



Le Conseil d'Etat
1076-2025

Département fédéral de la défense, de
la protection de la population et des
sports (DDPS)
Madame Viola Amherd
Conseillère fédérale
Palais fédéral Est
3003 Berne

Concerne : consultation concernant la nouvelle orientation du SSC – réseau national de médecine de catastrophe KATAMED

Madame la Conseillère fédérale,

Notre Conseil a pris connaissance avec intérêt de votre courrier du 30 janvier 2025 concernant le sujet cité en objet et souhaite apporter les éléments suivants.

Dans l'ensemble et en préambule, notre Conseil salue la vision proposée par votre office, à travers la mise en place d'un réseau, rappelant par certains aspects le modèle du réseau national de sécurité. L'amélioration de la coordination, les synergies d'organisation entre partenaires fédéraux et cantonaux et l'introduction de la dimension régionale sont des avancées particulières, permettant de travailler à une échelle adaptée lors d'occurrence d'événement majeur susceptible de générer un nombre important de victimes.

En ce sens, notre Conseil tient à souligner le rôle précurseur de la région romande dans ce domaine à travers l'existence, par voie de convention signée en 2019, du groupement romand d'intervention médicale en cas de catastrophe (GRIMCA), rassemblant les cantons de Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud. Le GRIMCA permet la mutualisation et l'harmonisation des moyens d'exception sanitaires romands et facilite le renfort inter-cantonal en réglant les modalités en amont.

Parmi les points également positifs figurent le renforcement de la préparation des acteurs sanitaires, la proposition de scénarios de référence et le souhait de pouvoir compter sur un outil d'information et d'intervention unifié et utilisé au quotidien.

Toutefois, notre Conseil relève que la vision reste actuellement théorique nonobstant la mention de l'accompagnement futur du rapport par un plan d'action. Pour être réaliste, ce plan d'action devra s'accompagner d'un budget spécifique. Notre Conseil relève, de plus, que le transfert du service sanitaire coordonné (SSC) du groupement défense à l'OFPP ne semble pas avoir été suivi des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Il nous semble donc judicieux que le futur réseau KATAMED puisse compter sur un financement fédéral idoine, sa mission relevant des priorités actuelles du Conseil fédéral en matière de renforcement de la sécurité en Suisse. Pour réaliser la vision décrite dans le rapport, ce financement ne doit pas se focaliser sur les constructions sanitaires protégées

mais permettre de promouvoir l'agilité du système de santé en améliorant l'état de préparation (encouragement à la formation, aux exercices de crises, identification de structures de renfort, etc.). L'exercice et la formation du personnel médico-soignant en première ligne impliquent en effet de pouvoir dégager du temps et des ressources de manière régulière tout en tenant compte de la charge de travail quotidienne. L'impulsion fédérale est ici encouragée. En effet et à titre d'exemple dans un autre domaine, les aéroports ont l'obligation d'exercer leur plan d'urgence tous les deux ans. Il pourrait en être de même dans les hôpitaux ou réseaux labellisés.

La coordination lors d'événement mériterait des éclaircissements. Les étapes de substitution (par exemple compétence cantonale, renfort régional, renfort fédéral) pourraient être précisées, de même que le rôle de l'échelon fédéral (par exemple dès que deux cantons sont impactés massivement). Il est également à espérer une plus grande synergie entre le futur réseau KATAMED et le corps suisse d'aide humanitaire (CSA) – en premier lieu en autorisant le CSA et la chaîne suisse de sauvetage à intervenir sur le territoire suisse. Enfin, le rôle de la centrale nationale d'alarme (CENAL), peu connue en Suisse romande, doit être mieux explicité et communiqué, de même que la collaboration civilo-militaire en décrivant les tâches de chaque structure dans le domaine sanitaire.

La création d'un réseau cantonal ou régional constitué d'hôpitaux principaux et d'hôpitaux satellites est une voie à suivre. Notre Conseil est d'avis que cette voie doit également pouvoir remplacer celle des constructions sanitaires protégées, jugées trop dispendieuses au regard du risque effectif. En l'état, si le canton de Genève devait réaliser les propositions figurant dans le rapport, il s'agirait de construire 1000 lits protégés (en tenant compte de la population résidante actuelle et sans projection). Si les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) devaient transférer en abri protégé 60% des lits exploités dans un délai de six semaines, il faudrait pouvoir se doter de 1200 lits protégés. La proposition d'exploiter ces lits protégés en situation quotidienne impliquerait de prodiguer des soins à la population dans une structure souterraine, environnement non adapté aux standards médico-soignants actuels et ne respectant pas certains aspects de la loi sur le travail.

Le concept d'infrastructure protégée ne fait sens qu'en cas de conflit armé, en partant du principe que les structures sanitaires ne seront pas épargnées contrairement aux dispositions du droit international. La pertinence en cas de tremblement de terre – à supposer que les bâtiments hospitaliers ne soient pas conformes aux normes de protection sismiques – est très relative au vu de la déstructuration et des dommages probables au sol. Dans le cadre d'autres scénarios (attentat, afflux massif de blessés, contamination chimique), le concept d'infrastructure protégée n'est d'aucune utilité et complique la gestion des flux (accès à des locaux sécurisés complexe et lent).

Si toutefois le risque de conflit armé devait être considéré comme un risque majeur par la Confédération et les cantons, il s'agirait de doter certaines régions de vrais hôpitaux protégés, avec un nombre de lits adapté à la densité de la population environnante et indépendants des hôpitaux de surface. Ces structures protégées ne seraient activées que si les hôpitaux de surface ne devaient plus être disponibles à la suite de leur destruction. Le personnel médico-soignant pourrait ainsi y être transféré, de même que les patients. Ces structures pourraient être utilisées et maintenues par l'armée et la protection civile, dont les rôles seraient ici plus pertinents et plus cohérents, sous réserve que cette mission soit clairement identifiée et que les effectifs disponibles en tiennent compte. Se pose toutefois ici aussi la question du financement de telles structures et de la modernisation des installations et du matériel. A cet égard, dans l'hypothèse du maintien de constructions sanitaires protégées, il fait sens de réduire le taux de couverture à 0.2%, sur la base des expériences tirées de la situation internationale actuelle. Cette réduction présente l'avantage de maintenir un socle sanitaire pour la situation de conflit, de réduire les coûts y relatifs et possiblement de réaffecter d'actuels centres sanitaires protégées en simple abris publics.

Notre Conseil se positionne donc en défaveur des deux variantes présentées dans le rapport en raison de leur inapplicabilité et suggère d'abandonner l'obligation de construire des constructions sanitaires protégées et de reprendre l'essence de la deuxième variante (réseaux d'hôpitaux) sans notion d'infrastructure protégée mais en identifiant en amont des structures de décharge rapidement mobilisables (abri de patients stables). A Genève, il aboutirait à un réseau formé des HUG et d'autres hôpitaux et cliniques. Ceci présuppose toutefois de définir des règles de collaboration au quotidien et dans les moments de surcharge du réseau de soins. Cette collaboration continue – qui peut être ouverte à des structures sanitaires frontalières - serait alors renforcée lors de moments d'exception.

Finalement, notre Conseil propose que les conséquences sanitaires secondaires – ou indirectes – d'une catastrophe sur le sol suisse soient mieux décrites. Au-delà de l'impact immédiat et dans une perspective de santé publique, il convient d'assurer la continuité du système de santé, en période dégradée, ainsi que l'accès à l'eau, à la nourriture, aux médicaments, à un abri, à une aide psychologique et au rétablissement des liens familiaux. Ces dimensions – de même que la notion de résilience communautaire - devraient mieux être mises en avant vu leur influence sur la santé des personnes sinistrées et de la population dans son ensemble.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ce courrier, nous vous prions de croire, Madame la Conseillère fédérale, à l'expression de notre parfaite considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti-El Zayadi

La présidente :



Nathalie Fontanet

Annexe : formulaire en format Excel

Copie à : Madame Patricia Fuhrer
Responsable du bureau du service sanitaire coordonné (SSC)
nazksd-info@babs.admin.ch

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

Date : 05.03.2025

Office / Organisation : Canton de Genève / HUG

Personne de contact : Simon Regard

Commentaires généraux :

ID	Chapitre	Commentaire(s)
1	Glossaire	Mentionner le GRIMCA (Groupement romand d'intervention médicale en cas de catastrophe), structure régionale romande qui doit servir de modèle pour la proposition de régionalisation
2	Condensé	P10 Il est regrettable que le rattachement du SSC à l'ORPP n'ait pas été accompagné des ressources adéquates pour exécuter sa mission.
3	État des lieux et nouvelle orientation	Absence de culture de gestion de crise à souligner. L'expérience pandémie devrait rappeler la nécessité de préparation aux crises sur le plan communautaires. Pour l'orientation SSC, il s'agit de diffuser la culture de gestion de crise sanitaire au sein du système de santé. Une piste serait de promouvoir l'agilité du système lors des pics de surcharge désormais réguliers (virus hivernaux). Concernant le SII, pour être utilisable en mode dégradé, il faut qu'il soit utile et reconnu en mode quotidien.
4	Méthodologie	Le concept de réseau national est essentiel et à saluer. Les aspects d'interface hors système de santé, ex. avec les autres partenaires sont peu développés. P12 La mention de l'échelon régional / supra-cantonal est très positive et permet de reconnaître les efforts existants (ex. GRIMCA). Le réseau national doit s'appuyer sur l'échelon régional, lui-même s'appuyant sur les cantons. Le partage des bonnes pratiques entre les régions et leur développement (mission d'encouragement du réseau national) permettra de travailler à la bonne échelle (supra-cantonale), tout en respectant le leadership cantonal et les particularités culturelles / régionales.
5	Vision	P13 La mention du SII utilisé en proportion réduite comme système informatique hospitalier (et inter-hospitalier) est bienvenue. Le système ne fonctionnera dans l'exception que s'il est connu et utilisé au quotidien. P13 Logistique: Ajouter un message type "Encourager la mutualisation de moyens sanitaires d'exception (ex. véhicule de soutien sanitaire) sur un plan régional." De façon générale, pour être acceptable sur le sol romand, la CENAL doit être mieux connue / reconnue. La coordination internationale peut être mieux explicitée, notamment le lien avec la DDC. Les futures EMT pourraient être basées sur les EMT cantonales dès lors que leur processus / efficacité / outils sont suffisamment harmonisés sur un plan régional pour être pleinement interopérables et prétendre à une certification EMT WHO. Ce vivier de compétences pourrait également servir de réserve potentielle pour le groupe d'expert Santé du corps suisse diade humanitaire (SSA). Enfin, dans l'exception, le lien avec les unités sanitaires de l'armée pourrait être explicité et indiqué en dernier recours. Enfin, le lien avec l'enseignement et la recherche dans le domaine de la catastrophe peuvent être mieux décrites et élargies aux crises sanitaires (toward a Swiss Centre for Crisis Medicine ?) régulières ou exceptionnelles.
6	Champs d'action	P13 "Des directives nationales ou supra-cantonales permettent une collaboration". Il existe en effet des collaborations régionales efficaces qui conviendrait de promouvoir. L'état final devrait intégrer une composante réaliste: placer le curseur à un niveau qui permette de gérer au mieux l'événement sans viser l'optimum (dispendieux).
7	État final visé de la nouvelle orientation	Les aspects d'interface manquent. La santé ne peut pas fonctionner de façon isolée, elle résulte d'autres composantes. Nous suggérons donc de citer / aborder l'interface avec les partenaires. Bien sûr les feux bleus et les instances de conduite mais également les services techniques et logistiques amenant l'infrastructure nécessaire à la prévention des conséquences secondaires en cas de catastrophe. Eau, air, aide psychologique, approvisionnement de médicaments, nourriture et rétablissement des liens familiaux sont des données essentielles pour influencer positivement la santé, au-delà des blessures directes liées à l'événement.
8	Étapes suivantes pour le rapport	
9	1 Introduction	
10	1.1 Evolution 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 le domaine du Service sanitaire coordonné » à l'intention du DPFS	
15	2.2 Conclusions du rapport « Besoins futurs dans le domaine du Service sanitaire coordonné » du Réseau national de sécurité	
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	
20	3.3 Nouvelle organisation de crise de la Confédération	
21	4 Défis	
22	4.1 Structure fédérale de la Suisse	
23	4.2 Capacités limitées du système de santé	
24	4.3 Capacités insuffisantes pour maîtriser un événement	
25	4.4 Le SSC couvre à la fois les domaines de la santé et de la sécurité	
26	4.5 Diminution des ressources du SSC après son rattachement	
27	4.6 Négligence de l'entretien des constructions médicales protégées	
28	5 Nouvelle orientation	
29	5.1 Réseau KATAMED	
30	5.2 Vision	
31	5.3 Charte	
32	5.4 Gouvernance	
33	5.5 Facteurs de réussite pour la mise en œuvre de la nouvelle orientation	

P20 Le maintien du centre de compétences pour la médecine militaire et de catastrophe dans le Groupement Défense signifie une perte de ressources pour le domaine civil. Il est essentiel que la Confédération, qui a pris cette décision, l'assume pleinement en dotant la partie civile - id est le réseau KATAMED - des ressources financières nécessaires à la réalisation de sa mission. A l'heure où l'armée a obtenu une augmentation budgétaire, il est très peu compréhensible que le transfert de budget à l'OFPP s'accompagne de mesures d'économie au vu de sa mission d'intérêt en matière de sécurité nationale.

P21 La mention du Réseau national pour l'aide psychologique d'urgence est saluée. La santé lors de catastrophe et autre crise sanitaire englobe les dimensions somatiques et psychologiques. Il serait adéquat de promouvoir les réseaux régionaux, également en matière d'aide psychologique d'urgence.

Dans l'ensemble, il convient de mieux préciser le rôle des deux structures (réseau KATAMED et Groupement Défense), leur interaction (c'est le cœur de la collaboration civilo-militaire) afin d'éviter des doublons et ralentissements. Le groupement défense et l'armée doivent servir de réserve d'exception tant sur le plan logistique qu'humain si la réponse régionale est insuffisante ou en cas de conflit armé.

P22 La participation d'Offices fédéraux spécialisés et particulièrement concernés lors de crise à l'état-major de crise politico-stratégique (EMPS) paraît nécessaire. Lors de pandémie, la participation de l'OFSP à cet état-major doit également être mentionnée.

La régionalisation permet de mutualiser les moyens et de les rendre plus aptes à affronter un véritable événement majeur. Le leadership reste en l'état cantonal sur la base du canton où se passe l'événement. Mais qui prend le leadership si plusieurs cantons sont impactés ? C'est un seul qui pourrait nécessiter une forme de coordination fédérale.

Cf commentaire sur la culture de gestion de crise supra.

P24 Une plus grande flexibilité permettrait d'améliorer le potentiel de réponse. On pourrait mentionner "la promotion des synergies entre les différentes ressources, par exemple à travers un contact rapproché entre le réseau KATAMED et le corps suisse d'aide humanitaire et un cadre d'opération conjointe." En effet, le CSA - et idem pour la chaîne suisse de sauvetage - devrait pouvoir également intervenir en Suisse en cas de besoin d'un canton. Il est essentielle de poser les jalons de synergie future entre les deux organisations.

Les hôpitaux protégés ne sont plus une voie à poursuivre. Nous proposons plutôt de construire des réseaux de déstasement / continuité de prise en charge et d'identifier des structures rapidement mobilisables qui pourraient servir de lieux de déstasement avec un aménagement limité.

P24 cf remarques n°19. Un développement énoncé par étape pourrait permettre d'identifier quelle phase concrétiser si le financement venait à manquer.

P25 un changement de modèle est préconisé par le Canton de Genève, afin de compter sur un réseau d'institutions de santé sans forcément d'infrastructure souterraine entretenue. La question des CSP a pris beaucoup trop de places dans la réflexion de l'ancien SSC et de l'OFPP. Il est essentiel de franchir le pas et d'oser développer des nouvelles approches. Elles ne seront pas optimales lors d'un conflit armé mais l'investissement / option privilégiée doit être le résultat de la pondération du risque par rapport aux ressources nécessaires pour s'y prémunir.

Le modèle du réseau national de sécurité semble le plus adéquat. Le rôle des hôpitaux universitaires peut être renforcé au vu du bénéfice probable (ancrés dans le monde académique et souvent acteurs opérationnels dans le domaine de la médecine de catastrophe).

P27 "Il créée en outre la base de coopérations ciblées en Suisse et à l'étranger, en partenariat avec les organisations existantes, par exemple le CSA."

Élargir la vision à la prise en compte non seulement des soins mais de la santé de la population. Ce qui inclut l'interface avec les besoins essentiels (eau, nourriture, protection, etc.), essentiels pour éviter les conséquences sanitaires secondaires post-événementielle. L'enjeu en cas de catastrophe n'est pas seulement d'accueillir les multiples blessés mais de faire en sorte que le système de santé de base continue de fonctionner en période dégradée.

P28 Inclure également les organisations inter / supra-cantonales ex. GRIMCA

P29 Afin de mieux imbriquer la réponse civile en cas de crise sanitaire, quel intégration de l'OFSP dans les organes de gouvernance ? Certains crises sanitaires futures tombent sur le coup de la LEP. Quelle interaction entre l'organisation de KATAMED et l'organisation de prévention, préparation et gestion des épidémies / pandémies ?

P30 Nous soutenons l'élargissement des tâches du réseau KATAMED au sein de l'OFPP, en partenariat avec les organisations cantonales et intercantionales existantes.

34	5.6 Etat final visé de la nouvelle orientation	
35	6 Le système de santé en cas de situation extraordinaire	
36	6.1 Spécificités du système de santé dans des situations extraordinaires	
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	
40	6.1.4 Modification de la qualité et de la tactique de traitement	
41	6.1.5 Importance de la préparation	
42	6.2 Bases existantes dans le système de santé pour maîtriser un événement	
43	6.2.1 Création d'un plan d'urgence et d'un plan de catastrophe	
44	6.2.2 Déclenchement du plan d'urgence et du plan de catastrophe	
45	7 Événement majeur : l'exemple d'un attentat terroriste	
46	7.1 Les processus relatifs à la maîtrise d'un événement	
47	7.2 Champs d'action	
48	8 Scénarios d'événements	
49	8.1 Scénario I « Attentat conventionnel »	
50	8.1.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le scénario « Attentat conventionnel »	
51	8.1.2 Exigences particulières dans le scénario « Attentat conventionnel »	
52	8.2 Scénario II « Tremblement de terre »	
53	8.2.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le scénario « Tremblement de terre »	
54	8.2.2 Exigences particulières dans le scénario « Tremblement de terre »	
55	8.3 Scénario III « Conflit armé »	
56	8.3.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le scénario « Conflit armé »	
		<p>P33 Pourquoi le chiffre 24 patients ? Donner plutôt une fourchette 20-30 patients en moyenne. Indiquer que les événements de petite ampleur sont également des opportunités d'exercice / sensibilisation aux événements de plus grand ampleur.</p> <p>P34 Nous saluons la présence de ce chapitre qui insiste sur les effets indirects / à long terme d'une vraie catastrophe, marquée par la décompensation du système. En l'espèce, c'est alors toute la coordination du système de santé (et non seulement des soins d'urgence / médecine aiguë) qui est impliquée.</p> <p>Citer également la veille scientifique et les retours d'expérience à l'étranger. Entré dans un réseau = mutualisation des connaissances / expériences de ses membres et de leur propre réseau. Ex. télémeeting mensuel ?</p> <p>P34. Essentiel de rappeler que les limitations éventuelles de traitement doivent être évaluées régulièrement en fonction de l'adéquation des ressources. Par ailleurs, un encadrement éthique en amont et la prise en compte des bases scientifiques les plus à jour sont deux dimensions inhérentes à processus de ce type.</p> <p>P37 "Les services de secours n'interviennent que rarement ou pas du tout dans les zones à risque"; les retours d'expérience font évoluer la doctrine dans ce domaine et montrent que l'intervention conjointe de forces de l'ordre et d'éléments de secours, ou tout du moins la prise en compte de l'intérêt sanitaire alors que la menace n'a pas encore été neutralisée est primordial, sous peine d'ajourner encore plus le bilan. La sécurité est, ici, un phénomène relatif à mettre en pondération avec l'intérêt sanitaire. Il convient alors de prendre des décisions tactiques qui pondèrent ces deux rationalités et de faire pencher la balance vers l'un ou l'autre en fonction de l'évolution de la situation, marquée par une très grande volatilité.</p> <p>P37 "Compte tenu du risque de second attentat (...) aucun tri n'est effectué sur place par ordre de priorité en vue du transport". Cette phrase nous semble fautive. En effet, un tri sur place est nécessaire afin d'attribuer les bons vecteurs vers les bonnes destinations aux bons patients. Il est juste de privilégier un flux constant de transport vers les hôpitaux au vu du nombre de patients qui nécessiteront une prise en charge chirurgicale rapide (damage control évolutif) mais un triage initial reste adéquat (cf. article Pepper 2019 qui fait foi dans le domaine). Par ailleurs, l'hypothèse d'un surattentat (juste à évoquer mais rare dans les faits, ne doit pas prévaloir la prise en charge sanitaire. A nouveau, il s'agit de pondérer les rationalités sécuritaire et sanitaire dans la décision tactique et d'éviter de partir dans un tout sécuritaire.</p> <p>P37 Dans ce chapitre, il manque les conséquences communautaires à court terme d'un tel événement, avec la dimension de résilience communautaire et de résilience dans la société. Ce phénomène de bouleversement social peut entraîner des besoins sanitaires, notamment psychologiques, à prendre en compte. Les partenaires KATAMC ont un rôle à jouer dans le rétablissement précoce, la prévention d'événements échos (ex. suite d'attentat, recherche de personnes abouissant à une nouvelle violence, rixes communautaires secondaires ou vengances) ainsi que dans le processus de résilience communautaire (ex. offre de sensibilisation aux premiers secours dans les semaines / mois suivant un tel événement sur le modèle des "opérations samedi" qui sauvent" en France après les attentats de novembre 2015).</p> <p>P42 "En outre la sensibilisation consécutive à la vague d'attentats de la décennie 2010-2020 s'est focalisée sur l'événement d'hémorragies massives à travers l'usage précoce de moyens hémostatiques. Cet aspect seul est toutefois insuffisant, l'important étant d'assurer un flux constant d'évacuation des victimes qui le nécessitent vers les sites hospitaliers adéquats en vue de procéder à un traitement provisoire (damage control) ou définitif."</p> <p>P42 "La charge cognitive pour les intervenants est particulièrement élevée en cas d'attentat conventionnel, nécessitant des procédures et techniques simples, rapides et fiables. Les retours d'expérience issus de la littérature démontrent par exemple que les systèmes de traçabilité complexes sont très vite mis de côté."</p> <p>P44 "Harmoniser la terminologie les processus" ... ajouter "tout en favorisant l'ajusté nécessaire à la réponse lors de situation extrême."</p> <p>P44 Ajouter "inclure des efforts en vue de favoriser la résilience communautaire lors de tels événements à fort potentiel de bouleversement. Les forces sanitaires ont un rôle à jouer par exemple en organisant des opérations de sensibilisation aux premiers secours dans les semaines ou mois suivant un attentat."</p> <p>P47 La ResMAB a-t-elle les moyens de soutenir la coordination nationale de moyens et de personnel tout en assurant la coordination de laide étrangère et la coordination opérationnelle ?</p>

57	8.3.2 Exigences particulières dans le scénario « Conflit armé »	
58	8.4 Scénario IV « Pandémie virale »	
59	8.4.1 Situation actuelle dans le système coordonné pour le scénario « Pandémie virale »	
60	8.4.2 Exigences particulières dans le scénario « Pandémie virale »	
61	8.5 Evénements NBC (nucléaires, biologiques, chimiques)	
62	8.5.1 Scénarios	
63	9 Analyse et résultats	
64	9.1 Formation	
65	9.1.1 Situation actuelle	
66	9.1.2 Situation visée	
67	9.1.3 Mesures	
68	9.2 Conduite et exercices	
69	9.2.1 Situation actuelle	
70	9.2.2 Situation visée	
71	9.2.3 Mesures	
72	9.3 Evènement 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	
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	
89	9.7.1 Situation actuelle	
90	9.7.2 Situation visée	
91	9.7.3 Mesures	
92	10 Conclusion	
93	10.1 Conséquence de la nouvelle orientation du réseau KATAMED	
94	10.2 Etapes suivantes pour le Rapport Nouvelle orientation du SSC	
95	A Concept de « constructions médicales protégées »	
96	A.1 Contexte	
97	A.2 Introduction	
98	A.2.1 Contexte	
		P54 "Aujourd'hui, c'est l'Etat-major fédéral Protection de la population qui est convoqué en cas de pandémie." Adapter au vu du caractère spécifique d'une crise pandémique et des dernières discussions fédérales en la matière. Quel est le rôle des offices spécialisés, dont l'OFSP en l'espace ?
		P55 Le lien avec le plan pandémie fédéral en cours d'actualisation est bienvenu. La mention des XABODE, TECO etc nous semble peu adéquat (micro).
		P58 "Le financement est assuré par la Confédération, les cantons et le secteur privé." S'agissant d'une activité de coordination fédérale auparavant financée par la Confédération via le Groupement Défense, il est attendu de la Confédération une implication financière forte. Le contraire (transfert du SSC du Groupement Défense à l'OFSP avec un budget limité, puis demande de financement conjoint Confédération - cantons - privé) somme comme un transfert de charges.
		P59 La notion d'implication de la Coopération internationale dans le domaine Host Nation Support nous semble faire particulièrement sens.
		P60 Introduire la notion que "L'OFPP - ResMAB agit en tant que Local Emergency Management Agency" pour correspondre à l'initiative EMIT de WHO. Considérer l'ajout "avec l'appui de la Coopération internationale" le CSA possédant un savoir-faire dans ce domaine ?
		L'organe de coordination des transports doit être régalié afin d'éviter tout conflit d'intérêt parmi les prestataires de soins d'urgence en situation quotidienne.
		P64 La réduction forte de 0.6 à 0.2% est plus que souhaitable. Il serait toutefois encore plus souhaitable d'abolir totalement ce pourcentage et d'identifier des réseaux d'hôpitaux existants ou à mettre en place. Les constructions sanitaires protégées n'ont de sens que lors de conflit armé. Les unités hospitalières protégées n'ont plus aucun sens: soit l'hôpital est protégé par son statut, soit il est endommagé et il en ira de même de la structure souterraine (accès...). En ce sens, la variante 2 est clairement privilégiée avec toutefois une réserve sur la nécessité de constructions protégées.
		Former un réseau national de secours sur le modèle - ou partie du - du réseau national de sécurité.

99	A.2.2	Objectif du concept de « constructions médicales protégées »	
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	
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 et inactives »	
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	Premises du concept de la variante 2 « réseau de centres de traumatologie » pour les constructions médicales protégées	
117	A.5.2	Description de la situation visée concernant l'infrastructure	
118	A.5.3	Concept des réseaux de soins KATAMED pour les soins aigus protégés en cas d'événement	
119	A.5.4	Soins médicaux de base et ordinaires protégés en cas d'événement	
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 hiérarchisation	
126	D	Survival de l'ensemble des mesures	

Pourquoi soigner dans les constructions protégées des personnes qui pourraient être soignées en dehors ? Si le choix d'orientation est fait en fonction du niveau de gravité, on peut se poser la question de l'intérêt d'une construction protégée. Les réseaux d'hôpitaux principaux + hôpitaux satellites nous semblent plus adéquats.

La notion "il doit également être possible d'exploiter les constructions sanitaires protégées avec une qualité de traitement adéquate, celles-ci doivent déjà offrir une plus-value dans un contexte normal et idéalement pouvoir être intégrées au fonctionnement existant de l'hôpital" ressemble plus à un postulat qu'à la conclusion d'une argumentation logique. En l'état, bâtir de façon plus protégées de futurs hôpitaux semble plus adéquat que bâtir des zones refuges totalement protégées en sous-sol. A titre d'exemple, le chiffre de 0,2% pour le canton de Genève (500'000 habitants en projection) aboutit à 1'000 places en constructions sanitaires protégées, ce qui est totalement illusoire. En outre, si les personnes blessées abritées sont des personnes de faible gravité, un lit superposé reste adéquat. Le calcul du nombre de blessés à partir de la situation en Ukraine se base sur le postulat d'abriter l'ensemble des blessés. Il convient de privilégier une solution d'évacuation en zone sûr, sur le territoire ou en dehors.

En résumé, les constructions sanitaires protégées nous semblent une réponse peu adéquate à un vrai besoin. La construction de réseaux d'hôpitaux et des mécanismes d'indemnisation pour l'accueil de patients s'avère une piste à explorer. Au vu de leur efficacité limitée, il conviendrait de construire une troisième version en surface, basée sur des structures préalablement identifiées et capables d'être mobilisées et aménagées dans un délai raisonnable. Également parler des moyens de transfert entre ces structures.