



CONSEIL D'ETAT

Château cantonal
1014 Lausanne

Madame la Directrice
Michaela Schärer
Office fédéral de la protection de la
population OFPP
Guisanplatz 1B
3003 Berne

Par courriel : nazksd-info@babs.admin.ch

Réf. : 25_COU_1350

Lausanne, le 26 mars 2025

Consultation relative à la nouvelle orientation du SSC – Réseau national de médecine de catastrophe KATAMED

Madame la Directrice,

Le Conseil d'Etat vaudois salue le travail considérable entrepris pour établir un état des lieux sur les nombreux défis et besoins du système de santé en cas de situation exceptionnelle. Les propositions d'actions visant à améliorer et renforcer la capacité de la santé publique sont nombreuses et s'appuient sur des analyses et réflexions poussées.

Le Conseil d'Etat est favorable à une nouvelle orientation du Service sanitaire coordonné (SSC) et confirme qu'un réseau national est nécessaire afin d'assurer une coordination efficace entre les acteurs socio-sanitaires en cas d'événement majeur.

Toutefois, à l'instar de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), le Canton de Vaud souligne que les intentions de mise en œuvre du projet de nouvelle orientation soumise à consultation mériteraient d'être développées, notamment au niveau de la gouvernance, de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, des structures proposées, du financement et des bases légales.

La nouvelle orientation du Réseau national de médecine de catastrophe KATAMED se concentre principalement sur les aspects médico-hospitaliers de la prise en charge des impliqués blessés. Cependant, les enjeux liés à une prise en charge préhospitalière, de médecine de premier recours et communautaire restent peu abordés.

Le concept d'exploitation des centres sanitaires protégés (CSP) et des unités d'hôpital protégées (UHP) doit faire l'objet d'une réforme et la variante consistant à créer un réseau de centres de traumatologie est à favoriser. En revanche, de nombreux éléments restent à préciser, notamment les coûts de financement de cette réforme.

Nos remarques plus détaillées figurent dans le formulaire de réponse annexé.

Pour le surplus, nous rejoignons la prise de position de la CDS du 18 février 2025.

Nous vous remercions par avance pour l'attention que vous porterez à ces observations et vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de nos sentiments distingués.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Christelle Luisier Brodard

LE CHANCELIER



Michel Staffoni

Annexe

- Formulaire de réponse

Copies

- OAE
- DGS

Feedback sur le rapport Nouvelle orientation du SSC – Réseau national de médecine de catastrophe KATAMED

Date : 28.mars.25

Office / Organisation : Canton de Vaud

Personne de contact : Julie Legault, Directrice, Direction urgence et préparation aux crises, Direction générale de la santé (julie.legault@vd.ch)

Commentaires généraux : Le DSAS salue le travail considérable entrepris pour établir un état des lieux sur les nombreux défis et besoins du système de santé en cas de situation exceptionnelle. Les propositions d'actions visant à améliorer et renforcer la capacité de la santé publique sont nombreuses et s'appuient sur des analyses et réflexions poussées.
Le DSAS est favorable à une nouvelle orientation du Service sanitaire coordonné (SSC) et confirme qu'un réseau national est nécessaire afin d'assurer une coordination efficace entre les acteurs socio-sanitaires en cas d'événement majeur.

ID	Chapitre	Commentaire(s)
1	Glossaire	<p>Le cours CSAM-H n'existe pas. Le CEFOCA propose deux principaux cours sous les noms: cours CSAM (équivalent du SFG-P) et cours CEFOCA-H (équivalent du SFG-H). La structure GRIMCA n'est pas mentionnée et devrait faire partie de cet état des lieux. Dans le document sont utilisés les termes suivants qui mériteraient une définition ou des précisions : réseau KATAMED, partenaires KATAMED, équipes KATAMED, conduite coordonnée.</p>
2	Condensé	
3	État des lieux et nouvelle orientation	<p>La responsabilité et la souveraineté en matière de planification des soins de santé est du ressort des cantons qui sont également responsable de la prise en charge sanitaire (en cas d'événement). Le SSC a quant à lui un rôle à jouer dans les étapes de planification et de préparation (incluant exercices). Comment est-ce que le SSC assurerait cette coordination globale de la "médecine de catastrophe" et s'intégrerait dans les EM fédéraux de gestion de crise ?</p> <p>Le manque de moyens financiers évoqué dans l'état des lieux manque de chiffrage précis. Il serait important de parler plutôt de difficultés à financer ou de priorité accordée à cette thématique "gestion des situations extraordinaires" plutôt que de manque de financement au niveau de la santé dans son ensemble. Les capacités insuffisantes portent non seulement sur le manque potentiel de moyens, mais surtout sur une absence de culture de gestion de crise, de priorisation de cette thématique et de compétences dans le domaine de la conduite et gestion de crise. Il n'est pas clair à quel niveau s'inscrivent ces "capacités insuffisantes", mais probablement que cela concerne les cantons, les hôpitaux, ainsi que tous les acteurs préhospitaliers.</p> <p>Le SII est cité comme moyen de conduite et comme système informatique hospitalier en mode dégradé : cette affirmation nécessiterait un développement et un point spécifique qui manque dans ce rapport.</p> <p>Il est mentionné un manque de concepts harmonisés, en particulier au niveau hospitalier. Certains hôpitaux n'ont pas encore développé de concept de base car il y a une absence de base légale dans beaucoup de cantons qui justifie/incite une élaboration de plan catastrophe dans les institutions de santé.</p>
4	Méthodologie	<p>Les acteurs cantonaux ont a priori le leadership sur une grande partie des thématiques. Ce point reste néanmoins ambigu en terme de conduite/leadership du SSC versus les cantons versus l'OFPP. Comment envisager de conduire les opérations au niveau intercantonal ? Quelles adaptations législatives et/ou incitatifs pour arriver à orienter/développer/piloter le dispositif au niveau supra-cantonal? La situation COVID a bien illustré cet élément. Ce point est également lié aux financements, qui seront cruciaux pour le développement du dispositif dans son ensemble, mais dépendent en large partie des cantons.</p> <p>Les cantons ne sont pas que des partenaires essentiels en situation de crise mais aussi dans les étapes de prévention, planification, préparation qui font partie intégrante du cycle de gestion intégrée des risques de l'OFPP. Il conviendrait d'avoir une stratégie et une feuille de route claire, précise et partagée.</p>
5	Vision	<p>La notion de réseau national est cohérente et nécessaire, mais le périmètre proposé (et le terme Katamed lui-même) semble limité/dédié aux aspects médicaux uniquement, ce qui est réducteur dans le cadre d'une gestion de crise. Il est indispensable de faire apparaître non seulement la médecine, mais aussi la coordination des différents partenaires de la protection de la population, la protection civile, et des instances cantonales de conduite de crise (EMCC/OCC) au vu de leur vision cantonale et globale des risques cantonaux et des ressources mobilisables.</p> <p>L'articulation de Katamed avec les autres réseaux et instances cantonales ou confédérales manque, en termes de coordination et de leadership/conduite. La dimension des compétences de conduite et de gestion en état-majors manque également, alors qu'elle serait cruciale probablement dans ces situations de crise.</p> <p>Les régions Katamed en tant qu'entité effective ne sont pas définies et leur constitution nécessite d'être détaillée. Pour la Suisse romande, s'agirait-il par exemple de GRIMCA (Groupe romand d'intervention médicale en cas de catastrophe) ? Si la coordination entre Confédération et Cantons est déjà complexe, comment l'échelon intermédiaire "intercantonal" serait intégré dans la conduite d'un événement ?</p> <p>p. 12 (avant un événement) : quelles sont ces structures d'accompagnement et avec quel cahier des charges ? p. 12 (pendant un événement) : Qui sont les responsables KATAMED qui seraient intégrés dans les organes cantonaux de conduite ? Ils ne sont pas clairement définis, ni dans leur profil, périmètre et responsabilité/pouvoir décisionnel.</p>
6	Champs d'action	<p>Qui composerait les Equipes Katamed / Emergency Medical Teams? En l'état des ressources, il est peu probable d'arriver à développer une réserve opérationnelle locale. Il faudrait donc imaginer un renfort éventuellement par d'autres cantons ou moyens internationaux, avec la difficulté de doctrine, coordination, délais, autorisation de pratique, langues, etc. A cet effet, le document ne décrit pas les aspects de coordination internationaux, le SSC/Katamed pouvant jouer un rôle pivot dans cette coordination internationale. Le rôle des ressources de l'armée (pas forcément médicale, cf aide en cas de catastrophe) n'est pas mentionné alors qu'il s'agit potentiellement de la seule réserve opérative disponible en cas d'événement de grande ampleur.</p> <p>La CENAL n'est pas une entité bien connue en Romandie; difficile à ce titre d'imaginer qu'elle puisse jouer un rôle sur un événement uniquement romand.</p> <p>Un outil de conduite (ex : SII) doit permettre une vue d'ensemble en tout temps et de conduite avec toutes les informations indispensables pour assurer un retour à la normal aussi vite que possible. Les partenaires concernés doivent être formés à cet outil. L'utilisation du SII en milieu hospitalier paraît aujourd'hui peu réaliste, avec des systèmes de gestion d'information non compatibles et non exercés au quotidien, et système mal adapté au contexte hospitalier.</p> <p>Sur le plan populationnel, l'état de préparation et la formation sont des éléments indispensables, mais le mode de diffusion de l'information et de préparation ne sont pas clairement précisés. La formation devrait également englober les aspects de développement des enseignements au niveau pré-gradués des différentes professions impliquées et encourager le développement d'activités de recherche académique dans le domaine.</p> <p>Conduite & exercices : le besoin en formation (conduite / coordination) est indispensable à tous les niveaux pas qu'au niveau intercantonal. Comment l'EM spécialisé sanitaire se coordonnera-t-il avec les régions, cantons mais également avec les EM fédéraux ? Les exercices doivent pouvoir tester les processus et les outils également.</p>

7	État final visé de la nouvelle orientation	<p>La cible à atteindre (objectif) n'est pas clairement énoncé de manière mesurable. La clarification des structures, des liens de subordination et des bases légales sont des prérequis nécessaires. Par contre, le renforcement des moyens et capacité ne permet pas de comprendre le niveau opérationnel attendu. Quelle capacité de réponse ou de gestion veut-on atteindre ? Il serait illusoire de viser une réponse parfaite, et les scénarios devraient permettre de placer un curseur par rapport à la capacité de réponse, probablement avec une dégradation de la réponse en fonction de l'ampleur de l'événement. La réponse est donc probablement différente dans son niveau qualitatif et quantitatif selon l'événement.</p> <p>L'outil de conduite et de gestion d'événement SII est implanté dans le canton depuis plusieurs années. Il est nécessaire de poursuivre son développement (SII-NG) et accentuer la formation et les exercices pour les différents partenaires du système socio-sanitaire (préhospitaliers, hospitaliers, communautaire et organe de conduite sanitaire).</p> <p>Au niveau des structures, une clarification des responsabilités et la collaboration avec les EM fédéraux et cantonaux est nécessaire. Car un événement extraordinaire principalement sanitaire a nécessaire des impacts sur d'autres problèmes partiels. Nous aimerions obtenir des précisions sur la nature des tâches qui peuvent être déléguées à la Confédération et sur les ressources qui devraient accompagner ces tâches.</p> <p>On parle ici de renforcement des la capacité de la population et des spécialistes, alors que plus en amont ont été évoqués les capacités limitées / insuffisantes du système de santé...Cet aspect ne se retrouve pas dans cette section. De plus, comment est-ce que la population va être formée et préparée ? Quelle est la stratégie de communication et autres mesures ? Sur quels types de dangers ?</p> <p>Dans un système coordonné efficace, des règles et outils doivent être fixés et suivis par tous. Le SII NG est majoritairement d'utilité sanitaire. Est-il prévu d'étendre sa fonctionnalité de moyen de conduite coordonnée aux autres partenaires ?</p> <p>Préciser la différence entre Réseau KATAMED et système coordonné ?</p> <p>Préciser la définition d'un financement harmonisé dans un contexte financier difficile. Quels sont les mécanismes financiers envisagés ?</p>
8	Étapes suivantes pour le rapport	<p>Les champs d'action et l'état final visé méritent d'être plus précis afin de bien comprendre cette nouvelle orientation qui ne doit pas se limiter à la gestion d'un événement mais également aux étapes de planification et préparation.</p> <p>En terme de structures et de coordination, cette partie "condensé" se limite au volet purement "KATAMED". En cas d'événement extraordinaire, KATAMED ne pourra pas gérer à lui seul les problèmes partiels autres que purement sanitaires. Il est donc souhaité d'avoir des précisions sur le fonctionnement et la coordination visée avec le niveau fédéral plus largement (EM fédéraux) et les EM cantonaux ce ci pour disposer d'une vue globale du dispositif de gestion de crise.</p>
9	1 Introduction	<p>Le périmètre proposé (et le terme Katamed lui-même) semble limité/dédié aux aspects des soins médicaux uniquement, ce qui est réducteur dans le cadre d'une gestion de crise. Il est indispensable de faire apparaître la coordination des différents partenaires "feux bleus" et des instances cantonales de conduite de crise (EMCC) au vu de leur vision cantonale et globale des risques cantonaux et des ressources mobilisables. L'articulation de Katamed avec les autres réseaux et instances cantonales ou fédérales manque, en termes de coordination et de leadership/conduite. La dimension des compétences de conduite et de gestion en état-majors manque également, alors qu'elle serait cruciale probablement dans ces situations de crise. Enfin, tous les aspects de santé au sens large (psychologique, sanitation, accès à l'alimentation, à l'eau potable, aux soins de bases et médicaments de première nécessité) n'est pas suffisamment visible.</p>
10	1.1 Évolution historique du SSC	
11	1.2 Objectifs et contenu du rapport	
12	1.3 Procédé et méthodologie	
13	2 Préparatifs	
14	2.1 Conclusions de l'expertise de 2018 « Besoins futurs dans	
15	2.2 Conclusions du rapport « Besoins futurs dans le domaine	
16	2.3 Résumé des études précédentes	
17	3 Conditions cadres	
18	3.1 Bases légales	
19	3.2 Transfert du SSC du Groupement Défense à l'OFPP	<p>La situation actuelle expose à un risque potentiel de développer deux structures similaires, nécessitant des financements identiques et pour des prestations en partie semblable, occasionnant une concurrence entre les entités. Une claire définition des rôles entre les ressources de l'OFPP et les ressources du Groupement défense est ainsi indispensable. L'armée joue un rôle majeur dans les moyens subsidiaires, les ressources spécifiques et la réserve opérationnelle au niveau supracantonale; et serait potentiellement amenée à intervenir dans une perspective de reprise de la conduite et de la gestion d'un événement à partir d'une certaine ampleur (conflit armé en particulier).</p>
20	3.3 Nouvelle organisation de crise de la Confédération	<p>Le schéma proposé de gestion de crise au niveau de la confédération tente de réunir les différentes entités en s'appuyant sur l'existant et le quotidien. En ce sens, il est pertinent, mais manque par contre potentiellement de réactivité et de verticalité pour assurer des prises de décisions rapides.</p> <p>Vue la complexité de cette organisation, comment le SSC et le réseau KATAMED va s'inscrire dans ce cadre ?</p>
21	4 Défis	
22	4.1 Structure fédérale de la Suisse	<p>Les acteurs cantonaux ont le leadership sur une grande partie des thématiques. Ce point reste ambigu en terme de conduite/leadership du SSC versus les cantons versus l'OFPP. Comment conduire les opérations au niveau intercantonal ? Quelles adaptations législatives et/ou incitatifs pour arriver à orienter/développer/piloter le dispositif au niveau supra-cantonal ? Ce point est également lié aux financements, qui seront cruciaux pour le développement du dispositif dans son ensemble, mais dépendront largement des moyens du quotidien et donc des ressources et financements des cantons.</p> <p>Il est indispensable que la Confédération émette des directives contraignantes sur le niveau de préparation attendu des infrastructures sanitaires afin d'avoir un système de niveau uniforme au niveau national.</p>
23	4.2 Capacités limitées du système de santé	<p>Le manque de moyens financiers évoqué dans l'état des lieux manque de chiffrage précis. Il serait important de parler de difficulté à financer / de priorité accordée à cette thématique "gestion des situations extraordinaires" plutôt que de manque de financement au niveau de la santé dans son ensemble. Une pénurie croissante du manque de personnel ne s'explique pas uniquement par un manque de ressources financières.</p> <p>Les capacités insuffisantes portent non seulement sur le manque potentiel de moyens, mais également sur une absence de culture de gestion de crise, de priorisation de cette thématique et de compétences dans le domaine de la conduite et gestion de crise. Il n'est pas clair à quel niveau s'inscrit ces "capacités insuffisantes", mais probablement que cela concerne les cantons, les hôpitaux, ainsi que les acteurs préhospitaliers et les partenaires.</p>
24	4.3 Capacités insuffisantes pour maîtriser un événement	<p>Le fait que le corps suisse d'aide humanitaire ne puisse pas intervenir en Suisse devrait être modifié pour permettre sa mobilisation sur le terrain suisse. // L'augmentation des capacités physiques et architecturales (hôpitaux) ne répond que partiellement au besoin, en particulier en l'absence de ressources humaines. Il faut avant tout optimiser l'existant sur site +/-renfort des autres cantons +/- fonctionnement en mode dégradé en faisant appel à d'autres professionnels, des samaritains, des étudiants, ou des bénévoles. Le développement d'hôpitaux protégés dans le sens d'une structure fonctionnelle de niveau équivalent à un hôpital suisse actuel ne sera vraisemblablement pas possible, tant pour des raisons financières, d'exploitation, qu'en raison de l'évolution des pratiques médicales ne correspondant plus à ce type de ressources. La notion par contre de lieu de délestage ou d'abri transitoire pour des patients en cas d'événement ne permettant plus d'exploiter un hôpital est intéressante. Cela pose néanmoins la question des soins qui seraient prodigués dans un tel établissement, et probablement des limitations de soins/décisions de soins en mode dégradé qui seraient faits. Si la décision d'évacuation et d'exploitation d'un tel établissement peut répondre à un besoin opérationnel, les enjeux de limitations des soins devraient être portés par l'autorité politique et morale.</p>
25	4.4 Le SSC couvre à la fois les domaines de la santé et de la sécurité	<p>Le problème principal dans le domaine de la santé actuellement est un manque de compétence, de culture et d'expertise dans le domaine de la gestion des risques, qui favorise une sous-estimation du risque et une non priorisation des actions de préparation. Contrairement à certains partenaires, nous ne disposons pas de réserve ou de moyens disponibles en attente d'un événement. Dans le domaine de la santé, une partie des moyens de renfort en cas d'événement majeur s'appuie sur du personnel hospitalier ou préhospitalier, qui serait en grande partie déjà mobilisé dans leur activité professionnelle de base en cas d'événement. La réserve opérative est donc inexistante. En cas d'événement majeur, se pose la question des moyens de renforts également de certains partenaires qui s'appuient principalement sur des bénévoles.</p>
26	4.5 Diminution des ressources du SSC après son rattachement	<p>Le projet devrait décliner des étapes de développement en prévoyant une montée en puissance, ce qui permettrait de développer une partie du projet en cas de refus de financement supplémentaire.</p>
27	4.6 Négligence de l'entretien des constructions médicales protégées	<p>Nous partageons le constat. Le développement d'hôpitaux protégés dans le sens d'une structure fonctionnelle complète de niveau équivalent à un hôpital suisse actuel ne sera vraisemblablement pas possible, tant pour des raisons de coûts, d'exploitations à maintenir en permanence, de ressources humaines, et en raison de l'évolution des pratiques médicales ne correspondant plus à ce type de ressources. La notion par contre de lieu de délestage ou d'abri transitoire pour des patients en cas d'événement ne permettant plus d'exploiter un hôpital est intéressante. Cela pose néanmoins la question des soins qui seraient prodigués dans un tel établissement, et probablement des limitations de soins/décisions de soins en mode dégradé qui seraient faits. Si la décision d'évacuation et d'exploitation d'un tel établissement peut répondre à un besoin opérationnel, les enjeux de limitations des soins devraient être portés par l'autorité politique et morale.</p>
28	5 Nouvelle orientation	

La notion de réseau national est cohérente et nécessaire, sur le modèle du Réseau national de sécurité, mais le périmètre proposé (et le terme Katamed lui-même) semble limité/dédié aux aspects médicaux uniquement, ce qui est réducteur dans le cadre d'une gestion de crise. Il est indispensable de faire apparaître la transversalité/coordination des différents partenaires "feux bleus", la protection civile, et des instances cantonales de conduite de crise (EMCC) au vu de leur vision cantonale et globale des risques cantonaux et des ressources mobilisables. L'articulation de Katamed avec les autres réseaux et instances cantonales ou confédérales manque, en termes de coordination et de leadership/conduite. // La dimension des compétences de conduite et de gestion en état-majors manque également, alors qu'elle serait cruciale probablement dans ces situations de crise. La notion de nouvelles structures d'accompagnement n'est à ce titre pas claire. Les responsables KATAMED ne sont pas clairement définis, ni dans leur profil, périmètre et responsabilité/pouvoir décisionnel. Les régions Katamed en tant qu'entité effective ne sont pas définies. Pour la Suisse romande, s'agirait-il par exemple de Grimca ? // Les hôpitaux universitaires et les universités jouent un rôle majeur dans la gestion opérationnelle, mais également dans la vision et la veille sanitaire. Leur articulation avec Katamed devrait être renforcée, avec une clarification de leur autonomie. Nous constatons que la Confédération fixe les exigences minimales et prend en charge certains coûts, mais les cantons et les communes restent responsables de l'entretien et de la gestion des infrastructures. Ce partage de responsabilités entraîne des différences de mise en œuvre entre cantons et un manque de coordination nationale. L'absence de contrôle fédéral régulier permet également à certaines installations d'être totalement laissées à l'abandon. Une harmonisation nationale des standards d'entretien et un contrôle fédéral permettraient d'avoir des constructions médicales protégées à jour et opérationnelles en cas de crise. Actuellement, la Confédération verse une contribution forfaitaire annuelle, mais les frais d'entretien ordinaires restent à la charge des propriétaires ou des exploitants. Ce manque de financement clair et complet pousse de nombreux cantons à ne pas rénover leurs infrastructures ou à les détourner de leur utilisation initiale. Nous constatons également que le coût d'opportunité de la réhabilitation des constructions protégées est élevé, ce qui dissuade encore plus les cantons et la Confédération.

30 5.2 Vision

31 5.3 Charte

Point 3) "gérer médicalement" peut laisser entendre que le réseau se concentre sur les aspects médicaux et non pas les soins ou la santé à plus large échelle => "gérer les besoins de santé de base d'une population..." ?

A compléter : Nous définissons les standards minimaux attendus par les structures médicales afin de faire face aux catastrophes et situations d'urgence.

Le point 7 de la charte n'est pas facilement compréhensible. La formation de la population devrait être clarifié.

KATAMED a un rôle de soutien mais pas de conduite. Qui prendrait des décisions pour attribuer des moyens limités en cas de catastrophe.

32 5.4 Gouvernance

Le périmètre proposé (ainsi que le terme KATAMED lui-même) semble limité aux aspects médico-hospitaliers uniquement, ce qui de fait est réducteur dans le cadre d'une gestion de crise. Il est indispensable d'intégrer l'ensemble de la chaîne de secours sanitaire et de clarifier les rôles et responsabilités de tous les maillons.

La clarté de la gouvernance est manquante entre la Confédération et les cantons, notamment au niveau politico-stratégique et opérationnel. Le rôle et le périmètre de responsabilité de ces acteurs (expliquer les organes, leur composition, et leurs missions), ainsi que ceux des différents organes présentés du réseau KATAMED, ne sont pas suffisamment définis à ce stade et doivent impérativement faire l'objet de clarification, tant dans les phases de préparation que d'engagement.

A cet effet, le document ne décrit pas les aspects de coordination internationale, nationale et intercantonale, le SSC/KATAMED pouvant jouer un rôle pivot dans cette thématique.

Le schéma de gestion de crise proposé au niveau de la Confédération tente de réunir les différentes entités en s'appuyant sur l'existant et le quotidien. En ce sens, il est pertinent, mais manque en revanche potentiellement de réactivité et de verticalité pour assurer des prises de décisions rapides en situation de crise.

Il est primordial de développer la coordination avec les différents partenaires de la protection de la population et les organes cantonaux de gestion de crise, au vu de leur vision cantonale et globale des risques cantonaux et des ressources mobilisables. Cette dimension des compétences de conduite et de gestion en état-major manque également, alors qu'elle serait cruciale dans la gestion d'une situation de crise.

Mieux préciser comment et par quels gremiums les cantons sont représentés (organes de conduite de sanitaire et de protection de la population). Comment est-ce que les cantons sont représentés dans l'Etat Major géré par le CENAL?

Explicitier plus clairement les processus d'arbitrage pour l'attribution des moyens.

Le périmètre des tâches de KATAMED, autant dans les phases de préparation et d'engagement ne sont pas suffisamment présentées, notamment les tâches de conduite d'événement. Clarifier les périmètres des responsabilités cantonales et fédérales.

Les tâches de KATAMED relatifs à la création des plans n'est pas suffisamment précis - s'agit-il de plans fédéraux pour une coordination nationale ou de plans cantonaux ?

Est-ce bien au comité de coordination de d'établir les concepts de formation (point e) des tâches? Cela semble relever du domaine opérationnel, voire tactique, et non stratégique / Illustration 4: il manque à mon sens un niveau tactique dans cette vision... Qui aura cette responsabilité? A noter que la SSMUS/SGNOR ne semble pas mentionnée? // Le comité de suivi Katamed devrait être clairement défini, tout comme le Responsable KATAMED: quel est son cahier des charges et son descriptif de fonction?

Ajouter la tâche suivante pour le comité de direction : Il définit des normes pour la sécurisation et la résilience des infrastructures médicales.

Pour les événements de courte durée, il est écrit que le représentant KATAMED peut collaborer avec l'EM de la police. Pour les événements de longue durée, il collabore avec la structure de conduite cantonale. Point d'attention sur cette partie car les cantons ne sont pas tous organisés de la même manière. Prendre en compte également le facteur d'intensité en plus du facteur temporel.

33 5.5 Facteurs de réussite pour la mise en œuvre de la nouvelle orientation

A compléter avec la tâche suivante: Accompagner les acteurs dans la phase de prévention et de préparation des infrastructures pour en améliorer la résilience.

La 8ème prémisses "Augmentation de la résilience" encourage la population à s'entraider et pouvoir s'en sortir seule. De notre point de vue, ce principe devrait également s'appliquer aux infrastructures. Elles devraient pouvoir garantir leur fonctionnement autonome durant 48 à 72h. Ce temps nous semble un minimum pour que l'ensemble des mécanismes de soutien et d'entraide puissent se mettre en place lors d'une catastrophe. Il est donc important que les infrastructures sanitaires reçoivent une norme claire sur ce qu'elles doivent assurer comme prestation (par exemple autonomie électrique du bâtiment de X% pour garantir le maintien des prestations, autonomie en nourriture et en médicaments durant X jours, etc.). Nous attirons également l'attention sur le fait que certaines chaînes de transports et par conséquent de logistique, pourraient être réduites ou inopérantes.

34 5.6 État final visé de la nouvelle orientation

Nous ajouterions une puce pour le "Renforcement des aptitudes des infrastructures". Des mesures relatives à la prévention et à la préparation des infrastructures du système de santé permettent de garantir la continuité des activités en situation extraordinaire.

35 6 Le système de santé en cas de situation extraordinaire

36 6.1 Spécificités du système de santé dans des situations

37 6.1.1 Impact direct

38 6.1.2 Impact indirect

39 6.1.3 Manque de ressources en raison de la faible probabilité d'occurrence

Il manque un concept de veille et de récolte d'informations en cas d'événements extraordinaires à l'étranger. Capitaliser sur les expériences des autres et diminuer l'effet de la faible probabilité d'occurrence en CH.

Quelle est la vision/stratégie du DDPS pour la mutualisation de moyens militaires/protection de la population ?

40	6.1.4 Modification de la qualité et de la tactique de traitement	Les enjeux de triage ou de limitations des soins devraient être portées par l'autorité politique et morale, mais sans retarder leur mise en application. // Le tableau 1 n'est pas clair, s'agit-il de définitions, de gradation de soins, de choix éthiques ? Plus globalement, la dimension de soutien psychique à la population (gestion de crise et de prévention de stress post-traumatique avec l'implémentation de mesures d'urgences en ce sens notamment pour les proches) est peu considérée.
41	6.1.5 Importance de la préparation	Ce point est extrêmement important et probablement pas assez mis en avant. La préparation de la population, ou des initiatives telles que les stratégies nationales "stop the bleeding" devraient être développées, sur les modèles de ce qui existent dans d'autres pays. En plus du renforcement de la formation de la population et les spécialistes à des gestes d'urgence, c'est tout le dispositif sanitaire qui doit atteindre un niveau de préparation plus élevé.
42	6.2 Bases existantes dans le système de santé pour maîtriser	
43	6.2.1 Création d'un plan d'urgence et d'un plan de catastrophe	La différence entre le plan d'urgence et le plan catastrophe n'est pas clairement définie.
44	6.2.2 Déclenchement du plan d'urgence et du plan de catastrophe	La décision de passer en mode catastrophe doit être soutenue/validée politiquement, mais en cas d'événement majeur, le niveau opérationnel aura déjà décidé de passer en mode catastrophe/triage/limitation de soins bien avant. Les décisions doivent rester médicales, mais être appuyées, validées sur le plan politique, moral et éthique. L'analyse et l'input doivent rester en main de la médecine, avec un appui politique au besoin.
45	7 Événement majeur : l'exemple d'un attentat terroriste	Définition d'un plan d'urgence vs un plan catastrophe. Par quels critères se différencient-ils ?
46	7.1 Les processus relatifs à la maîtrise d'un événement	"élimination des tensions dans la cage thoracique" => traduction à modifier : traitement de pneumothorax sous tension, exsufflation // La plupart des organisations préhospitalières appliquent les principes du TECC, doit-il être mentionné comme base de travail au développement des concepts? // La préparation de la population en cas d'attentat de grande ampleur, ou des initiatives telles que les stratégies nationales "stop the bleeding" devraient être développées. // Termes Trouver- IMMOBILISER -Sauver, pas usuelle en français.
47	7.2 Champs d'action	Tableau 2 : la notion de Medical reserve n'est pas claire. // Il n'est pas fait mention des équipes d'extraction/relevage en zone à risque lors d'un attentat Pour la puce 1, nous proposons de reformuler sous Information / formation, notamment si l'on parle de la population dans la description. Il est nécessaire que la population puisse disposer d'une documentation complète sur les gestes à adopter en cas de situation extraordinaire et que ces informations soient facilement accessibles et trouvables sur internet (la situation actuelle n'est pas satisfaisante). De notre point de vue, les infrastructures ne se limitent de loin pas aux constructions sanitaires protégées mais pratiquement à l'ensemble des hôpitaux. Dans la situation actuelle avec des constructions sanitaires protégées déficientes, la question de savoir si un effort accru sur les hôpitaux et autres infrastructures fonctionnelles ne devrait pas être réalisé prioritairement
48	8 Scénarios d'événements	Nous regrettons qu'à l'exception de la pandémie/épidémie, les risques retenus pour l'analyse se limitent à des risques dont la probabilité ou leur impact est relativement faible, même si leur impact sur le système sanitaire pourrait être conséquent. Nous aurions aimé voir traité dans l'analyse des risques plus probables comme le cas de la pénurie d'électricité ou de la panne d'électricité (2 à 4 jours sans électricité, selon le scénario majeur), la panne des réseaux d'information (possible cyberattaque, etc.) dont l'impact sur le fonctionnement du système de santé pourrait aller bien au-delà d'un afflux de patients et mettre en évidence de nombreuses autres lacunes.
49	8.1 Scénario I « Attentat conventionnel »	
50	8.1.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le	
51	8.1.2 Exigences particulières dans le scénario « Attentat	
52	8.2 Scénario II « Tremblement de terre »	Dans la rubrique "Moyens pour prise en compte", nous trouvons que les conséquences (infrastructure endommagée, perte de personnel, etc.) et les moyens (gestion intercantonale, déclenchement du plan catastrophe, etc.) sont mélangés et ne clarifient pas le texte. Il faudrait répartir les éléments selon les différentes rubriques. Pour les caractéristiques de l'impact sur l'infrastructure, il faut être conscient que l'impact peut être au-delà de la région touchée si des infrastructures critiques sont touchées (poste de transformation d'électricité, centrales téléphoniques, datas centers, etc.).
53	8.2.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le	
54	8.2.2 Exigences particulières dans le scénario « Tremblement	
55	8.3 Scénario III « Conflit armé »	La description du scénario conflit armé correspond au scénario tremblement de terre, notamment le scénario exemplaire.
56	8.3.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le scénario « Conflit armé »	Même commentaire que pour la rubrique 8.2 Scénario II "Tremblement de terre"
57	8.3.2 Exigences particulières dans le scénario « Conflit armé »	Le XABCDE n'est pas tiré du TECC (qui fonctionne avec le MARCH comme le TCCC), mais du PHTLS. Les terminologies changent, mais les principes de prise en charge restent les mêmes, il n'est donc pas forcément pertinent dans ce document de faire une distinction.
58	8.4 Scénario IV « Pandémie virale »	La description du scénario pandémie correspond au scénario tremblement de terre, notamment le scénario exemplaire.
59	8.4.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le	
60	8.4.2 Exigences particulières dans le scénario « Pandémie	
61	8.5 Événements NBC (nucléaires, biologiques, chimiques)	Adapter la phrase en : « La décontamination des personnes concernées est partiellement ou principalement réalisée sur le lieu du dommage, p.ex. par l'engagement de moyens mobiles de décontamination de masse, mais également dans les hôpitaux. »
62	8.5.1 Scénarios	
63	9 Analyse et résultats	Cette rubrique doit être complétée avec un chapitre "Information au Grand public" comme souhaité dans les documents d'une "meilleure information / formation du public".
64	9.1 Formation	
65	9.1.1 Situation actuelle	
66	9.1.2 Situation visée	
67	9.1.3 Mesures	La priorisation de mise en place de (in)formations pour la population est essentielle et devrait donc être la première mesure traitée sous ce point, car il n'existe à peu près rien à ce niveau en Suisse.
68	9.2 Conduite et exercices	La "conduite coordonnée" est assurée par les état-majors cantonaux (OCC, EMCC) et selon une doctrine si établie. Est-ce que les responsables KATAMED seront intégrés dans les organisation de conduite cantonales (EMCC, OCC), et si oui, comment ? La phase de préparation est essentiel pour tester les plans, les processus, les outils, la prise de décision sur l'aspect "sanitaire" certe mais aussi dans un système coordonné multipartenaires.
69	9.2.1 Situation actuelle	
70	9.2.2 Situation visée	
71	9.2.3 Mesures	cf. remarques supra. Le développement d'un enseignement structuré de médecine de catastrophe en prégradué est nécessaire.
72	9.3 Événement et concepts d'urgence	
73	9.3.1 Situation actuelle	
74	9.3.2 Situation visée	
75	9.3.3 Mesures	

76	9.4 Personnel	<p>Les propositions d'augmenter le niveau de préparation et la résilience globale de la santé publique ainsi que de la population sont pertinents et doivent être encouragées. Toutefois, une clarification des rôles et responsabilités entre la Confédération et les cantons demeure nécessaire afin d'adresser efficacement ces enjeux. Des outils de communication fédéraux à l'attention de la population, en temps de préparation et d'événement pourraient être plus développés.</p> <p>Contrairement à certains partenaires de la protection de la population, le domaine de la santé du canton de Vaud ne dispose pas de réserve en ressources humaines « en attente » d'un événement. La réserve « opérative » est inexistante. La majorité du personnel de renfort en cas d'événement majeur s'appuie sur du personnel hospitalier ou préhospitalier, qui serait en grande partie mobilisé dans leur activité professionnelle de base en cas d'événement. Une réflexion de fonds devrait être menée sur la mise à disposition d'une réserve opérationnelle formée et mobilisable en cas d'événement majeur. A titre d'exemple, nous proposons notamment de clarifier et renforcer le rôle de la protection civile dans ses missions sanitaires (profil de compétences). Une réflexion sur un système de gestion de volontaires doit également être menée. Finalement, il manque une traduction opérationnelle de l'origine des ressources mise à disposition dans le réseau KATAMED (par exemple équipe KATAMED).</p> <p>Le rôle des ressources de l'armée n'est pas mentionné alors qu'il s'agit potentiellement de la seule réserve opérationnelle disponible en cas d'événement de grande ampleur.</p>
77	9.4.1 Situation actuelle	
78	9.4.2 Situation visée	
79	9.4.3 Mesures	
80	9.5 Logistique	
81	9.5.1 Situation actuelle	
82	9.5.2 Situation visée	
83	9.5.3 Mesures	
84	9.6 Transports	
85	9.6.1 Situation actuelle	
86	9.6.2 Situation visée	
87	9.6.3 Mesures	
88	9.7 Infrastructure	<p>Nous partageons le constat que le concept d'exploitation des centres sanitaires protégés (CSP) et des unités d'hôpital protégées (UHP) est centrale et doit faire l'objet d'une réforme, en particulier à la vue du contexte géopolitique dans lequel nous sommes (guerre en Ukraine, etc.). Actuellement, les infrastructures médicales protégées ne sont utilisées que pour des crises majeures, ce qui justifie globalement leur abandon en temps normal. Aucun cadre juridique ne prévoit une utilisation « quotidienne » de ces infrastructures pour optimiser leur rentabilité. Par conséquent, les CSP et les UHP restent vides et se détériorent sans utilité directe pour la population. Les cantons n'ont aucun intérêt à investir dans des installations non exploitées au quotidien. Il serait peut-être intéressant d'autoriser les cantons à utiliser ces infrastructures médicales protégées en dehors des crises et des situations d'urgences afin de les inciter à entretenir ces lieux et ainsi avoir un système de santé opérationnel en cas de crise.</p> <p>Actuellement, la Confédération verse une contribution forfaitaire annuelle, mais les frais d'entretien ordinaires restent à la charge des propriétaires ou des exploitants. Ce déficit de financement pousse de nombreux cantons à ne pas entretenir ni rénover leurs infrastructures. Nous constatons également que le coût de la réhabilitation des constructions protégées est élevé, ce qui dissuade encore plus les Cantons et la Confédération à les rénover.</p> <p>Nous constatons que la Confédération fixe les exigences minimales et prend en charge certains coûts, mais les cantons et les communes restent responsables de l'entretien et de la gestion des infrastructures. Ce partage de responsabilités entraîne des différences de mise en œuvre entre cantons et un manque de coordination nationale. L'absence de contrôle fédéral régulier permet également à certaines installations d'être totalement laissées à l'abandon. Une harmonisation nationale des standards d'entretien et un contrôle fédéral permettraient d'avoir des constructions médicales protégées à jour et opérationnelles en cas de crise.</p> <p>La variante 2 proposée (réseau de centres de traumatologie) est à privilégier par rapport à la variante 1 (remise en état des installations actives et inactives), qui consiste en une remise en état des infrastructures existantes. Il faudrait toutefois que les capacités de réserves qui seraient créées puissent être ad minima exploitées en tout temps afin de permettre un maintien à niveau des infrastructures. De plus, un grand nombre d'éléments serait à préciser, notamment les coûts de financement, la gouvernance globale, l'utilisation des unités médicales protégées dans l'hôpital principal et dans les hôpitaux satellites, les zones géographiques que ces constructions couvriraient et le personnel assurant leur exploitation.</p> <p>Nous proposons que la Confédération impose des mesures minimales et efficaces aux infrastructures de santé et d'uniformiser au niveau national les mesures de prévention (par exemple concernant la sécurisation électrique, le stock de médicaments et de matériel, de subsistance). Enfin, le rapport ne se prononce pas sur les systèmes d'information et de télécommunication, partant du principe que internet, dont la majorité des acteurs dépendent, est toujours opérationnel.</p>
89	9.7.1 Situation actuelle	Les infrastructures ne sont utilisées que pour des crises majeures, ce qui justifie globalement leur abandon en temps normal. Aucun cadre juridique ne prévoit une utilisation « quotidienne » de ces infrastructures pour optimiser leur rentabilité. Par conséquent, les centres sanitaires protégés (CSP) et les unités d'hôpital protégées (UHP) restent vides et se détériorent sans utilité directe pour la population. Les cantons n'ont aucun intérêt à investir dans des installations non exploitées au quotidien. Il serait peut-être intéressant d'autoriser les cantons à utiliser ces infrastructures médicales protégées en dehors des crises et des situations d'urgences afin de les inciter à entretenir ces lieux et ainsi avoir un système de santé opérationnel en cas de crise.
90	9.7.2 Situation visée	
91	9.7.3 Mesures	
92	10 Conclusion	Expliciter les investissements financiers et ressources nécessaires estimés pour une transparence sur les moyens à investir. Expliciter clairement les prestations de soutien disponibles pour les cantons.
93	10.1 Conséquence de la nouvelle orientation du réseau KATAMED	Le choix du terme Katamed évoque un contenu médical. La dénomination Réseau national de médecine de catastrophe est une alternative, mais la différence entre ces deux termes n'est pas claire.
94	10.2 Étapes suivantes pour le Rapport Nouvelle orientation du	
95	A Concept de « constructions médicales protégées »	Globalement le concept ne fixe pas d'objectif clair/mission aux COP. Dès lors il est difficile de se projeter dans un modèle. La proposition semble extrêmement coûteuse et devrait être évaluée en posant l'objectif/rôle attendu de ces COP nouveau modèle. Il est probablement utopique de vouloir reconstituer des hôpitaux complets. Il serait possiblement plus pertinent de les imaginer comme des abris transitoires pour les patients. Le concept pour les CSP et la vision stratégique de l'OFPP / SSC à ce sujet sont attendus au niveau des cantons. La situation géopolitique actuelle (guerre Ukraine) met en exergue le besoin d'infrastructures sanitaire protégées
96	A.1 Condensé	
97	A.2 Introduction	
98	A.2.1 Contexte	
99	A.2.2 Objectif du concept de « constructions médicales	
100	A.2.3 Méthodologie	
101	A.2.4 Coûts d'opportunité	
102	A.2.5 Partenaires impliqués	
103	A.3 Situation actuelle	
104	A.3.1 Situation actuelle relative à l'infrastructure	
105	A.3.2 Bases légales	L'absence de sanctions en cas de non-respect des bases légales de la LPPCi et de l'OPCi permet aux cantons de ne pas respecter leurs obligations et ainsi ne pas entretenir ces infrastructures. La création de sanctions financières pourrait peut-être les inciter à maintenir un entretien correct.
106	A.3.3 Financement	
107	A.3.4 Conclusion	
108	A.4 Variantes	
109	A.4.1 Description de la procédure	

110	A.4.2 Critères de la situation visée	
111	A.4.3 Variante 1 – « Remise en état des installations actives	
112	A.4.4 Variante 2 – « Réseau de centres de traumatologie »	
113	A.4.5 Estimation des coûts	
114	A.4.6 Évaluation des variantes	
115	A.5 Approfondissement de la variante 2 proposée	
116	A.5.1 Prémisses du concept de la variante 2 « réseau de	Il faudrait indiquer si les hôpitaux satellites Katamed peuvent exploiter les infrastructures supplémentaires sécurisée, apparemment non mais cela n'est pas clairement dit.
117	A.5.2 Description de la situation visée concernant	
118	A.5.3 Concept des réseaux de soins KATAMED pour les soins	Les chiffres des degrés de préparations devraient être analysés plus finement afin d'évaluer le coût que cela pourrait représenter.
119	A.5.4 Soins médicaux de base et ordinaires protégés en cas	
120	A.5.5 Mesures	
121	A.5.6 Résumé	
122	A.6 Étapes suivantes	
123	A.7 Annexe « concept de constructions médicales protégées »	
124	B Liste des partenaires KATAMED	
125	C Composition des mesures KATAMED avec	Point 5) Il conviendrait d'évaluer la pertinence de la création d'un titre universitaire (master) en médecine de catastrophe suisse.
126	D Survol de l'ensemble des mesures	ID 5 Aide psychologique d'urgence : point important pas assez développé dans le rapport. Il ne s'agit pas uniquement de former les partenaires mais de repositionner cette activité dans l'organisation des secours et de favoriser le développement d'une résilience populationnelle.

Veuillez envoyer votre avis sur le rapport jusqu'au **28 mars 2025** à la responsable du bureau du SSC, Madame Patricia Fuhrer (nazksd-info@babs.admin.ch).