été convoquées. Les troupes ont été engagées de manière décentralisée dans les domaines des soins (y compris les soins intensifs), des transports et du tri de patients. En tant qu'organisation sectorielle de l'État-major fédéral Protection de la population (EMFP), le SSC (OSANC) a défini cet engagement sur la base des analyses des demandes cantonales dans le cadre de la Gestion fédérale des ressources (ResMaB).

Sauf absolue nécessité, le personnel soignant civil engagé pour l'instruction axée sur l'engagement a été licencié dès l'issue de celle-ci par le médecin en chef de l'armée pour ne pas impacter le système civil de santé publique.

Le Conseil fédéral a décidé en novembre 2020 de mettre sur pied de 2500 militaires au plus en service d'appui en faveur du système de santé civil jusqu'au 31 mars 2021 (FF 2020 8891). Comme il a durci les critères d'attribution des engagements subsidiaires par rapport à la première vague, le nombre de demandes approuvées a baissé pendant la deuxième vague. Le nombre maximal de militaires engagés en service d'appui était de 750 à la fin novembre 2020, dont 449 en faveur des hôpitaux civils.

#### Enseignements et options possibles

- La majorité de l'équipe de projet est d'avis qu'en cas de situation d'urgence ou de catastrophe, l'armée ne devrait convoquer du personnel soignant civil que de façon sélective, en fonction de la situation, p. ex. pour donner une instruction axée sur l'engagement.
- En tant qu'organisation sectorielle de l'EMFP, le SSC respectivement l'OSANC (cf. chap. 3.1.11), a évalué pendant la période de pandémie, les prestations et ressources demandées par les cantons à l'armée dans le cadre de la ResMaB. Après confirmation positive de l'EMFP, l'armée fournit aux cantons les prestations et le matériel demandés.
- Lors de la pandémie, il n'était pas nécessaire d'établir des priorités pour l'octroi des ressources et des prestations. Si une telle priorisation s'imposait, il faudrait avant tout fixer des critères (techniques) et des processus (politiques) de décision.

### 3.1.5 Approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux

Dans les rapports qu'il publie régulièrement, l'OFAE mentionne que l'acquisition et l'approvisionnement en médicaments vitaux constituent un défi stratégique même en situation normale. Au début de la pandémie, les processus et la collaboration entre les différents offices fédéraux impliqués dans l'acquisition et l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux présentaient des lacunes et manquaient de transparence. Un groupe de travail interdépartemental (GTI) a été créé à titre temporaire pour gérer la situation particulière (à compter du 19 juin 2020) dans le but de mieux coordonner l'acquisition et l'approvisionnement en produits médicaux. Le mandataire du SSC en a assumé la direction.

### Enseignements et options possibles

- Le groupe de projet a discuté de l'approvisionnement (acquisition et gestion des stocks) en médicaments et dispositifs médicaux dans toutes les situations pour déterminer si cela demeurerait une tâche de l'OFSP, de l'OFAE et de la Pharmacie de l'armée. Les avis divergent sur un appui voire un rôle actif du SSC dans ce domaine.
- Les avis divergent aussi quant à la nécessité de créer le GTI. Certains estiment que les structures existantes auraient suffi, sous une autre direction, pour régler ces tâches. D'autres avancent un risque de double emploi avec d'autres acteurs (OFSP, OFAE, armée, SECO, EMFP, CENAL, ResMaB) et des structures existantes (cf. chap. 5, recommandation 3).

### 3.1.6 Planifications préventives

Il n'existe pas de planification nationale préventive dans le domaine de la santé hormis le Plan d'alarme grands brûlés Suisse en cas d'afflux massif de victimes de brûlures graves.

### Enseignements et options possibles

- Les cantons devraient être responsable des planifications cantonales et régionales (prévention et gestion de crise) puisqu'il leur revient de les appliquer. Le SSC peut, à leur demande, leur apporter un soutien dans la planification ou la coordination.
- Une majorité du groupe de projet approuve la collaboration du SSC avec les acteurs compétents (cantons, hôpitaux, services de sauvetage) en vue d'élaborer des planifications nationales préventives pour le système de santé publique. Elle estime que de telles planifications ne doivent pas se rapporter à un événement en particulier. Elles doivent rester neutres (c'est-à-dire non spécifiées), et être éprouvées à travers plusieurs scénarios. Les planifications devraient se référer aux événements qui provoquent soit un afflux massif des patients qui conduit une région à atteindre son seuil de capacité, soit un afflux moindre de patients qui peut néanmoins conduire le système de santé à ses limites (cf. recommandation 3 du rapport final sur l'exercice du Réseau national de sécurité 2019<sup>9</sup>).
- La coordination et la collaboration intercantionales devraient être renforcées dès le stade de la planification préventive.

### 3.1.7 Formation

Dans son expertise, le professeur Zeltner indique que les quatre domaines d'activités stratégiques principaux du SSC (réseautage, fourniture de prestations, formation, travail de conception) et leur concrétisation à travers des projets individuels impliquent un large éventail de tâches qu'il convient de ramener à un niveau plus réaliste en tenant compte des ressources limitées du SSC.

Avec la Haute école spécialisée bernoise (département de l'économie), le SSC a développé une plateforme de formation continue sur les thématiques sanitaires nommée Campus SSC<sup>10</sup> afin de permettre à ses partenaires d'acquérir le savoir nécessaire à la gestion des crises dans le domaine de la santé. Les cours qui visent à renforcer ce profil de compétences sont reliés entre eux. Le SSC ne conduit pas lui-même de formation ou de certification, mais il soutient financièrement les formations du Campus SSC qui portent sur la médecine d'urgence et de catastrophe.

<sup>9</sup> [Rapport final](#) de novembre 2020 sur l'exercice du Réseau national de sécurité 2019

<sup>10</sup> <https://www.bfh.ch/wirtschaft/de/weiterbildung/campus-ksd/> (page en allemand)

### **Enseignements et options possibles**

- Nombre de partenaires ne connaissent pas la plateforme Campus SSC.
- La future instance d'accompagnement du SSC doit définir les thèmes de formation que le SSC doit continuer de proposer, voire d'encourager. Il convient de déterminer si les partenaires du SSC utilisent les formations mises à leur disposition par le SSC ou s'il convient au contraire de promouvoir les formations existantes des partenaires. Pour la délimitation des compétences entre le SSC et l'Interassociation de sauvetage (IAS), cf. chap. 3.1.9.
- Dans la perspective d'une épidémie, d'une pandémie ou d'une situation d'urgence non infectieuse, le SSC peut mettre à disposition des cantons des plans de formation pour le personnel hospitalier.
- Il ressort de l'enquête de la CRMPPCi qu'il faut proposer des formations adaptées aux besoins, y compris concernant l'utilisation des plateformes informatiques (SII).

### **3.1.8 Aperçu des capacités hospitalières, matériel et ressources à l'échelle nationale**

La pandémie a mis en évidence l'importance de disposer d'un aperçu des ressources et des capacités du système de santé publique à l'échelle suisse (capacités hospitalières, nombre de lits, capacités des unités de soins intensifs, dispositifs médicaux, matériel de protection, personnel). Le SSC établit cet aperçu national et l'image de la situation sanitaire (« Blau Lage ») au moyen du SII. Il lui est en partie difficile d'obtenir ces informations des cantons et des hôpitaux dans la qualité nécessaire et les délais utiles pour les mettre à disposition. La transmission de données entre la Confédération et les cantons (hôpitaux inclus) manque de fluidité. D'une part, les systèmes ne sont pas les mêmes partout et donc pas toujours compatibles. D'autre part, ils ne sont pas forcément conviviaux.

### **Enseignements et options possibles**

- L'équipe de projet est unanime à considérer qu'un aperçu national est nécessaire en temps de crise. Elle estime utile que le SSC continue de le fournir à travers la plateforme informatique du SII et de le développer comme convenu en 2019, en tenant compte des besoins à la fois des fournisseurs de prestations (hôpitaux, services de sauvetage, établissements de soins) et des utilisateurs (Confédération, cantons, tiers). Pour qu'une telle plateforme soit utile aux uns comme aux autres en cas de catastrophe ou d'urgence, il convient de créer des interfaces utiles à la transmission de données et à la compatibilité avec le SII des systèmes utilisés par les partenaires en situation normale. L'idée est qu'un aperçu national soit disponible en situation normale aussi. Le développement de la plateforme informatique (SII 2.0) devrait permettre une telle évolution.
- Les cantons participent au fonctionnement du SII à raison d'une contribution annuelle de 5 centimes par tête d'habitant.
- L'image de la situation sanitaire devrait être encore affinée au plan cantonal, régional et local et axée sur les besoins en informations des partenaires du SSC, des cantons et des offices fédéraux.

### **3.1.9 Interface avec l'Interassociation de sauvetage (IAS)**

L'IAS est l'organisation faîtière suisse des services de sauvetage médicaux. Ses membres fournissent une part importante des prestations dans le domaine préclinique. L'IAS a été mandatée par la CDS pour tout un éventail de prestations allant des premiers soins au transfert en clinique. L'IAS édicte des directives de qualité que les cantons devraient remplir pour voir leur demande acceptée. La répartition des compétences entre l'IAS et le SSC manque de clarté.

### **Enseignements et options possibles**

- Il faut développer une interface structurée entre l'IAS et le SSC (avec une instance d'accompagnement).
- Sur mandat de la CDS, l'IAS est responsable de fixer des directives et des normes de qualité dans le domaine préclinique (centrales d'appels sanitaires urgents, services de sauvetage, etc.). Elle fixe les normes en matière de soins d'urgence au quotidien, lesquelles peuvent être gérés avec des moyens (supra)régionaux (planifications régionales de gestion des crises). Ces normes de l'IAS devraient être reprises par le SSC dans des plans de gestion d'événement et des offres de formation.
- Une convention entre la CDS, l'IAS et le SSC doit régler en détail la répartition des compétences, notamment dans le domaine de la formation.
- Le SSC doit seulement coordonner les planifications préventives nationales et les planifications de gestion des crises dans le domaine préclinique (pandémie, exposition à la radioactivité, conflit armé, etc.), en se fondant sur les planifications régionales de gestion des crises de l'IAS.

### **3.1.10 Collaboration avec des spécialistes externes**

Les connaissances nécessaires au SSC pour ses activités requièrent l'engagement de spécialistes externes pour mettre à disposition les capacités et le savoir manquants. Un budget annuel de 500 000 francs est prévu à cette fin.

### **Enseignements et options possibles**

- Il faut préciser avec les partenaires du SSC participant à l'instance d'accompagnement les activités du SSC pour lesquelles il est utile et nécessaire d'engager des spécialistes externes.

### **3.1.11 Rôle du SSC en temps de crise**

L'OSANC a été activé pendant la pandémie en tant qu'élément opérationnel du SSC. Les membres de l'OSANC définis dans l'ordonnance sur le SSC n'ont pas été engagés dans ce travail durant cette crise. À son maximum, l'OSANC comptait une soixantaine de personnes (Bureau du SSC, protection civile, service civil, état-major militaire de la CENAL), y compris d'anciens médecins cantonaux et d'autres externes. L'OSANC avait pour tâche d'analyser la situation sanitaire et de la consolider, d'assurer l'aide à la conduite et d'évaluer les demandes cantonales d'engagement subsidiaire.

### **Enseignements et options possibles**

- Pour plusieurs cantons le rôle et la fonction de l'OSANC et des responsables SSC cantonaux n'étaient pas clairs voir inconnus. Il convient de mieux intégrer les responsables SSC cantonaux à la gestion de crise et à l'état-major de crise de leur canton.
- La pandémie a mis en évidence le manque d'interface et de relais entre le SSC (OSANC) et l'EMFP (CENAL).
- L'OSANC a été activé pendant la pandémie en tant qu'élément opérationnel du SSC. Il a assumé certaines tâches prévues jusqu'alors pour la CENAL dans le cadre de la ResMaB. Un certain flou a régné au niveau des compétences respectives, en particulier au début. Des précisions ont été apportées entre-temps, comme la transmission à la ResMaB, via la CENAL, des demandes cantonales d'engagement subsidiaire, comme le veut la règle, indépendamment du type de crise.

- Pendant la pandémie, l'OSANC a établi, en collaboration avec la CENAL, l'image nationale de la situation sanitaire (capacités hospitalières, nombre de lits, taux d'occupation, situation sanitaire, aperçu des stocks des principaux dispositifs médicaux), y compris la « Blaue Lage ». Dans le cadre de la ResMaB, l'OSANC a étudié les demandes cantonales d'engagement subsidiaire en faveur du système de santé publique et pris position à leur sujet. Puis l'armée a attribué les ressources aux cantons sur la base de cette évaluation et de la décision de l'EMFP.
- Il faut déterminer si l'OSANC est l'organe opérationnel de crise du SSC (avec un pool de personnel de milice) ou si ces activités sont intégrées à l'organisation d'intervention qu'est la CENAL et prises en charge par la CENAL et la ResMaB (cf. chap. 3.3.3 et chap. 6, proposition 5).

### 3.2 Mandat futur du SSC

La formulation du mandat futur dévolu au SSC découle des conclusions présentées au chap. 3.1. Le groupe de projet considère dans sa majorité que le SSC doit jouer désormais un rôle de soutien et de coordination à l'échelle nationale, en situation normale comme en cas d'événement. Par contre, elle juge que le SSC ne doit pas intervenir au niveau régional ni (inter)cantonal (p. ex. dans les planifications hospitalières), et qu'il faut limiter ses tâches à la coordination suprarégionale ou nationale. Une minorité, à savoir de la CRMPPCi, des voix ont estimé qu'il serait utile d'attribuer un rôle plus actif au SSC, au-delà des conseils et de la coordination.

Il faut distinguer la situation normale de la situation particulière ou extraordinaire. Il conviendrait de préciser les points ci-dessous lors de la révision de l'ordonnance sur le SSC.

Tâches du SSC en situation *normale* :

1. Établir une analyse des risques pour le système de santé publique ; informer les autorités compétentes et recommander des mesures appropriées en matière de prévention, de maîtrise et de limitation des risques.
2. Tenir à jour un aperçu des ressources disponibles au sein du système de santé (capacités hospitalières, nombre de lits, taux d'occupation, personnel, stocks des principaux dispositifs médicaux et matériel de protection) et le mettre à disposition des partenaires du SSC.
3. Élaborer, avec ses partenaires, des planifications préventives et de gestion de crise pour le système de santé publique à l'échelon national (hôpitaux, services de sauvetage, EMS, soins ambulatoires), sans les rapporter à un événement en particulier (c'est-à-dire non spécifiées). Celles-ci sont en revanche éprouvées à travers différents scénarios ; elles se concentrent sur des événements entraînant un afflux massif de patients qui conduit une région de santé à atteindre son seuil maximal de capacité. Ou des événements entraînant un afflux moindre de patients mais pouvant conduire le système de santé à ses limites (p. ex. pour la protection ABC médicale, recommandation C1 de la stratégie de protection ABC pour la Suisse 2019).
4. Établir et coordonner des plans nationaux de gestion des patients (p. ex. transfert de patients en cas d'afflux massif) et des plans d'engagement des ressources de la Confédération en personnel et en matériel pour des situations sanitaires particulières ou extraordinaires, en accord avec l'OFSP et le règlement sanitaire international.
5. Encourager et coordonner la formation et le perfectionnement (cadres et spécialistes) des partenaires du SSC en accord avec l'IAS et d'autres

protagonistes du secteur de la santé (médecine d'urgence et de catastrophe) et la lutte contre les épizooties.

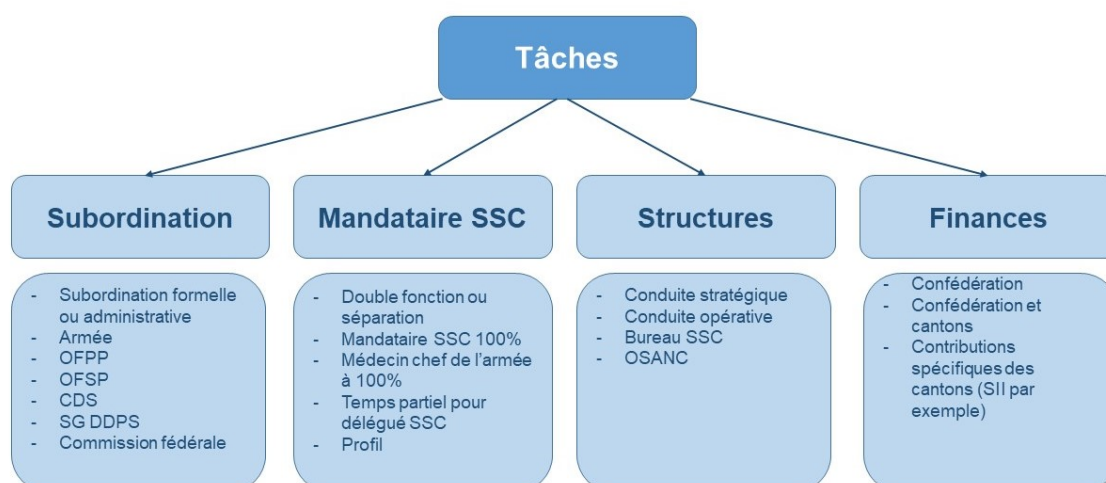
6. Gérer et développer le SII en tenant compte des besoins des partenaires et des utilisateurs (cantons, hôpitaux, services de sauvetage).

Tâches du SSC en situation *particulière et extraordinaire*:

1. Gérer le SII.
2. Établir une image nationale de la situation sanitaire (capacités hospitalières, nombre de lits, taux d'occupation, capacités des unités de soins intensifs, personnel, situation sanitaire, aperçu des stocks des principaux dispositifs médicaux et de matériel de protection) y compris en cas de crise (« Blaue Lage ») pour contribuer à l'appréciation globale de la situation par la CENAL.
3. En tant qu'organisation sectorielle de l'EMFP, évaluer et prioriser dans le cadre de la ResMaB les demandes cantonales d'engagement subsidiaire en faveur du système de santé publique. Après décision, il revient à l'unité organisationnelle concernée d'attribuer aux autorités civiles les ressources en personnel et en matériel et les prestations de l'armée, du service civil, d'autres offices fédéraux et d'organisations civiles.
4. À leur demande, soutenir les partenaires (du système de santé publique) au sein de la coordination nationale, et, si utile et nécessaire dans le cadre de la ResMaB, de la coordination internationale.
5. Proposer des mesures spécifiques en matière de santé dans la mesure où celles-ci n'ont pas encore été prévues par les partenaires.

### 3.3 Gouvernance : modèles pour la conduite du SSC

Ce chapitre aborde différents aspects de la gouvernance : le rattachement et la subordination du mandataire SSC et de son Bureau, l'intégration des partenaires et le financement.



III. 3 : sous-projet gouvernance, aspects traités

#### 3.3.1 Mandataire SSC de la Confédération

Il n'est plus usuel de subordonner une fonction directement au Conseil fédéral, raison pour laquelle le mandataire SSC et son Bureau doivent être rattachés sur le plan formel ou administratif à un office fédéral civil ou militaire et à sa directrice ou son directeur. Il convient de modifier la désignation de la fonction en « mandataire SSC de la Confédération » et d'adapter l'ordonnance en conséquence.

#### 3.3.2 Subordination

Le groupe d'accompagnement stratégique s'est penché activement sur la question du rattachement futur du SSC, en privilégiant trois variantes : le Groupement Défense (armée), l'OFPP et l'OFSP. Il estime que le Secrétariat général du DDPS et la CDS ne sont pas de bonnes options, pas plus que l'idée de faire du SSC une commission fédérale. Il considère que le mandataire SSC doit être rattaché à la Confédération pour assurer la coordination nationale. Un rattachement à la CDS ne lui paraît donc pas judicieux dans la perspective des catastrophes et situations d'urgence à gérer. Quant au Secrétariat général du DDPS, il le considère comme trop éloigné du niveau opérationnel, sans compter que le système de santé ne fait pas partie de son cœur de métier. Quant aux commissions fédérales, la pandémie a montré qu'elles n'étaient guère adaptées aux crises, se trouvant à l'écart des centres décisionnels.

Pour conserver la double fonction de mandataire SSC et de médecin en chef de l'armée, il serait nécessaire de rattacher le mandataire SSC au Groupement Défense. La séparation de ces deux fonctions signifie que la fonction de médecin en chef de l'armée reste en place et que celle de mandataire SSC passe avec son Bureau au Groupement Défense, à l'OFPP ou à l'OFSP. Autre conclusion qui fait l'unanimité : il est souhaitable que la fonction soit exercée par un/e médecin disposant des compétences requises.

Les forces, faiblesses, opportunités et risques des trois variantes sont exposés ci-après.



## Variante 1 : Groupement Défense (armée)



### Forces

L'armée dispose de connaissances spécifiques dans le domaine sanitaire, lequel est de la compétence du médecin-chef de l'armée. L'armée apporte un appui subsidiaire à ses partenaires civils dans le secteur de la santé et dans d'autres domaines. Elle dispose de la capacité à durer pour affronter des crises (engagement ou appui subsidiaire). Si la double fonction est maintenue, le mandataire SSC peut recourir à son réseau professionnel national et international en médecine de catastrophe, médecine d'urgence et médecine de guerre en tant que médecin en chef de l'armée. Si le SSC reste rattaché au Groupement Défense, la conduite politique du SSC demeure au DDPS, auquel sont déjà subordonnés des organes et des structures de gestion de crise et des domaines coordonnés (télématique, protection NBC).

### Faiblesses

Désormais, l'accent n'est plus mis sur un conflit armé, mais plutôt sur d'autres scénarios et risques<sup>11</sup>. La maîtrise des situations d'urgence et des catastrophes revient en principe aux acteurs civils. Dans l'ensemble, l'armée est considérée comme un acteur mineur du système de santé, sans rôle dans la politique de ce secteur. Elle a peu d'échanges avec les directrices et directeurs cantonaux de la santé et avec les acteurs techniques de la profession (médecins cantonaux, IAS, etc.). Loin d'être tourné vers les seules activités du SSC, le profil actuel du mandataire SSC correspond au contraire davantage à celui du médecin en chef de l'armée. La double fonction ne permet qu'une activité à temps partiel en faveur du SSC. Si ce dernier reste au Groupement Défense, il continuera d'être perçu comme faisant partie de l'armée, avec les conflits d'intérêts et de ressources qu'une telle association suppose entre l'armée et le SSC (civil). Par ailleurs, il revient à l'échelon militaire de fixer les objectifs stratégiques du médecin en chef de l'armée et mandataire SSC. Or, l'expérience a montré que les partenaires du SSC n'ont pas été suffisamment impliqués dans la définition de la stratégie du SSC. En cas de crise, il est difficile de remplir une double fonction sans négliger l'un ou l'autre aspect. La charge pour la personne est très importante.

<sup>11</sup> Voir [rapport](#) sur l'analyse nationale des risques (catastrophes et situations d'urgence en Suisse 2020) de l'OFPP.

## **Opportunités**

En situation normale comme de crise, le SSC a un accès relativement facile aux ressources du Groupement Défense (personnel, matériel, administration) et peut profiter de cette synergie. La proximité et la fluidité des contacts entre le SSC et le Groupement Défense (affaires sanitaires, logistique, etc.) peuvent constituer un avantage en cas d'événement nécessitant un appui subsidiaire de l'armée au système de santé à la demande des cantons (collaboration avec les organisations cantonales de conduite à travers les états-majors de liaison de l'armée).

## **Risques**

Le rattachement du SSC au Groupement Défense et le maintien de la double fonction impliquent un risque de conflits d'intérêts (au niveau des ressources, des priorités, etc.) du fait que les affaires du SSC sont traitées pour l'essentiel dans la perspective de l'armée. Or, les tâches de coordination du SSC concernent avant tout les acteurs civils. À l'extérieur, l'armée et le SSC se confondent en tant que fournisseurs de prestations et, souvent, les partenaires ne savent même pas qui du mandataire SSC ou du médecin en chef de l'armée accomplit la tâche du SSC. Certains partenaires déplorent ce manque de séparation claire et la coordination par un service rattaché au Groupement Défense (et donc à l'armée).

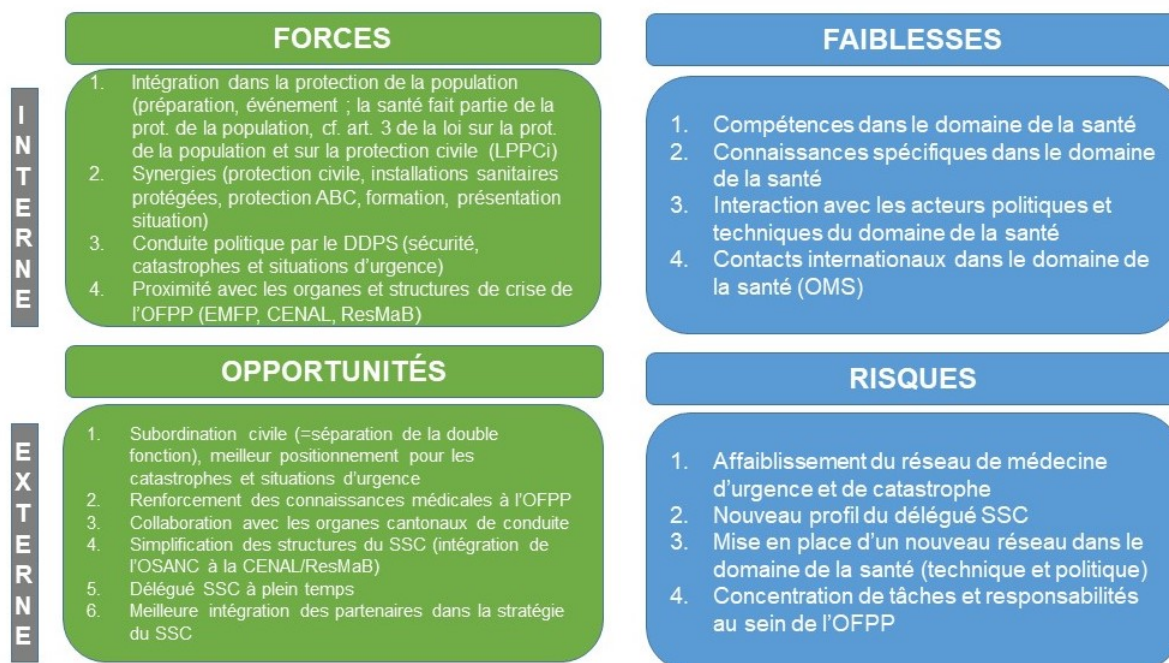
## **Remarque complémentaire**

Le Groupement Défense est en train de concevoir le « système de santé militaire », auquel une révision de la loi sur l'armée doit apporter une base légale. Il est prévu que l'armée puisse recourir aussi aux ressources sanitaires civiles.

## **Subordination du SSC au Groupement Défense**

Il reviendrait au DDPS ou au Groupement Défense de décider à quel domaine il convient de rattacher le mandataire SSC et son Bureau, de même si la subordination doit être formelle ou administrative.

## Variante 2 : OFPP



### Forces

Le système de santé, la police, les sapeurs-pompiers, la protection civile et les services techniques sont les cinq organisations partenaires de la protection de la population. Selon l'art. 3 de la loi sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi), les organes de conduite, les organisations partenaires et les tiers collaborent, dans le cadre de la protection de la population, à la maîtrise des événements et à la préparation en vue de ceux-ci. Sur le plan national, l'OFPP est l'office compétent pour la protection de la population. Le SSC profiterait d'un effet de synergie avec l'OFPP dans plusieurs domaines (protection civile, installations sanitaires protégées [infrastructures], protection ABC nationale, formation, image de la situation). Le DDPS assure la conduite politique de la protection de la population au même titre que de l'armée et des structures et organes civils intervenant en cas de catastrophe et de situation d'urgence. Les prestations et le matériel de l'armée sont garantis par le même département. Mais, en cas d'appui subsidiaire par l'armée, la collaboration avec les autorités civiles se fait indépendamment de ce contexte. Avec l'État-major fédéral Protection de la population (EMFP), la Centrale nationale d'alarme (CENAL) et la Gestion fédérale des ressources (ResMaB) l'OFPP dispose de structures dédiées à la gestion de crise<sup>12</sup>. En cas d'événement, la CENAL fait office de premier interlocuteur des cantons pour toutes les questions liées à la protection de la population. Elle présente la situation dans ce domaine et enregistre les demandes des cantons pour un appui de l'armée et de la Confédération sous forme de prestations et de matériel (ResMaB). Pendant la pandémie, la CENAL a établi l'image nationale de la situation du système de santé suisse sur la base des comptes rendus de situation du SSC (OSANC) et de l'OFPP.

<sup>12</sup> Dans son [rapport](#) sur l'évaluation de la gestion de la crise pendant la première phase de COVID-19, la Chancellerie fédérale signale en p. 15 : « L'EMFP et l'EMCC [État-major du Conseil fédéral chargé de gérer la crise du coronavirus] n'ont pas totalement rempli leur rôle et leurs tâches. [...] La fonction, le rôle et les compétences de l'EMFP n'étaient pas clairs non plus, si bien qu'il n'a pas pu assumer complètement les tâches qui lui revenaient. Par conséquent, il n'a pas préparé de bases de décision et de dispositions légales ou réglementaires, ni émis de décisions. Ces tâches ont elles aussi été assumées par la Taskforce OFSP. »

## **Faiblesses**

L'OFPP ne dispose pas de compétence nationale dans le secteur de la santé. Ses connaissances spécialisées sont réduites et ses contacts internationaux inexistant dans ce domaine. En temps normal, ses échanges spécialisés avec les acteurs de la santé sont rares et l'interaction avec les responsables politiques cantonaux est quasi inexistante.

## **Opportunités**

L'OFPP offre l'occasion de rattacher le SSC au secteur civil (en séparant la double fonction) et, par le rapprochement avec la protection de la population, de mieux le positionner en vue des situations d'urgence et des catastrophes. Le SSC permettrait à L'OFPP de renforcer ses connaissances tant médicales que spécialisées en médecine d'urgence et en médecine de catastrophe (profil = médecin). La pandémie a montré qu'une bonne collaboration entre le système de santé et les états-majors cantonaux de conduite est importante. Un rattachement du SSC à l'OFPP permettrait une collaboration plus étroite au niveau national entre ces deux domaines. Pendant la pandémie, les cantons ont continué d'adresser à la CENAL leurs demandes d'appui sous forme de prestations et de matériel de l'armée et de la Confédération. En tant qu'organisation sectorielle de l'EMFP, l'OSANC, qui a officié comme état-major de crise pour le SSC pendant la pandémie, a évalué les demandes du système de santé dans le cadre de la ResMaB. L'OSANC réunissait à ce moment-là des collaboratrices et collaborateurs du SSC, de la protection civile, du service civil, de la CENAL et de l'armée. L'EMFP a procédé à l'attribution des prestations et du matériel. Les redondances qui sont apparues pendant la pandémie entre le SSC et l'OFPP (CENAL) pourraient être vraisemblablement évitées en cas de rattachement du SSC à l'OFPP. Les activités de l'OSANC pourraient être reprises par la CENAL et la ResMaB, ce qui créerait une synergie et simplifierait les structures du SSC (avec la suppression de l'OSANC). L'intégration du SSC à l'OFPP est dans la logique de la LPPCi. Elle permet de séparer la fonction du mandataire SSC de celle du médecin en chef de l'armée et d'en faire un poste à plein temps. La dynamique créée par le passage du mandataire SSC et de son Bureau à l'OFPP permettrait de mieux intégrer les partenaires dans la stratégie du SSC (instance d'accompagnement). Toutefois, une majorité de la future instance d'accompagnement du SSC (chap. 3.3.3) a déjà développé une collaboration institutionnalisée avec l'OFPP.

## **Risques**

Le réseau actuel du mandataire SSC en médecine d'urgence et de catastrophe repose essentiellement sur sa fonction de médecin en chef de l'armée. Loin d'être tourné vers les seules activités du SSC, le profil actuel du mandataire SSC correspond au contraire davantage à celui du médecin en chef de l'armée. Il faudrait le redéfinir en cas de rattachement à l'OFPP et trouver la bonne personne pour occuper ce poste. Contrairement à l'OFSP, l'OFPP n'a que peu d'échanges avec les acteurs spécialisés et les responsables politiques des cantons (CDS), si ce n'est à travers le l'EMFP dont la CDS est membre. Peu connu au sein du système de santé, il devrait se constituer un réseau en tant que partenaire dans ce secteur. Le rattachement du SSC à l'OFPP apporte à celui-ci un domaine de responsabilité supplémentaire, avec les tâches que cela implique.

## **Subordination du SSC à l'OFPP**

Il reviendrait au DDPS ou à l'OFPP de décider à quel domaine il convient de rattacher le mandataire SSC et son Bureau au sein de l'OFPP, de même si la subordination doit être formelle ou administrative.

## Variante 3 : OFSP



### Forces

Au niveau national, l'OFSP est l'office responsable du système de santé. Il crée des conditions favorables en matière de santé publique et de protection de la santé. En tant qu'organe national, il exerce une fonction dirigeante en cas de maladies transmissibles ou d'événements radiologiques. Dans de telles situations, il est aussi compétent pour les questions de tests, de vaccins, de soins et de médicaments. Sa collaboration avec les acteurs du système de santé est institutionnalisée, même s'il ne travaille pas directement avec les prestataires de soins comme les hôpitaux ou les EMS. L'OFSP et le DFI échangent régulièrement avec les acteurs politiques du système de santé (CDS). L'OFSP est aussi chargé d'entretenir des contacts internationaux dans son domaine (p. ex. OMS). Il collecte les données sur la situation de la Suisse dans le secteur de la santé et a une vue d'ensemble, notamment en ce qui concerne la situation épidémiologique et les médicaments.

### Faiblesses

La mission de l'OFSP se focalise sur la santé publique, la politique de santé et le système de santé, qui doit être performant et rester abordable. Le cahier des charges de l'OFSP est pensé essentiellement pour une situation normale avec les tâches administratives correspondantes. L'OFSP dispose d'une section de gestion de crise qui élabore des stratégies, par exemple en cas de pandémie, conformément à sa mission<sup>13</sup>. Mais son action ne s'inscrit pas, ou du moins ne s'inscrivait pas avant la pandémie, sur le plan opérationnel mais sur le plan stratégique à travers les objectifs qu'il fixe pour la formation professionnelle dans le domaine de la santé, les formations et les perfectionnements qu'il reconnaît et les registres qu'il tient (comme le registre des professions médicales<sup>14</sup>). Il n'organise pas lui-même de formation. Les formations et les perfectionnements pour les situations de crise (médecine d'urgence et de catastrophe,

<sup>13</sup> P. ex. stratégies de gestion de crise en cas de pandémie, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/direktionsbereiche-abteilungen/direktionsbereich-oeffentliche-gesundheit.html>

<sup>14</sup> Registre des professions médicales : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinalberuferegister-medreg.html>



premiers secours, aide d'urgence psychologique) ne font pas partie de son portefeuille. Il ne collabore pratiquement pas avec les acteurs cantonaux de la gestion de crise.

### **Opportunités**

L'OFSP offre l'occasion de rattacher le SSC au secteur civil (en séparant la double fonction) et de mieux l'intégrer au système de santé. Il devient ainsi possible de séparer la fonction du mandataire SSC de celle du médecin en chef de l'armée et d'en faire un poste à plein temps. Des synergies pourraient être dégagées avec des domaines existants et certaines activités, de prévention notamment (santé publique, maladies transmissibles et non transmissibles, transformation numérique, etc.). Le SSC relève à l'heure actuelle les chiffres des capacités hospitalières et des capacités en lits auprès des prestataires de soins (hôpitaux, EMS). Le rattachement du SSC à l'OFSP permettrait de réaliser et de publier les enquêtes dans le domaine de la santé au sein du même office. Par ailleurs, il serait ainsi possible de renforcer au sein de l'OFSP les connaissances tant médicales que spécialisées en médecine d'urgence et en médecine de catastrophe (profil = médecin). La dynamique créée par le passage à l'OFSP du mandataire SSC et de son Bureau permettrait de mieux intégrer les partenaires dans la stratégie du SSC (instance d'accompagnement). Toutefois, une majorité de la future instance d'accompagnement du SSC (chap. 3.3.3) a déjà institutionnalisé la collaboration avec l'OFSP. La directrice de l'OFSP est régulièrement invitée à des séances du comité directeur de la CDS. De plus, elle est toujours invitée à l'assemblée plénière de la CDS.

### **Risques**

Le rattachement du SSC à l'OFSP peut entraîner des frictions au sein de l'office. Alors que l'OFSP a des compétences stratégiques dans le domaine de la santé, le SSC coordonne les besoins et les travaux du niveau opérationnel dans le pays (planifications préventives nationales et plans de gestion de crise, cf. chap. 3.2). Le réseau actuel du mandataire SSC en médecine d'urgence et de catastrophe se fonde pour l'essentiel sur sa fonction de médecin en chef de l'armée. Loin d'être tourné vers les seules activités du SSC, le profil du mandataire SSC correspond au contraire davantage à celui du médecin en chef de l'armée. Il faudrait le redéfinir en cas de rattachement à l'OFSP et trouver la bonne personne pour occuper ce poste. Le SSC a ses origines dans le domaine de la sécurité (armée). Il a donc une autre culture que l'OFSP. Le rattachement du SSC à l'OFSP apporte à celui-ci un domaine de responsabilité supplémentaire, avec les tâches que cela implique.

### **Subordination du SSC à l'OFSP**

Il reviendrait au DFI ou à l'OFSP de décider à quel domaine il convient de rattacher le mandataire SSC et son Bureau au sein de l'OFSP, de même si la subordination doit être formelle ou administrative.

### 3.3.3 Intégration structurelle des partenaires

Le professeur Zeltner recommande d'instituer un comité de direction composé des principaux partenaires du SSC, y compris des décideurs politiques. La mission de cet organe serait de fixer les objectifs et les activités du SSC. Il convient, selon le professeur, d'accorder davantage d'influence aux partenaires civils du SSC et d'orienter davantage les activités et les produits du SSC en fonction des besoins de ses clients et de ses partenaires. Le SSC dispose de deux plateformes (Conférence de direction du SSC et OSANC) qui pourraient assumer cette tâche, mais qui par le passé ont plutôt servi de plateformes d'information que d'instruments d'une participation active à la définition de la stratégie du SSC.

Le groupe d'accompagnement stratégique approuve l'intégration future des partenaires dans une instance d'accompagnement. Par contre, il ne veut pas d'une structure de conduite politique ou hybride Confédération-cantons. C'est pourquoi il importe de rattacher le SSC sur le plan formel ou administratif à un office fédéral civil ou militaire afin de simplifier les compétences en matière de financement et d'organisation. Il n'empêche que le mandat futur du SSC (chap. 3.2) lui attribue nombre de projets qui, par définition, dépassent les attributions d'un office fédéral.

L'instance d'accompagnement devrait être chargée de définir les activités et projets du SSC découlant du mandat (chap. 3.2), en y intégrant les besoins et préoccupations des partenaires, et de conseiller le mandataire du SSC. Celui-ci préside l'instance d'accompagnement, qui est composée des représentants des organisations suivantes : CDS, AMCS, Association des pharmaciens cantonaux (APC), Organe de décision MHS, CG MPS, CRMPPCi, OFSP, OFPP, Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV), approvisionnement économique du pays, armée, IAS, CSSP, H+ les hôpitaux de Suisse, Croix-Rouge Suisse (CRS).

Il convient de déterminer si le SSC doit avoir son propre organe de gestion de crise comme l'OSANC (pool de milice) ou si ces activités doivent être intégrées à la CENAL et prises en charge par celle-ci et la ResMaB. Quant aux cantons, ils jugent important de simplifier autant que possible l'accès aux ressources et aux prestations de l'armée en cas d'événement.



III. 4 : organisation future du SSC

### 3.3.4 Financement

La Confédération doit continuer de financer le SSC. Le groupe d'accompagnement stratégique s'oppose à un financement mixte Confédération-cantons. Les cantons sont déjà compétents pour concevoir et mettre en œuvre les plans de prévention et de gestion de crise. Ils participent en outre au financement de la plateforme informatique du SII. Le budget futur du SSC et le nombre d'EPT attribués au mandataire SSC et à son Bureau doivent être fixés par l'office auquel il est rattaché ou par le département compétent.

### 4. Bases légales

Dans la version en vigueur de l'ordonnance sur le Service sanitaire coordonné (OSSC), il est fait référence en préambule à l'art. 150 de la loi fédérale du 3 février 1995 sur l'armée (LAAM) et à l'art. 75 de la loi fédérale du 4 octobre 2002 sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi). Or, la LPPCi a été révisée entre-temps, y compris ledit art. 75. Le Service juridique du DDPS recommande donc de fonder désormais l'OSSC sur l'art. 6, al. 1, LPPCi, indépendamment du futur rattachement du SSC. Cet article prévoit en effet que la Confédération assure la conduite et la coordination des opérations en cas de catastrophe ou d'urgence qui relève de sa compétence. Autrement dit, pour ce qui concerne la politique de sécurité, la collaboration avec les autres autorités et services est du ressort de la Confédération.

Il n'empêche que le rapport du SSC à l'État-major fédéral Protection de la population (EMFP) fait l'objet de débats. Le Service juridique du DDPS indique que, selon l'art. 7, al. 3, LPPCi, l'EMFP est l'organe de coordination de la Confédération pour la protection de la population. Or, selon l'art. 3, al. 2, let. c, LPPCi, les services de santé publique font partie des organisations partenaires. Font expressément partie des tâches de l'EMFP selon l'art. 7, al. 3, let. a, LPPCi, l'établissement des plans et les préparatifs d'un engagement éventuel. Ainsi, d'un point de vue légal, le SSC et son Bureau pourraient être intégrés au Bureau de l'EMFP en tant que nouvelle tâche partielle. Plutôt que de réviser l'OSSC ou de concevoir une nouvelle ordonnance, il serait donc possible et opportun d'intégrer les différents aspects à régler dans l'ordonnance du 2 mars 2018 sur l'EMFP.

### 5. Recommandations

Tant les travaux sur le projet que la pandémie ont contribué à enrichir les constatations et conclusions (chap. 3.1.1 à 3.1.11). Il a été possible d'en tirer des recommandations même si tel n'était pas le but du mandat.

1. Dans certains cantons, il importe de mieux intégrer encore les responsables cantonaux du SSC à la gestion cantonale de crise et à l'organe cantonal de conduite (chap. 3.1.11).
2. Suite au projet de l'OFPP concernant les infrastructures sanitaires protégées, les régions de santé et les conférences régionales de la CDS doivent décider si elles veulent créer les capacités en lits et les groupes de services nécessaires dans les hôpitaux souterrains du SSC ou dans les hôpitaux civils à la surface (chap. 3.1.1).
3. Le DFI et le DDPS examinent ensemble, en collaboration avec les services compétents de la Confédération, la nécessité de mettre en place un groupe de travail interdépartemental permanent pour l'approvisionnement et l'acquisition de biens médicaux, à moins que les structures existantes suffisent pour effectuer ces tâches (chap. 3.1.5).

Cette recommandation reflète partiellement les recommandations 4 et 5 du rapport de la Chancellerie fédérale du 11 décembre 2020 concernant l'évaluation de la gestion de crise pendant la pandémie de COVID-19.

4. En cas d'événement, les utilisateurs de la plateforme informatique du SII (cantons, hôpitaux, services de sauvetage) introduisent les capacités utilisées et les capacités



disponibles pour permettre d'établir une vue d'ensemble nationale de la situation du système de santé en ressources et matériel. Il est donc recommandé d'intégrer ces utilisateurs au projet de développement du SII et de prendre leurs besoins en compte (chap. 3.1.8).

Cette recommandation reflète partiellement la recommandation 8 du rapport de la Chancellerie fédérale du 11 décembre 2020 concernant l'évaluation de la gestion de crise pendant la pandémie de COVID-19.

5. Le secteur suisse de la santé dépend fortement du personnel étranger ou frontalier. Cette dépendance doit faire l'objet d'une évaluation politique en vue de prendre éventuellement des mesures (chap. 3.1.3).
6. En ce qui concerne la protection civile, il faut étudier la forme à donner à l'avenir à la formation des préposés à l'assistance pour qu'ils puissent apporter aussi leur soutien au système de santé. Il faut également réfléchir à la possibilité de préparer le personnel soignant à assumer d'autres activités en cas de crise que leurs tâches d'origine, au moyen de courtes séquences de formation (chap. 3.1.3).

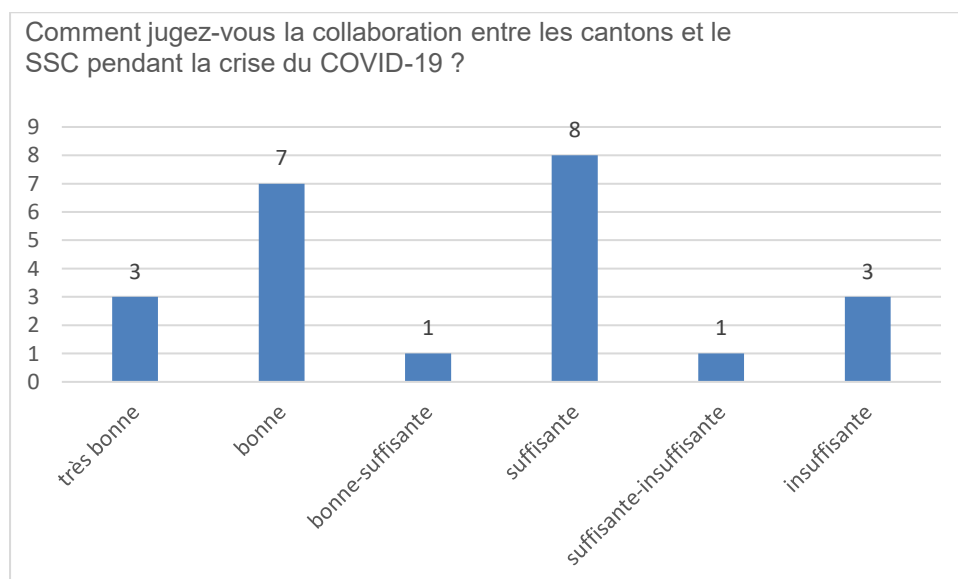
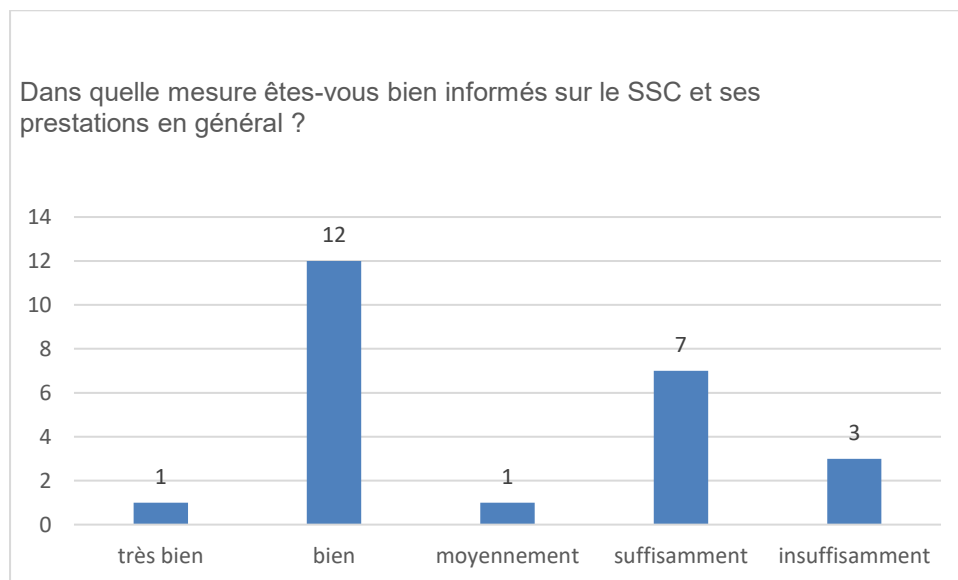
## **6. Propositions du chef de projet**

Le groupe d'accompagnement stratégique n'a en particulier pas trouvé de consensus sur la question du rattachement du SSC. Il a par conséquent été décidé que le chef du projet devait faire les propositions ci-dessous en considérant les résultats du chapitre 3 :

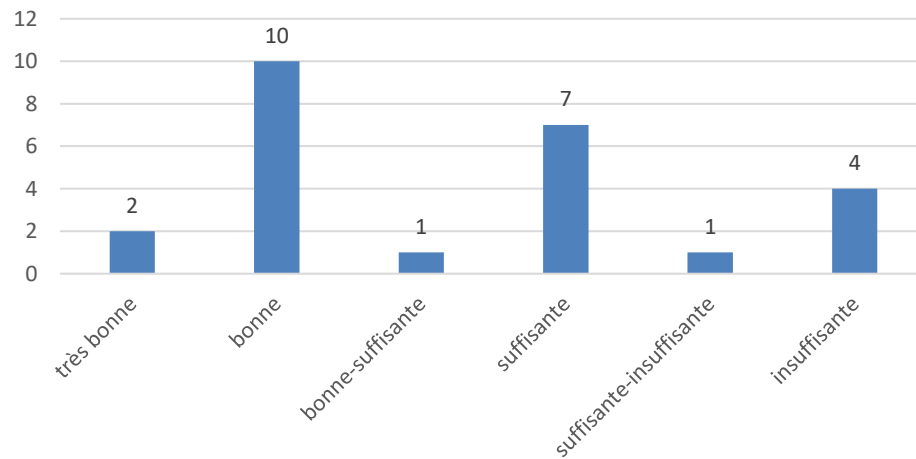
1. Il est pris connaissance du rapport sur les besoins futurs dans le domaine du Service sanitaire coordonné.
2. La proposition sur la mission future du SSC est acceptée. Les tâches en situation normale ainsi que les tâches en situations particulière et extraordinaire sont présentées de manière plus claire (chap. 3.2).
3. La double fonction mandataire SSC et médecin en chef de l'armée est supprimée. Le mandataire SSC et son bureau sont subordonnés à l'OFPP soit de manière formelle ou administrative (chap. 3.3.1 et 3.3.2).
4. Les partenaires du SSC sont intégrés de manière structurelle dans un organe d'accompagnement (chap. 3.3.3).
5. Le DDPS (OFPP) détermine si l'OSANC doit être maintenu comme organe de crise du SSC sous la forme d'un pool de milice et en cas de crise être intégré dans l'état-major fédéral de la protection de la population comme organisation spécifique au domaine de la santé. Ou si l'OSANC doit être dissout et ses tâches reprises dans la structure d'engagement de la CENAL et être effectuées par cette dernière et par la Gestion fédérale des ressources (ResMaB).
6. A l'avenir, le SSC continuera d'être financé par la Confédération (chap. 3.3.4). Le budget et le nombre d'équivalents pleins temps pour le mandataire SSC et son Bureau sont déterminés par l'office fédéral ou le département compétent.
7. L'ordonnance sur le SSC est modifiée dans le sens des propositions faites ci-dessus.

## 7. Annexe

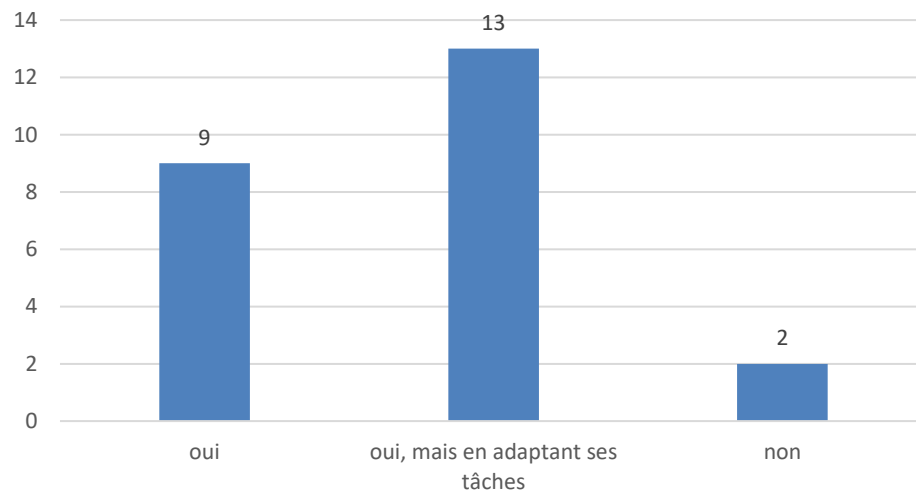
Veillez trouver ci-après certains des résultats de l'enquête réalisée par la Conférence des responsables cantonaux des affaires militaires, de la protection de la population et de la protection civile (CRMPPCi) transposés sous forme graphique. Les chefs ou chefs d'état-major de 24 organes de conduite des cantons et du Liechtenstein ont pris part à cette enquête qui a été réalisée entre décembre 2020 et janvier 2021.



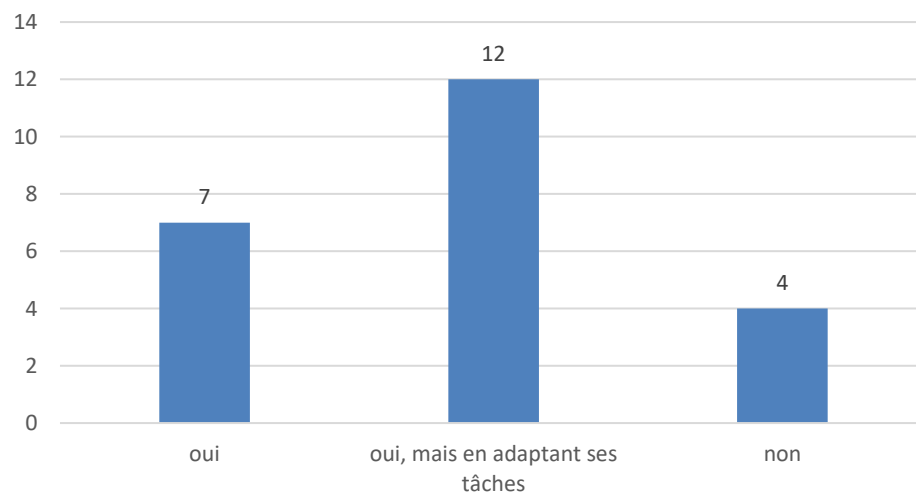
Comment jugez-vous la collaboration entre les cantons et l'OSANC pendant la crise du COVID-19 ?



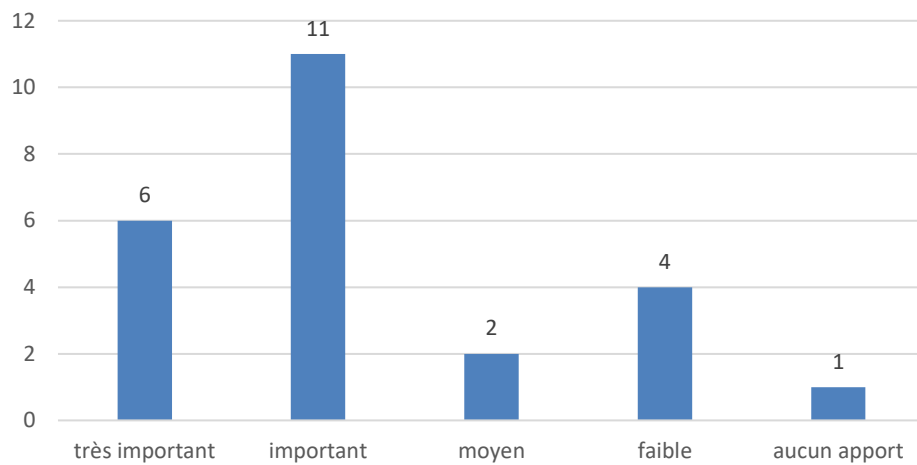
Le SSC est-il nécessaire du point de vue des cantons ?



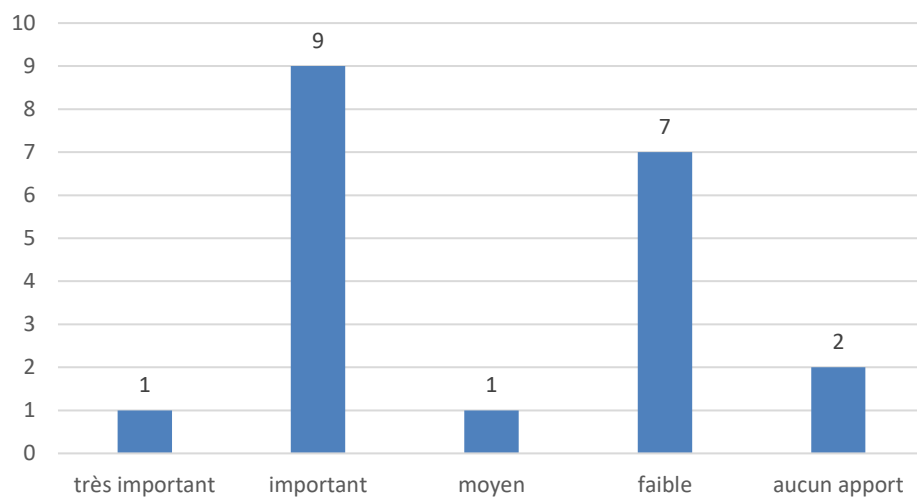
L'OSANC est-il nécessaire du point de vue des cantons ?



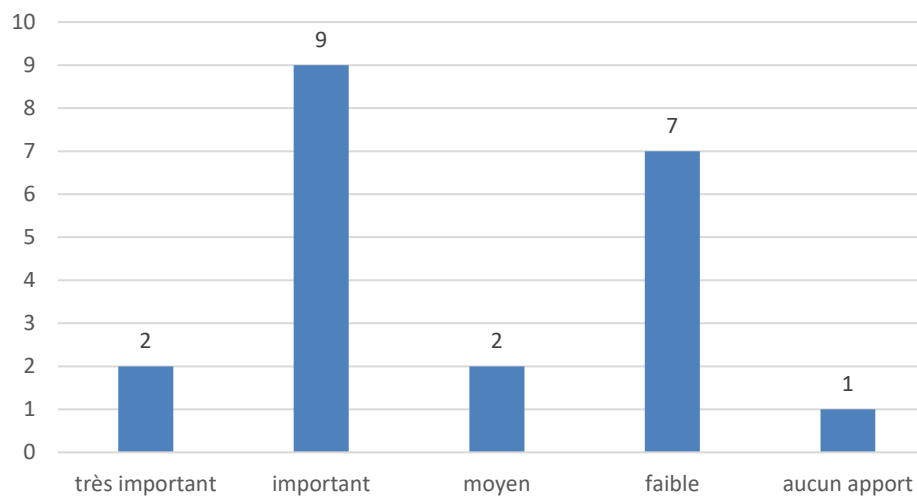
Quel est l'apport du SSC en termes de situation (image de la situation sanitaire) ?



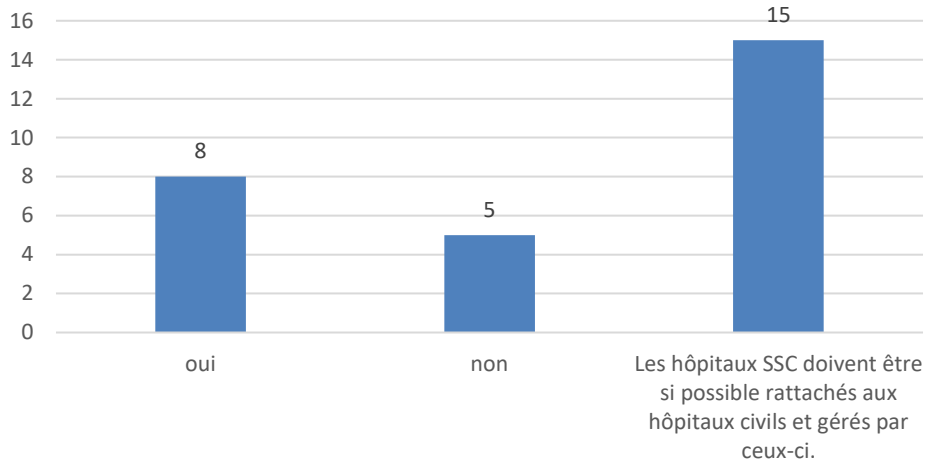
Quel est l'apport du SSC en termes de formation ?



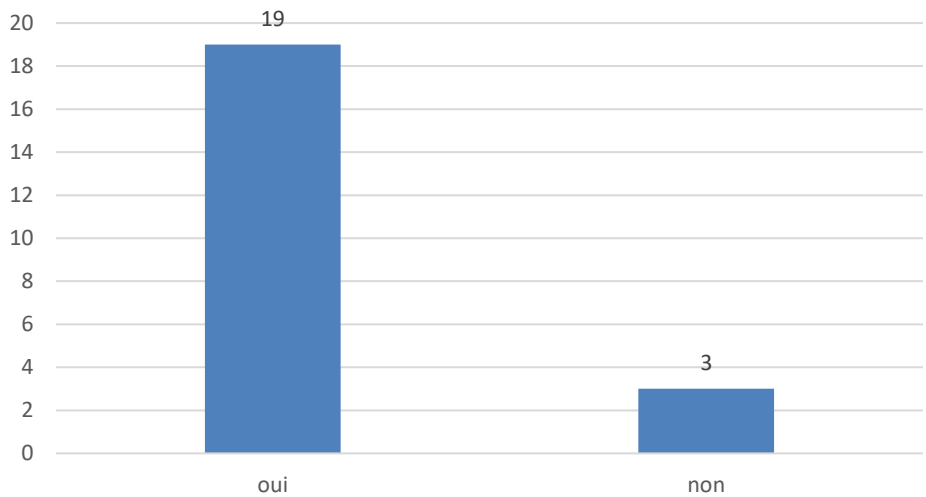
Quel est l'apport du SSC en termes de planification préventive ?



Les hôpitaux civils (soins hospitaliers) ont-ils encore besoin des hôpitaux SSC ?



Le Système d'information et d'intervention (SII) est-il utile ?



Faut-il que le SSC mette à disposition d'autres systèmes ?

