

Hinweis: Originalsprache deutsch

Besoins futurs dans le domaine du Service sanitaire coordonné

**Expertise du Professeur Thomas Zeltner à l'attention du chef du
Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des
sports (DDPS).**

Berne, le 18 décembre 2018

Prof. Dr. Thomas Zeltner
Gerechtigkeitsgasse 31
CH 3011 Berne
t.zelt@bluewin.ch

Sommaire

1. Mandat	3
2. État des lieux	4
2.1. Responsabilités des organes de la santé publique en situation normale et en cas de crise	4
2.1.1. Compétences cantonales	4
2.1.2. Compétences fédérales primaires	8
2.1.3. L'IAS, la CIMHS et le Service sanitaire coordonné (SSC)	9
2.1.4. Autres autorités fédérales	11
2.2. Efforts de coordination dans le domaine de la santé publique: développements au cours des 25 dernières années	12
3. Respect du principe d'organisation «Responsabilités égales en situation normale et en cas de crise»	14
4. Potentiel d'optimisation du système actuel de gestion des crises dans le secteur de la santé publique	15
4.1. La santé publique au niveau cantonal	15
4.2. La protection civile	18
4.3. L'armée	20
4.4. L'OFPP / Office fédéral de la protection de la population	20
4.5. Le Service sanitaire coordonné (SSC)	21
5. Réponses à vos questions	26
6. Recommandations	31

1. Mandat

Le 14 mai 2018, le chef du DDPS a mandaté le Prof. Thomas Zeltner d'élaborer un rapport d'expertise dans le but de formuler des recommandations concrètes sur la manière d'équilibrer les besoins et les ressources du Service sanitaire coordonné (SSC) afin que celui-ci puisse continuer à fournir les services requis, de régler les responsabilités et compétences, notamment en matière de gestion du SSC, et d'apporter les adaptations organisationnelles ou juridiques nécessaires à cette fin.

Ce mandat comportait les questions suivantes :

- Qui, aujourd'hui, est chargé de quelles tâches, responsabilités, compétences et ressources (infrastructures, personnel, finances) dans le service sanitaire (armée, protection civile, Service sanitaire coordonné) et comment se présentent les rapports et la coopération entre ces acteurs ?
- Comment sont réglées les structures, les tâches et les responsabilités actuelles au sein du SSC et qu'en est-il des ressources dans ce domaine (infrastructures, personnel, finances) ?
- Comment est évaluée l'actuelle double fonction du médecin en chef de l'armée et mandataire du Conseil fédéral pour le SSC ?
- Quels sont les rôles et les besoins des partenaires du SSC, à savoir ceux des cantons (y compris la Conférence des directeurs cantonaux des affaires militaires, de la protection civile et des sapeurs-pompiers ainsi que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), de l'armée, de l'Office fédéral de la protection de la population, de l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays, de l'Office fédéral de la santé publique, de l'Office fédéral de l'approvisionnement économique du pays et du Service de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires ?

- Les structures, compétences et ressources actuelles sont-elles appropriées et suffisantes afin que le SSC puisse fournir les services qu'on attend de lui – aussi à l'intention des partenaires susmentionnés - ou faudrait-il apporter des ajustements ciblés ?
- Si des ajustements sont nécessaires, quelles mesures s'avéreront indispensables et à quel niveau faudra-t-il intervenir (organisation, ordonnances, lois) ?

2. État des lieux

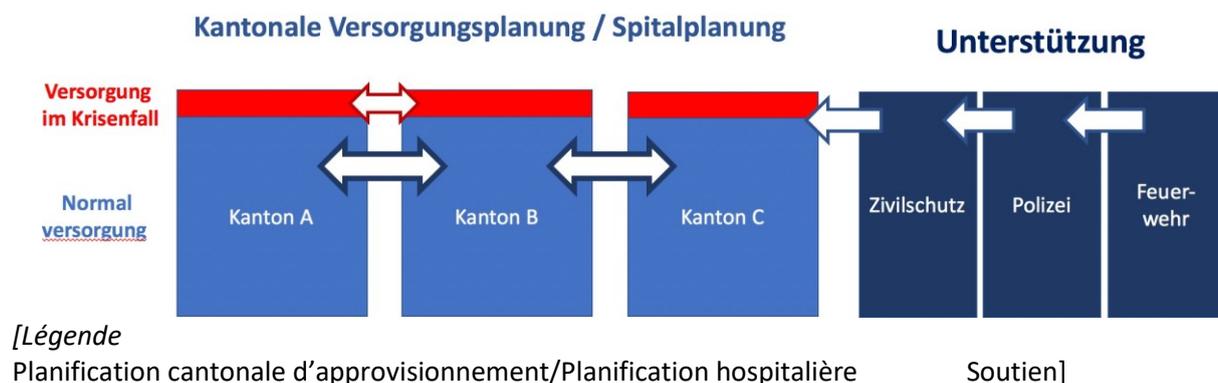
2.1. Responsabilités des organes de la santé publique en situation normale et en cas de crise

2.1.1. Compétences cantonales

Garantir les soins de santé pour la population relève de la compétence des cantons. Introduit en 2014, le nouvel art. 117a¹ de la Constitution fédérale ne change rien à cette donne. Les cantons ont l'obligation d'assurer des soins médicaux adéquats et accessibles à l'ensemble de la population. Cette obligation comprend à la fois les soins en temps de paix (en situation normale) ainsi qu'en cas d'un afflux massif de patients (en cas de crise). En vertu de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les cantons sont également tenus d'assurer les soins de manière aussi efficace, pertinente et économique que possible². Ils doivent en outre coordonner leurs activités et coopérer, ce qui se fait entre autres par le biais d'accords de coopération intercantonale, ainsi que par les organes de coordination et les concordats. Dans ce contexte, mentionnons en particulier la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)³, la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)⁴ et l'Interassociation de sauvetage (IAS)⁵. D'ailleurs, ces dernières années, un appel croissant en faveur de cours de formation dans ces domaines s'est fait entendre, émanant de quelques rares sites de soins régionaux (c'est-à-dire supracantonaux) afin d'être mieux en mesure de remplir les besoins médicaux⁶. La régionalisation est un processus certes continu, mais de loin pas encore achevé. Au moins a-t-elle conduit, à titre d'exemple, à la création de quatre conférences régionales des directrices et directeurs de la santé⁷. Bien que

toutes ces formes de coopération comportent souvent (et également) une composante technique, elles sont, dans une large mesure, influencées et guidées par des considérations politiques. Mentionnons, à titre d'exemple, les décisions prises dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Lors de l'attribution des mandats de prestations à fournir, les considérations de politique régionale sont souvent hautement prioritaires. Ainsi, on veillera à ce qu'il existe au moins un centre de soins en Suisse alémanique et un en Suisse romande (même si, pour des raisons médicales, un seul centre suffirait pour l'ensemble du pays).

Les autorités sanitaires cantonales, qui assument un rôle de partenaire de référence, collaborent avec d'autres services cantonaux et régionaux tels que les sapeurs-pompiers, la police, les services de secours et la protection civile, notamment lorsqu'il s'agit d'assurer l'approvisionnement en cas d'urgence et lors d'interventions de sauvetage. Si nécessaire, elles peuvent s'appuyer sur les organisations cantonales de conduite (OCC) existant dans tous les cantons, celles-ci pouvant à leur tour se tourner vers les organismes suprarégionaux ou intercantonaux comme la Conférence des directeurs cantonaux des affaires militaires, de la protection civile et des sapeurs-pompiers.



En 2016, 435'100 personnes étaient employées dans le secteur de la santé publique, générant des coûts de 80'709 millions de francs. La plus grande part de ceux-ci sont supportés par les ménages privés, à raison de 64 % (dont 30 % par le biais de l'assurance maladie obligatoire) et par le secteur public : 29 %.

Les militaires nécessitant des soins médicaux sont traités – en cas de problèmes

mineurs - dans les propres installations médicales de l'armée (coûts en 2017 : CHF 14,7 millions).

Patients traités dans les propres infrastructures médicales de l'armée (2017) :

	Patients stationnaires	Consultations ambulatoires	Traitements ambulatoires
2017	23 419	104 478	123 540

Source : Service médico-militaire, État-major de l'armée, Affaires sanitaires

Dans le cas de maladies et d'accidents plus graves, les militaires sont transférés dans des établissements de santé publiques pour s'y faire traiter et soigner (coûts en 2017 : 70,5 millions CHF). En temps de paix et compte tenu du coût total de 80 milliards de francs, ils n'ont qu'un faible impact financier puisqu'ils ne génèrent même pas 0,1 % du coût total dans le système de la santé publique.

Évidemment, les choses se présentent bien différemment dans les cas de conflits impliquant le recours à des forces armées : à partir de la mobilisation, l'OTAN estime devoir s'attendre à quelque 1,03 % de « pertes » par jour (Réf. : '*Disease and Non Battle Injury DNBI*') – dans les situations sans grandes hostilités. Avec une hospitalisation moyenne de 5 jours par patient, les capacités hospitalières de l'armée (en partant d'une mobilisation de 55'000 personnes) seraient épuisées après quatre jours et d'autres militaires blessés ou malades devraient être remis aux organes civils de la santé publique⁸.

En cas de surcharge et de nécessité, les cantons peuvent faire appel aux ressources de la protection civile. Dans le cadre de cette expertise, notre regard se portera avant tout sur les ressources des services sanitaires de cette organisation.

- 1) Selon des informations de l'OFPP, il existe encore 94 unités d'hôpital protégées (UHP) sur l'ensemble du territoire helvétique (état : février 2018) avec un total de 22'538 lits de patients (LP) dont 39 sont « actifs » (dont 7 UHP dotés du statut spécial 'SSC') avec 7'812 lits. En outre, subsistent 248 centres sanitaires protégés (CSP) avec un total de 28'558 lits dont 19 sont « actifs » et disposent de 3'398 LP⁹. Comme chacun le sait, leur état structurel, le niveau de leur équipement et leur degré de disponibilité

opérationnelle devront être vérifiés et, si nécessaire, modernisés en fonction des exigences actuelles. La Confédération participe à hauteur de 30 à 70 %, en fonction de la capacité financière des cantons, aux coûts de construction, de rénovation et d'équipement de ces installations. Ainsi, entre 2008 et 2017, la Confédération a contribué à raison de CHF 16'916'646 au renouvellement ou à la suppression d'installations sanitaires et d'hôpitaux protégés (en moyenne, avec CHF 1'691'665 par année)¹⁰.

- 2) Le personnel sanitaire de la protection civile : après l'abolition en 2004 de l'obligation au niveau suisse, seuls trois cantons forment des membres de la PCi dans ce domaine. A titre d'exemple, le canton de Zoug, dispose d'une section sanitaire qui compte 50 personnes dans la protection civile : 2 of san, 4 sof san, et 44 soldats sanitaires. La section sanitaire :
- soutient le système de la santé publique au cas de besoin ;
 - met à disposition des personnes capables d'aider lors de transports;
 - met à disposition des effectifs sanitaires capables d'assurer le fonctionnement des centres sanitaires, des centres de vaccination et des centres d'isolement ;
 - assure le bon fonctionnement des centres de services sanitaires au sein de l'Organisation de la protection civile (OPC).

Comme le statut de soldat sanitaire n'équivaut pas à une véritable fonction de base dans la protection civile, la formation idoine s'oriente aux principes de la loi sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi) : 2 semaines de formation de base, suivies chaque année d'un cours de formation de 2 jours. À l'école de recrues, on demande aux membres de la PCi s'ils sont intéressés par une formation de soldat sanitaire. Afin d'assurer la pérennité d'une unité de 50 soldats sanitaires, il a été estimé qu'au vu du fait que les astreints servent entre leur 20^e et leur 36^e année, quatre à cinq membres de la PCi disposés à être formés comme soldat sanitaire seront nécessaires chaque année¹¹.

Selon le médecin cantonal de Zoug, la formation du personnel sanitaire, appliquée selon cette approche, s'est avérée fructueuse.

Enfin, les cantons ont la possibilité de demander le soutien de la Confédération (Armée/SSC). Dans le domaine des services sanitaires, 800 lits d'hôpital sont disponibles actuellement (à l'hôpital militaire d'Einsiedeln et dans les 7 hôpitaux SSC de Burgdorf, Coire, Herisau, Lugano, Neuchâtel, Sierre et Stans).

En dernier recours, selon le mandataire du SSC, les moyens supplémentaires suivants pourraient également être mis à la disposition¹².

- 1'242 lits dans les 6 centres médicaux des régions (300 immédiatement, 621 en 4 h, 1'242 en 12 h), personnel de milice disponible en 24 h
- 600 lits dans des centres de recrutement
- 46 po seco san (2 en 6 h, 30 en 24 h, 16 ultérieurement), 460 réa-traumatismes et 1'380 cas urgents / jour
- ou 298 modules de vaccination
= 125'160 vaccinations/jour
- capacité de transports (60 km / 24 h)

<u>Trsp</u>	<u>Spit Bat</u> 24h	<u>San Sup Bat</u> 1w	<u>San Kp</u> 24h	<u>San Pz</u> 1w	<u>Total</u>
liegend	384	864	1'600	768	3'616
sitzend	1'152	2'292	4'800	2'304	10'548

2.1.2. Compétences fédérales primaires

Dans quelques domaines, la Confédération a la responsabilité primaire ou la coresponsabilité d'identifier, de surveiller, de prévenir et de combattre les risques sanitaires :

- 1) Lors d'événements qui revêtent un risque évident et pertinent en matière de protection de la population. L'art. 5, al. 1, de la loi fédérale sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi de 2004) stipule qu'en accord avec les cantons, la Confédération peut assumer la coordination et, si nécessaire, la conduite des opérations lorsque des événements touchent plusieurs cantons, l'ensemble du pays ou les pays voisins. Un exemple

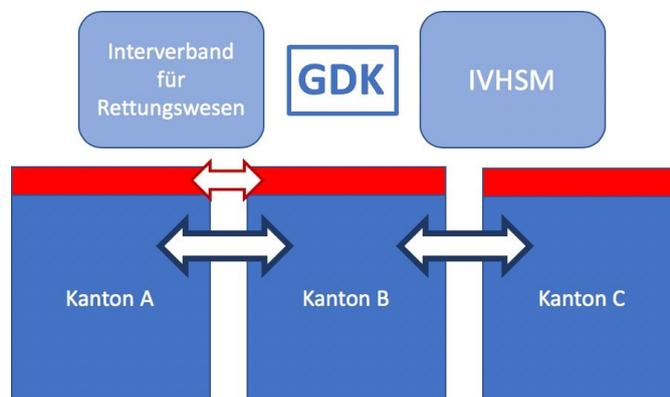
typique pourrait être un tremblement de terre avec de nombreuses victimes et de nombreux décès.

La protection de la population contre les dangers ABC constitue également une tâche commune typique de la Confédération et des cantons, préparée de concert dans les secteurs civil et militaire¹³. En général, les responsabilités et les compétences sont déterminées par la nature de la menace et le niveau d'escalade.

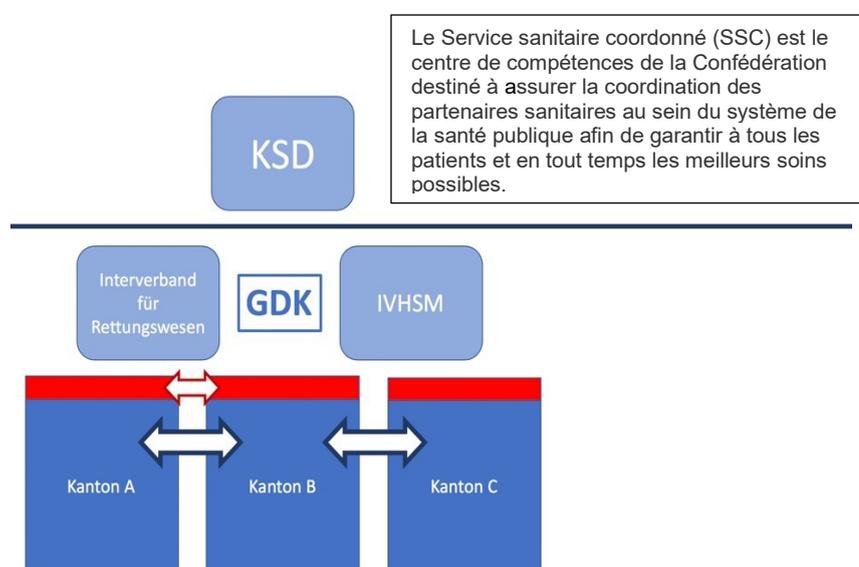
- 2) La lutte contre les maladies transmissibles. L'art. 4 de la loi sur les épidémies (LEP)¹⁴, en vigueur depuis 2012, stipule que le Conseil fédéral définit, avec la participation des cantons, les objectifs et les stratégies de détection, de surveillance, de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles. À cette fin, conjointement avec les cantons, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) élabore des programmes nationaux thématiques destinés à assurer la détection, la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles.

2.1.3. L'IAS, la CIMHS et le Service sanitaire coordonné (SSC)

Comme indiqué au point 1.1.1. ces dernières années, les cantons ont mis en place leurs propres structures de coordination dans le domaine de la santé publique, notamment avec l'instauration du Secrétariat central de la CDS, l'Interassociation de sauvetage (IAS) et la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS).



Ces structures de coordination sont complétées par le SSC dont les tâches sont définies dans l'ordonnance du 27.04.2005 sur la coordination des services sanitaires. Elles sont également confrontées à une certaine tension avec ce même SSC. Conformément à l'art. 1er de cette ordonnance, le SSC a pour mission de veiller à ce que le déploiement et l'utilisation des ressources humaines, matérielles et infrastructurelles des organes civils et militaires chargés de la planification, de la préparation et de la mise en œuvre des mesures médicales (partenaires de la CDS) soient coordonnés au niveau approprié, sous réserve des responsabilités et des compétences spécifiques des différents partenaires.



Le SSC s'est fixé quatre domaines d'activité qui constituent ses tâches principales : « réseautage », fourniture de prestations, formation et travail de conception¹⁵. Pour les illustrer, voici quelques exemples concrets :

- Élaborer des programmes et des lignes directrices à l'échelle nationale, mettre en œuvre des mesures, p. ex. des directives de décontamination ;
- Dresser une vue d'ensemble des capacités d'admission des hôpitaux ;
- Concevoir des instruments d'utilité générale pour les cadres, p. ex. des plans d'urgence ;
- Définir des procédures pour faire face à des afflux massifs de patients (tâches physiques et psychologiques).

Le SSC prépare un rapport annuel qui porte sur l'état d'avancement des projets et des

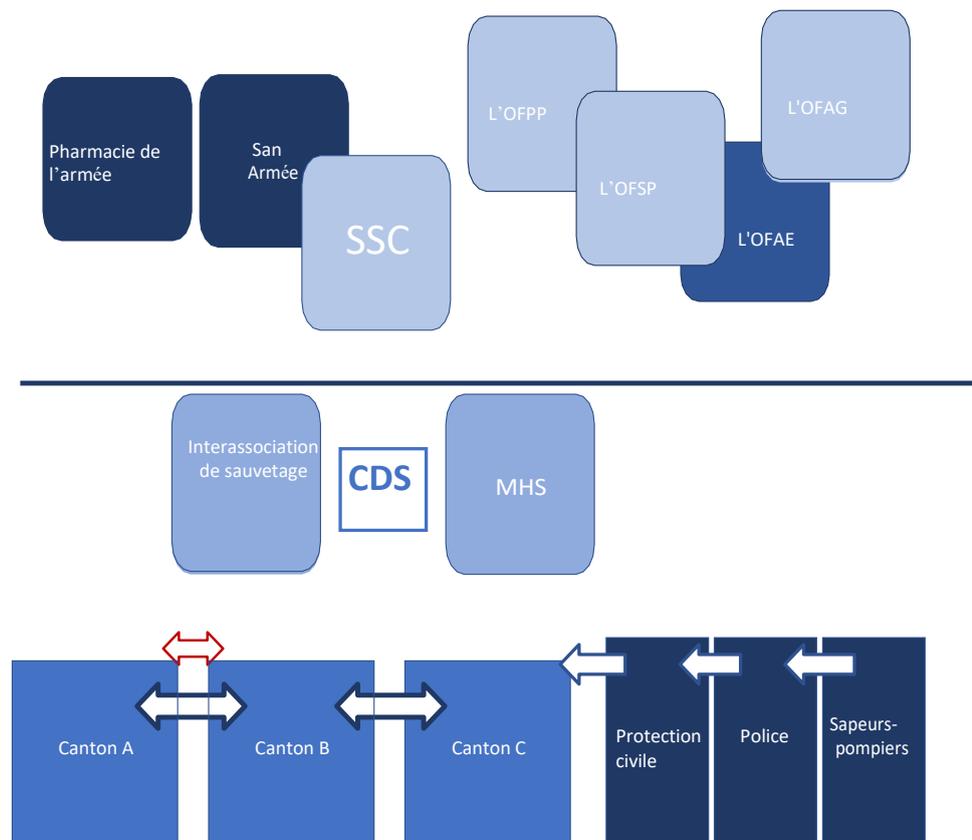
activités en cours (sans les comptes annuels et le budget toutefois). Le Secrétariat de du SSC dispose de 5 postes à plein temps et d'un budget annuel de CHF 1,8 million (2017) pour accomplir ses tâches. À cela s'ajoutent les frais de fonctionnement du Système d'information et d'intervention (SII-SSC) de CHF 1,2 million, auxquels les cantons/des tiers contribuent à hauteur de CHF 0,4 million par an (sur la base d'accords de coopération).

Pour venir à bout de ses tâches, le SSC est épaulé par l'organe sanitaire de coordination (OSANC)¹⁶, la Conférence de direction du SSC, ainsi que par des groupes d'experts permanents et non permanents.

2.1.4 Autres autorités fédérales

Au niveau fédéral, d'autres unités administratives sont également chargées de tâches relatives à la prévention, la planification, la gestion et la coordination de crises sanitaires. Il s'agit en particulier de la pharmacie de l'armée, des services sanitaires de l'armée, des offices fédéraux de la protection civile (OFPP), de la santé publique (l'OFSP), de l'approvisionnement économique du pays (OFAE) et du Service de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (SAAV).

De plus, l'OFPP est responsable de la coordination de tous les acteurs, fonction qu'il assume par l'intermédiaire de l'État-major fédéral de la protection de la population. Enfin, l'OFPP assure également la préparation et la publication de la documentation « Disasters and Emergencies Switzerland (2015) » (Catastrophes et situations d'urgence en Suisse)¹⁷.



2.2. Efforts de coordination dans le domaine de la santé publique : développements au cours des 25 dernières années

Afin de comprendre la situation et les problèmes actuels, il est utile de jeter un coup d'œil sur le passé récent qui met en évidence deux développements :

- 1) Renforcement de la coopération entre les cantons et coordination intercantonale. En raison notamment de la pression croissante sur les coûts des services de santé et les exigences en matière de qualité, les cantons se sont sentis obligés d'élargir leurs plates-formes de collaboration et d'en créer de nouvelles. Dans ce contexte, les exigences en matière de planification supracantonale¹⁸, de coopération et de financement dans le secteur hospitalier¹⁹, engendrées par la révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), revêtent une importance particulière. La Conférence des directrices et directeurs de la santé a ensuite agrandi son secrétariat central

et adopté un concordat intercantonal pour coordonner les services de la médecine hautement spécialisée. Son budget annuel en est également un indicateur : alors qu'il s'élevait à CHF 2,5 millions / an en 2009 encore, il est passé à CHF 4,5 millions en 2017. Aujourd'hui, la CDS peut se targuer d'un Secrétariat de très haut niveau professionnel. Par ailleurs, la nécessité d'une meilleure coopération régionale a également favorisé la création et la consolidation d'organes régionaux de coordination. Globalement, cette évolution a conduit à une convergence des cantons. Ajoutons que l'intégration de toutes les conférences des gouvernements cantonaux au sein de la Maison des Cantons a aussi donné un nouvel élan à ce processus.

2) Distanciation croissante par rapport aux organes fédéraux, notamment au SSC

Pendant de nombreuses années, divers représentants de la Confédération ont été des invités permanents au comité d'administration de la CDS, y compris le médecin en chef de l'armée²⁰. À l'origine, lui et le directeur de l'OFSP disposaient également d'un droit de vote qui leur a toutefois été retiré dans le cadre de réorganisations ultérieures. En 2004, le médecin en chef de l'armée - dans le même temps aussi le mandataire du Conseil fédéral pour le SSC - a été exclu du comité²¹ et depuis, il n'est « plus que » invité permanent de l'assemblée plénière annuelle de la CDS. Cependant, sur la liste actuelle des membres des organes et délégations de la CDS²² (état : septembre 2018), son nom ne figure plus parmi ceux des invités permanents.

En raison de sa fonction, le mandataire du SSC a également demandé à pouvoir être admis comme invité permanent de l'organe décisionnel de la médecine hautement spécialisée. Or (à ce jour) aucune suite n'a été donnée à ce souhait.

En raison de ses responsabilités dans le cadre de la LAMal, le directeur de l'OFSP continue d'être régulièrement invité aux réunions du comité de la CDS et est considéré comme invité permanent à l'Assemblée plénière ainsi qu'aux réunions de l'organe décisionnel de la médecine hautement spécialisée.

L'évolution décrite ci-dessus a conduit à ce que les contacts, initialement intensifs et réguliers, entre les décideurs cantonaux du secteur de la santé publique et le médecin en chef de l'armée / le mandataire du SSC aient cédé

la place à une relation certes amicale et respectueuse, mais plus distante, ce qui affecte également leur compréhension du SSC et le soutien qu'ils lui accordent.

3. Respect du principe d'organisation « Responsabilités égales en situation normale et en situation de crise »

Il est généralement admis qu'il est plus facile de gérer une crise lorsque les acteurs chargés de sa gestion se connaissent et se font confiance grâce à la coopération vécue au quotidien. Tout changement au sein d'un état-major, entre la conduite des opérations quotidiennes et celle requise en situation de crise entraîne des pertes d'énergie et devrait par conséquent, dans l'idéal, être évité. Cependant, la structure fédérale de la Suisse et les niveaux potentiels d'escalade (situation particulière et situation extraordinaire) ne permettent pas toujours de suivre ce principe. Ne subsiste alors que la possibilité de réduire autant que faire se peut les points faibles qui en résultent. Une option consiste alors à mieux se familiariser l'un à l'autre par le biais d'exercices ; une autre est de créer et de développer des espaces et des occasions permettant de collaborer afin d'instaurer un climat de confiance mutuelle dans le cadre des activités quotidiennes.

La même question se pose également pour ce qui est des responsabilités de coordination des différents acteurs. Idéalement, cette tâche devrait être assumée, sur base de consensus, par l'une des instances responsables de la conduite des opérations²³, et non pas par un troisième organe ne disposant pas de telles compétences.

L'art. 1 de l'ordonnance du SSC (OSSC) décrit parfaitement bien cette problématique, sans pour autant proposer de solution concrète :

Art. 1 Service sanitaire coordonné

¹ Le Service sanitaire coordonné (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 (partenaires du SSC) chargés de planifier, de préparer et de prendre les mesures sanitaires nécessaires.

² *Les compétences des partenaires du SSC demeurent réservées.*

³ *La coordination a pour but d'offrir à tous les patients en tout temps les meilleurs soins possibles.*

Mentionnons également que, toujours selon cet article, le mandat du SSC n'implique pas seulement la coordination des partenaires dans le cas de situations particulières et extraordinaires, mais aussi au quotidien, c'est-à-dire en situation normale.

Un autre facteur important à ne pas oublier : la plupart des partenaires à coordonner sont des acteurs des milieux politiques qui agissent en tant que tels ; ainsi, leurs décisions sont fréquemment déterminées par des considérations d'ordre politique. Enfin, la grande majorité de ces partenaires est issue du secteur civil et seuls quelques-uns de l'armée²⁴.

Les propositions et recommandations décrites ci-dessous visent à réduire les difficultés liées à cette situation.

4. Potentiel d'optimisation du système actuel de gestion des crises dans le secteur de la santé publique

L'actuel système des soins sanitaires comporte nombre d'atouts et il ne s'agit nullement de les discuter en détail ici. Les remarques qui suivent portent plutôt sur les domaines où il existe des possibilités d'amélioration.

4.1. La santé publique au niveau cantonal

4.1.1. Il est incontestable que les cantons ont la responsabilité primaire d'assurer, individuellement et collectivement, les soins de santé de leur population dans des situations normales, mais aussi dans des situations particulières et extraordinaires. Aussi devraient-ils en tenir compte, par exemple, lors de l'élaboration des planifications hospitalières cantonales en prévoyant d'emblée des capacités de réserve tant au niveau du personnel que des structures pour les cas d'urgence. Un coup d'œil à des documents cantonaux de planification hospitalière démontre toutefois qu'aujourd'hui, celles-ci sont insuffisantes. Une formulation typique que l'on retrouve dans de nombreuses listes cantonales d'hôpitaux est par exemple celle du canton de Berne :

La liste des hôpitaux du canton de Berne sert à autoriser les hôpitaux à fournir des services hospitaliers stationnaires pris en charge par l'assurance de base obligatoire. Avec cette liste, le canton garantit de fournir les prestations de services intra et extracantonales nécessaires à l'approvisionnement en soins sanitaires à la population du canton de Berne.

Les « prestations de services intra et extracantonales nécessaires à l'approvisionnement en soins sanitaires » devraient dès lors aussi inclure, dans des proportions raisonnables, celles requises en situation d'urgence. Dans le jargon technique, on parle de « Surge Capacity»²⁵. Or, il n'existe pas de consensus national ou international solide quant à la définition de l'étendue d'une telle « Surge Capacity ». Le 'Department of Homeland Security' (USA) recommande par exemple comme valeur indicative une capacité supplémentaire de 500 lits par million d'habitants en cas d'épidémies et de 50 lits par million d'habitants pour les situations d'urgence non infectieuses. Pour la Suisse, cela se traduirait par une capacité supplémentaire d'environ 4'250 lits (ou 425) pour 8,5 millions d'habitants, soit environ + 11 % (état actuel des lits disponibles en Suisse : environ 38'000). L'OTAN recommande à ses États membres de fournir une capacité supplémentaire pour 1000 patients²⁶, quelle que soit la taille de l'État membre²⁷.

Ainsi, pour la planification hospitalière suisse, un total de 4'250 lits²⁸ de plus semblerait être un chiffre réaliste. L'infrastructure supplémentaire requise ne représente qu'une facette de la question ; l'autre partie de la question, tout aussi complexe, est la suivante : où et avec quels effectifs pourra-t-on faire face à un tel afflux massif de patients ? Et enfin, qui paiera les coûts engendrés par cette planification ?

Les discussions avec des représentants des cantons confirment que les cantons sont de plus en plus conscients de la nécessité d'agir dans ce domaine, tant sur le plan cantonal qu'intercantonal, et qu'une future planification hospitalière intégrale devra intégrer ces aspects.

Elle nécessitera également des coopérations régionales plus intensives. En effet, transférer des patients dans des hôpitaux d'un canton voisin est souvent considéré comme plus opportun que recourir aux installations sanitaires de la protection civile ou de l'armée, des infrastructures qu'il faudrait d'abord doter en

personnel avant de pouvoir les utiliser – du personnel qui ferait alors défaut dans les hôpitaux civils. Cette question fait actuellement l'objet de discussions entre la CDS et le SSC²⁹.

4.1.2 La Suisse dépend fortement de l'étranger pour ce qui est de l'approvisionnement constant et ininterrompu en biens médicaux (médicaments, produits médicaux, matériel de laboratoire). Aussi les goulets d'étranglement au niveau de l'approvisionnement sont-ils devenus fréquents et constituent-ils un problème croissant. Dans le cadre des mesures de réduction des risques, l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays a donc demandé aux cantons de stocker des quantités minimales de médicaments, de produits médicaux et de matériel de laboratoire dans leurs établissements de santé publique. Pour l'heure, les cantons n'ont pas encore concrétisé cette exigence ou ne l'ont fait que de manière partielle. Par conséquent, dans ce domaine aussi, la solution la plus appropriée serait d'inclure cette préoccupation dans la convention de prestations passée entre les cantons et les hôpitaux.

4.1.3 Les cantons ont été chargés d'élaborer une planification nationale commune dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Pour exécuter ce mandat, ils ont signé une Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) le 1.1.2009. Ce faisant, ils se sont engagés à planifier et à attribuer de concert des prestations de services hautement spécialisées. Ainsi, en lieu et place de 26 plans cantonaux, il n'en existe plus qu'un, soutenu conjointement par tous les cantons. De même, cette planification ne prend pas ou pas assez en considération les besoins accrus susceptibles d'apparaître lors de situations d'urgence ou de catastrophes - un fait que le mandataire du SSC a rappelé la CDS à plusieurs reprises.

4.1.4 En Suisse, quelque 70 nouveaux hôpitaux verront le jour ou seront rénovés de façon substantielle ces prochaines années. Le volume de construction total a été estimé à CHF 20 milliards³⁰. Dès lors, il serait très judicieux de tenir compte des besoins supplémentaires pour faire face aux cas d'urgence et/ou aux catastrophes dans ces projets de construction et de les inclure dans les adjudications. Or, si tant est que cela puisse être déterminé, ce n'est pas le cas actuellement.

4.1.5 Des expériences internationales ont démontré qu'en cas de crise ou de catastrophe, de très nombreux professionnels de la santé proposant leur aide ne sont plus actifs dans leurs professions ou seulement à titre partiel. Par conséquent, il faudra clarifier et régler aux échelons local ou cantonal à qui ces personnes pourront ou devront s'adresser, ne serait-ce que pour éviter qu'elles contribuent à aggraver le chaos.

Les problèmes décrits pourraient être discutés avec le président de la CDS ; on comprendra qu'à ce stade, il n'a pas souhaité les commenter en détail, mais a manifesté sa volonté d'aborder la question au sein de la CDS lorsqu'une occasion se présentera.

4.2. La protection civile

4.2.1. Infrastructures: la protection civile traîne un lourd ballast d'infrastructures sanitaires anciennes, dont l'état et l'utilisation nécessitent un contrôle, qui, à lui seul, coûte environ 1,7 million de francs par an à la Confédération.

De plus, il existe un besoin réel d'engager une discussion stratégique sur le rôle et l'importance futurs de ces infrastructures. La consigne actuelle selon laquelle des places protégées pour patients doivent être disponibles pour au moins 0,6 % et au maximum 0,8 % de la population devra également faire l'objet d'un réexamen. Comme on le sait, ce sont les cantons qui souhaitent une telle révision et une demande dans ce sens est à l'étude auprès de l'OFPP³².

D'après ce que j'ai compris, la première étape doit consister à établir un état des lieux détaillé de l'ensemble des questions, puis à ventiler celles-ci en projets individuels, en fonction des futurs besoins en infrastructures de la protection civile, puis à mettre sur pied les organisations de projets correspondantes. Dans le domaine des infrastructures sanitaires, outre des responsables de la protection civile et du SSC, les directrices et les directeurs de la santé publique devront s'impliquer de façon marquée dès l'établissement de l'état des lieux, ainsi qu'à l'étape de la mise sur pied de l'organisation du projet, de concert avec la protection civile et le SSC, sinon en tant que responsables de projet.

L'analyse des besoins d'infrastructures protégées est, quant à elle, directement

liée à la notion du développement continu des planifications hospitalières régionales et nationale (cf. points 4.1.1 - 4.1.4, ci-dessus, et 5.5) ; elle devra au moins être coordonnée avec celui-ci, à défaut d'y être directement associée.

4.2.2. Effectifs médicaux/sanitaires - deux questions se posent ici :

a) Avec quels effectifs et dans quelles situations faudra-t-il recourir aux infrastructures mentionnées au point 4.2.1 ?

L'option selon laquelle du personnel médical et non médical du secteur civil devrait être mobilisé à cette fin est remise en question par de nombreux responsables cantonaux, en raison d'une perte d'efficacité inévitable de l'ensemble du système. Dans le même temps, il ne semble pas judicieux de mettre à niveau des infrastructures prêtes à fonctionner sans analyser en amont avec quels effectifs celles-ci pourront être exploitées. Il existe néanmoins un consensus sur le fait que le facteur critique inhérent à ce problème se situe au niveau du personnel et non de l'infrastructure.

b) Indépendamment d'interventions dans les infrastructures sanitaires de la protection civile, la question de savoir si la protection civile doit à nouveau former du personnel sanitaire doit être clarifiée.

Comme on le sait, seuls 3 cantons le font encore et sur la base de discussions communes, ils en tirent tous un bilan positif. Dans le cadre de la révision de la loi sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi), deux concepts ont vu le jour : celle de la « Formation courte » de 10 à 19 jours ou celle d'une « Formation spécialisée » de 54 jours au maximum. En l'occurrence, il faudrait toutefois adapter la LPPCi³³.

À mon avis, la réponse à cette question peut être laissée à la souveraineté des cantons. Cela signifie que les cantons qui le souhaitent doivent pouvoir continuer à former le personnel sanitaire de la protection civile, sans pour autant que cette démarche soit imposée aux autres. En collaboration avec la Croix-Rouge suisse et l'organisation nationale d'experts pour la formation des personnels de santé possédant cette qualification, la Confédération pourra, au mieux, soutenir les cantons avec des documents de formation uniformes pour l'ensemble du pays.

4.3. L'armée

4.3.1. Continuer ou non à utiliser l'hôpital militaire d'Einsiedeln est une première question qui doit être clarifiée. Pour ce faire, le service chargé de l'immobilier Défense auprès de l'État-major de l'armée a récemment lancé un projet à cette fin, dont il faut attendre les résultats. Pour ce qui est des questions posées dans la présente expertise, relevons deux points importants :

a) Est-ce que l'hôpital militaire continuera à avoir une fonction pour le système de la santé publique civile, c'est-à-dire dans le cadre de l'appui subsidiaire de l'armée en faveur de la population civile ?

b) Quel impact la décision de fermer cet établissement aurait-elle sur le traitement hospitalier des militaires dans les établissements civils de la santé publique ?

Sans vouloir anticiper les résultats des enquêtes du groupe de projet, j'estime qu'il serait judicieux de conserver une (unique) institution militaire à des fins de formation de ses effectifs.

4.3.2 Faudrait-il inscrire dans la loi le principe selon lequel le système de santé publique civil doit se charger (toutes situations confondues) des militaires qui lui sont transférés pour des soins ? La réponse : un oui clair, bien qu'il n'existe actuellement aucune urgence particulière à traiter cette question.

4.4. L'OFPP / Office fédéral de la protection de la population

4.4.1 Consistance scientifique des rapports « Analyse nationale des dangers - Dossiers sur les dangers ».

L'OFPP a publié des dossiers sur les dangers qui regroupent les 33 événements classés comme pertinents de même qu'une description plus détaillée du rapport « Catastrophes et urgences 2015 ». Chaque fois, ces dossiers sont conçus par des experts de différents domaines techniques et sont très importants pour la poursuite de travaux de mise en œuvre à tous les échelons. Aussi, afin d'éviter toute discussion sur leur consistance scientifique et à des fins de contrôle de la qualité, il semble approprié de soumettre en plus ces dossiers (comme pour toute autre publication scientifique) à un examen externe par des pairs³⁴ (évaluation externe indépendante).

4.4.2 Processus/démarches de demande de soutien militaire

L'une des faiblesses identifiées dans « l'Exercice de conduite stratégique 2017 (ECS 17) » concernait le manque de clarté des procédures de demandes d'appui militaire par des partenaires du SSC ; les discussions menées à ce propos dans le cadre de ce mandat l'attestent bien. Ainsi qu'en a décidé le Conseil fédéral le 9 mai 2018, le DDPS a été chargé de clarifier les procédures jusqu'à fin 2018. Pour mémoire, nous aimerions attirer votre attention sur cette question toujours en suspens.

4.5. Le Service sanitaire coordonné (SSC)

4.5.1. Processus de fixation de priorités du SSC.

L'art. 1 de l'ordonnance sur le Service sanitaire coordonné (OSSC) définit de façon relativement abstraite et générale les tâches et les objectifs du SSC tandis que l'art. 4 décrit l'éventail des tâches du mandataire du SSC. Là encore, le spectre est aussi très vaste et nécessiterait des explications plus concrètes. En se dotant de quatre domaines d'activités stratégiques principaux (« réseautage », fourniture de prestations, formation et travail de conception) et en fixant leur mise en œuvre dans le cadre d'objectifs annuels (projets et produits), le SSC s'efforce de ventiler et de ramener à un niveau réaliste ce grand éventail de tâches possibles tout en tenant compte de ses ressources limitées. Au vu de ce constat, il apparaît d'autant plus essentiel que le SSC cible et adapte son éventail d'activités aussi spécifiquement que possible aux besoins de ses clients (c'est-à-dire ses partenaires). Le SSC dispose de deux plateformes (la Conférence de direction du SSC et l'OSANC) qui, en principe, pourraient se charger de cette tâche. Or, par le passé, les deux instances ont été davantage sollicitées comme plateformes d'information que comme partenaires dans l'élaboration active des priorités du SSC.

4.5.2. Perte de proximité avec les responsables du secteur de la santé publique

Comme mentionné à la section 1.2, l'évolution organisationnelle de la CDS a eu pour conséquence que le mandataire du Conseil fédéral pour le SSC n'est plus aussi proche du cercle étroit des décideurs qu'il ne l'était en son temps. Je ne crois toutefois pas qu'il s'agisse là d'une exclusion proactive et délibérée du médecin en chef de l'armée ou du mandataire pour le SSC, mais plutôt d'un

effet secondaire involontaire (voir John Sterman : « unintended side effect »³⁵) des mesures de réforme dont les objectifs différaient. Cela dit, le résultat est le même : un écart s'est formé vis-à-vis du cercle de direction interne de la CDS, phénomène qui a réduit la compréhension des préoccupations et soucis du SSC et compliqué l'exécution de son mandat. Le fait que le secteur de la santé publique soit devenu un domaine hautement politique peut également avoir contribué à creuser ce fossé. La CDS est donc, elle aussi, devenue un acteur fortement engagé dans la réflexion et l'action politiques, tandis que le SSC est resté attaché à une approche et des procédures d'ordre plutôt technique et scientifique.

En résumé, on en déduira que ces dernières années, la CDS a élaboré des activités de coordination, ce qu'elle devrait d'ailleurs continuer à faire (voir la section 3.1), une démarche qui impliquerait en outre que le SSC soit consulté, et les activités d'avantage coordonnées.

4.5.3 Rattachement organisationnel du SSC

Ceci soulève également la question concernant le rattachement organisationnel optimal du SSC pour assurer qu'il pourra remplir sa mission de la meilleure façon possible. Au cours des discussions avec les partenaires du SSC, les quatre options suivantes ont été soulevées et discutées.

- a) Transfert des tâches à l'OFPP ;
 - b) Transfert des tâches à l'OFSP ;
 - c) Transfert des tâches à la CDS et
 - d) Maintien des tâches au DDPS, avec des ajustements organisationnels.
-
- a) Peu d'atouts parlent en faveur d'un transfert des tâches à l'OFPP. Celui-ci est perçu comme une entité très éloignée des décideurs et des acteurs clés du système de la santé publique. Le postulat de la proximité dans la vie quotidienne et en situation de crise (voir section 2) n'est pas donné et complique/compliquerait dès lors son acceptation comme coordinateur digne de confiance.
 - b) Pour certains, l'OFSP est considéré être le premier organisme national d'experts auquel faire appel en cas de risques sanitaires classés prioritaires.

Dans le domaine des maladies transmissibles notamment, l'OFSP joue un rôle de premier plan au vu de la LEp ou lors d'événements dits A (radioactifs). L'OFSP est également perçu comme l'acteur central et fiable au niveau fédéral en matière de politique de la santé publique. De plus, il est en contact régulier avec la CDS et de nombreuses autres institutions impliquées dans la politique de la santé³⁶. Cependant, dans d'autres situations de crise sanitaire dont celles impliquant un grand afflux de patients blessés, l'OFSP ne dispose d'aucune expertise spécifique. Dès lors, intégrer le SSC à l'OFSP n'apporterait aucune valeur ajoutée.

c) Rattacher les tâches du SSC à la CDS semble être la meilleure solution à moyen terme pour de nombreux partenaires. Ces dernières années, la CDS a élargi ses instruments de planification supracantonale (régionale) et de gestion sanitaire, jouant un rôle central dans la planification hospitalière. Elle assume le rôle de responsable principal pour la gestion nationale de la médecine de pointe et est un acteur essentiel dans la coordination des services de secours et de sauvetage. La direction actuelle de la CDS est consciente du fait que l'institution doit intensifier son engagement destiné à assurer des soins sanitaires de haute qualité non seulement en situation normale, mais aussi dans les situations de crise. Tous ces éléments laissent croire qu'il existe un vaste potentiel de synergie inexploité entre les domaines d'activité de la CDS et du SSC. Néanmoins, le fait que ces prochaines années, la CDS devra tout d'abord « faire ses devoirs » (assez nombreux) dans divers secteurs, (voir aussi les paragraphes 3.1. et 3.2. ci-dessus) avant de pouvoir assumer la responsabilité de coordination de tous les partenaires (analogue à l'art. 1 de l'OSSC) pourrait constituer un argument contre un transfert rapide des tâches du SSC.

d) Reste dès lors comme option le maintien du SSC au sein du DDPS. Si les points faibles mentionnés aux points 4.5.1 et 4.5.2 pouvaient être réduits, voire supprimés, l'intégration du SSC dans ce département reste la solution la plus appropriée pour les prochaines années.

4.5.4. Adaptations organisationnelles au sein du SSC

Des améliorations devront être apportées dans trois domaines :

- a) Augmenter, pour ses clients, les possibilités de participer à la définition des prestations de services du SSC ;
- b) Réduire l'écart entre le SSC et les principaux responsables en charge de la santé publique ;
- c) Renforcer la position du SSC au sein du DDPS.

a) Les discussions avec les partenaires ont démontré que de nombreux projets et produits du SSC sont bien reçus et appréciés par les partenaires. En revanche, l'on entend souvent que l'éventail des activités du SSC est quelque peu aléatoire. De plus, pour des prestations qui bénéficient en principe d'évaluations positives (comme le SSI), on entend parfois des critiques quant à leur efficacité et pertinence au quotidien. Enfin, nombre d'acteurs ont signalé ne connaître que très peu les activités du SSC. Dans l'ensemble, on peut en déduire que le portefeuille des tâches SSC est perçu comme étant justifié avant tout par des considérations internes³⁷. Cela peut également s'expliquer par la manière dont les processus de définition d'objectifs (APIS/LOBE) est organisée au sein du DDPS : en effet, c'est l'État-major de l'armée (EM A) qui fixe les objectifs stratégiques³⁸ du SSC, les partenaires civils n'ayant donc pas de droits de participation.

Je suis d'avis que les partenaires non militaires du SSC devraient avoir beaucoup plus d'influence dans la définition de ses objectifs et de son portefeuille, ce qui pourrait se faire de deux façons.

- Comme cela se fait en matière de protection ABC, les tâches du SSC seraient confiées à une commission extraparlamentaire, le SSC assumant la fonction de son secrétariat ou bureau. En déterminant les acteurs qui composeront cette commission, il conviendra de veiller à ce que les tâches du SSC dépendent d'une interaction intensive avec des acteurs politiques ; une commission purement technico-médicale, comme l'est la Commission fédérale de médecine militaire et de catastrophe (CMMC), ne saurait répondre à ces exigences et critères. La tâche principale de la Commission consisterait à développer la stratégie et les objectifs du SSC.
- Instauration d'un comité de direction (composé de 7 à 9 membres) pour le

SSC. Ce comité devra lui aussi être composé des principaux clients/partenaires du SSC, notamment cantonaux et comprendre, si possible, quelques décideurs politiques. En effet, miser sur un groupe technique (c'est-à-dire composé exclusivement de fonctionnaires et d'experts médicaux) ne suffirait pas³⁹. La mission d'un tel organe directeur correspondrait à celle de la commission évoquée plus haut. Par ailleurs, il faudrait garantir que ce comité de direction préserve une indépendance suffisante vis-à-vis du mandataire du SSC. En termes plus concrets : si, en vertu de l'art. 8 de l'OSSC (Conférence de direction du SSC)⁴⁰, ce comité voyait le jour, il faudra pouvoir garantir que le mandataire du SSC disposera des compétences nécessaires pour nommer les membres du SSC sans pour autant compromettre l'indépendance de cet organe. Selon l'OSSC, les membres seront toutefois nommés sur proposition de tous les partenaires du SSC, ce qui garantira un certain degré d'indépendance. Toutefois, afin d'écartier tout soupçon de partialité de la part du mandataire du SSC lors de la désignation de l'organe directeur, celui-ci devrait également être approuvé par le chef du DDPS.

Pour des raisons pragmatiques, je préfère la deuxième variante (mise en place d'un comité de direction) qui devrait se concrétiser de façon à pouvoir, idéalement, influencer les objectifs et le budget du SSC pour 2020 ou pour 2021, au plus tard.

b) Réduction de l'écart entre le SSC et les responsables centraux de la santé publique en matière de conduite

Il conviendrait d'essayer une nouvelle fois de permettre au mandataire du SSC de devenir un hôte permanent de l'organe décisionnel de l'instance de Médecine hautement spécialisée de la CDS. Cette formule représenterait non seulement une solution judicieuse au niveau technique, mais elle servirait en outre à relancer et à doper l'interaction entre la CDS et le mandataire du SSC. En revanche, opter pour une participation permanente aux réunions du Comité de la CDS ne me semble pas indiqué.

c) Enfin, il faudrait envisager de dissocier le SSC de la partie militaire du DDPS et, par exemple, de le subordonner directement au Secrétariat général du DDPS. Cela servirait la crédibilité du SSC vis-à-vis de ses partenaires, notamment dans le contexte des discussions sur l'allocation des ressources et

des discussions budgétaires. Il faudra éviter en effet que le SSC ne soit perçu comme un « partenaire subalterne » de l'armée, obligé de reléguer au deuxième plan ses besoins face à ceux de l'armée dans les discussions budgétaires.

5. Réponses à vos questions

5.1. Qui, aujourd'hui, a quelles tâches, responsabilités, compétences et ressources (infrastructure, personnel, finances) dans les services sanitaires (armée, protection civile, service sanitaire coordonné) et comment se présentent les rapports ainsi que la coopération entre ces acteurs ?

Pour les réponses, merci de vous reporter aux commentaires de la section 2 (pages 4 à 14).

5.2. Quid de la réglementation des structures, tâches et responsabilités actuelles au sein du SSC et quid également des ressources dans ce domaine (infrastructure, personnel, finances) ?

Pour les réponses, merci de vous reporter aux commentaires de la section 2.1.3 (pages 9 à 11) et 2.2 (pages 12 à 14).

5.3. Comment juge et évalue-t-on l'actuelle double fonction de médecin en chef de l'armée et mandataire du Conseil fédéral pour le SSC ?

Le sujet n'a été abordé qu'occasionnellement au cours de mes discussions, bien qu'un peu plus fréquemment avec des représentants des autorités fédérales (OFPP, OFSP, OFAE) qu'avec d'autres partenaires. Dans l'ensemble, ces aspects ne semblent pas être considérés ou perçus comme quelque chose de problématique.

Dans chaque cas, trois points ont été discutés : I) Comment est-ce qu'une seule et même personne parvient-elle à maîtriser simultanément deux domaines de travail aussi vastes et aussi différents ? II) Quel est le potentiel de synergie résultant de cette double fonction ? III) Est-ce que les conflits d'intérêts résultant de cette double fonction sont majeurs ou mineurs ?

Chaque question comportait trois volets :

a) Double subordination : le mandataire du SSC au collège du Conseil fédéral et le médecin en chef de l'armée au chef de l'EM A

La nomination par le Conseil fédéral⁴¹ et la subordination directe du mandataire du SSC à celui-ci ont pour objectif premier de souligner l'importance de cette fonction pour le bien-être général. Dans la pratique, au quotidien, le mandataire pour le SSC (tout comme le Délégué à l'approvisionnement économique du pays) ne rapporte pas directement au Conseil fédéral, mais passe par le DDPS, c'est-à-dire par son chef. La situation est tout autre pour ce qui est du médecin en chef de l'armée. En l'occurrence, c'est au DDPS qu'il appartient de déterminer les modalités de sa subordination, de même que son positionnement hiérarchique, aspects qui doivent logiquement relever du « D » du DDPS, à savoir la Défense. Deux questions se posent donc : est-ce que le médecin en chef de l'armée et le mandataire pour le SSC sont subordonnés à un ou à deux supérieurs hiérarchiques directs et est-ce qu'ils ont un ou deux suppléants⁴²? Sur la base des considérations émises plus haut (section 3.5.4.c), la double subordination devrait être réexaminée (médecin en chef auprès de l'armée ; mandataire du SSC au sein du SG-DDPS) et il conviendrait de régler séparément la question des suppléants des deux fonctions.

b) Double fonction assumée par une seule et même personne, avec la proximité du SSC et de l'armée que cela implique

Combiner les deux mandats en une seule et même personne comporte sans doute un certain potentiel de synergie. Ainsi, le mandataire du SSC peut - quasi automatiquement - s'appuyer sur le réseau professionnel national et international du médecin en chef de l'armée. Dans les deux domaines, les compétences professionnelles requises présupposent des connaissances approfondies de la médecine générale et de la médecine urgentiste. Cela étant, le mandataire du SSC devra aussi de plus en plus pouvoir justifier de connaissances et de compétences en matière de politique de la santé publique avec les processus qui lui sont propres. L'affirmation fréquemment exprimée selon laquelle la double fonction permettrait également au SSC d'accéder plus rapidement et avec moins de bureaucratie aux ressources de soutien de l'armée devrait être « revue et corrigée », une fois les procédures de demande de soutien militaire redéfinies (section 4.4.2.).

Toutefois, la proximité actuelle du SSC à l'armée comporte également des dangers, notamment lorsqu'il s'agira de définir ses objectifs et de lui allouer des ressources. Le danger réel, ou perçu comme tel, dû au fait que les activités du SSC sont analysées et évaluées dans l'optique de l'armée, est inévitable. Ainsi, les propositions (création d'un comité de direction pour le SSC, subordination directe du SSC au SG-DDPS) permettraient de « corriger » ce danger réel ou perçu comme tel.

Ajoutons enfin, avec un petit clin d'œil, que le nom de « Service sanitaire coordonné » (« Koordinierter Sanitätsdienst », « Servizio sanitario coordinato ») est plutôt vieillot et, combiné à la subordination à la Défense, fait plutôt penser à une unité avant tout militaire qu'à une organisation dont l'objectif est d'assurer et de coordonner, toutes situations confondues, des soins aussi optimaux que possible pour tous les patients potentiels de Suisse. C'est précisément pour cette raison qu'en 2004, la CDS a changé son nom de Conférence des directeurs des affaires sanitaires suisse en Conférence des directrices et directeurs de la santé.

c) Rattachement du SSC au « D » ou au « P » du DDPS (?) ou ailleurs dans l'administration fédérale ou, le cas échéant, au niveau intercantonal.

Pour plus de détails, merci de vous reporter aux commentaires de la section 4.5.3

En résumé, on a constaté que la question du double mandat de médecin en chef de l'armée + mandataire du SSC n'occupe pas de place prépondérante sur les agendas des interlocuteurs. La situation changera sans doute à partir du moment où, dans quelques années peut-être, on devait envisager le transfert du SSC à la CDS.

5.4. Quels sont les rôles et les besoins des partenaires du SSC, notamment ceux des cantons (y compris la Conférence gouvernementale des affaires militaires, de la protection civile et sapeurs-pompiers ainsi que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), l'armée, l'Office fédéral de la protection de la population, l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays, l'Office fédéral de la santé publique et l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires ?

Les différents rôles des partenaires du SSC sont décrits et expliqués en détail dans les sections 2 et 3 (pages 4 à 15)

5.5. Est-ce que les structures, compétences et ressources actuelles sont correctes et suffisantes pour fournir les prestations de services requises par le SCC - également vis-à-vis des partenaires susmentionnés - ou faut-il y apporter des ajustements ?

En effet : il faut agir rapidement si la Suisse veut être à la hauteur de sa propre ambition d'offrir à l'ensemble de la population les meilleures prestations sanitaires possible, toutes situations confondues.

Les deux plus grands chantiers sont, d'une part, celui de la protection civile, qui se retrouve confrontée à nombre d'infrastructures qui ne sont soit plus utilisables, ou qui sont superflues, et dont le sort reste à définir, et, d'autre part, celui des autorités sanitaires cantonales, qui, dans le cadre du développement continu de la planification hospitalière régionale et nationale (y compris les nouveaux bâtiments d'une valeur totale de 20 milliards de francs), doivent garantir que les ressources du secteur de la santé publique qui s'élèvent à près de 80 milliards de francs (personnel et infrastructures) soient utilisées de manière à ce que la population puisse bénéficier des meilleurs soins possible dans toutes les situations.

Ces deux chantiers doivent être traités dans le cadre de deux grands projets interconnectés (ou alors d'un grand projet couvrant les deux aspects). De mon point de vue, il faudra compter environ cinq ans pour y parvenir.

Il me paraît impensable que le SSC (ou tout autre organe fédéral) doive chercher à faire sien et à gérer ces grands projets. Pour les cantons, ils sont bien trop importants et trop politiques pour être confiés à une autorité fédérale. Reste la question de savoir si le SSC pourrait jouer un rôle de coordination dans ce contexte. À mon avis, les partenaires les plus importants du SSC (et donc les « clients » de ses services de coordination) devront déterminer conjointement quelles prestations du SSC devront être considérées comme prioritaires dans les années à venir. Le cahier des charges du SSC devra ensuite être établi en conséquence. Pour ce faire, il faudra faire appel au Comité de direction qui devra mener ces travaux à bien en 2019 pour que le SSC puisse adapter ses activités à partir de 2020 (ou de 2021 au plus tard). Il va sans dire que le domaine d'activités devra être en adéquation avec les ressources disponibles.

5.6. Si des ajustements s'avèrent nécessaires, quelles mesures idoines faudra-t-il prendre et à quel niveau (organisation, ordonnances, lois) faudra-t-il intervenir ?

Les adaptations du SSC décrites ci-dessus nécessiteront toute une série de mesures organisationnelles. À mon avis cependant, celles-ci pourraient être mises en œuvre sans devoir modifier la loi.

En revanche, l'ordonnance sur le Service sanitaire coordonné (OSSC) devrait être révisée afin de préciser quelques points.

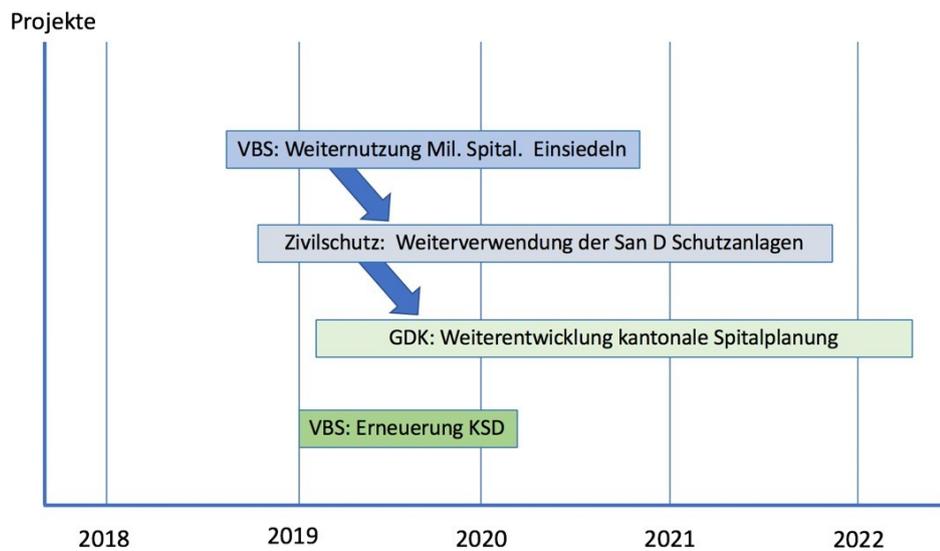
- a) À l'art. 1, il s'agira d'examiner s'il revient effectivement au SSC de continuer à assumer la responsabilité « ... d'offrir à tous les patients en tout temps les meilleurs soins possibles » ou si le mandat devrait être réduit à une tâche plus réaliste (aussi pour protéger la Confédération, voire le DDPS, d'attentes irréalistes émanant de la part des autres partenaires du SSC).
- b) Au cas où il est décidé d'instaurer un comité de direction (conformément aux explications et commentaires à la section 4.5.4a), l'art. 8 de l'OSSC devra être modifié pour prévoir, au minimum, l'approbation par le chef du DDPS de la composition dudit comité.
- c) Enfin, une révision de l'OSSC pourrait également servir à mettre à jour la nomenclature partiellement obsolète de cette ordonnance (voir les explications ci-dessus, à la section 5.3a).

Si nécessaire, l'ordonnance sur l'organisation du DDPS (Org-DDPS) devrait également être revue et adaptée à la nouvelle donne.

6. Recommandations

En résumé, voici les recommandations faites au DDPS :

- Traiter le projet « Poursuite de l'utilisation de l'hôpital militaire d'Einsiedeln » (début : automne 2018) ;
- 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, de définir des projets en fonction de cette analyse et de mettre en place les organisations de projets correspondantes (à partir de fin 2018) ;
- Demander à la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) de lancer un projet portant sur le développement continu de la planification hospitalière régionale et nationale (début : 1er 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 ;
- Intégrer dès que possible le SSC au Secrétariat général du DDPS ;
- Instaurer un comité de direction du SSC en 2019 ;
- Définir les objectifs du SSC d'ici 2021 au plus tard, sur la base des recommandations du comité de direction ;
- Soumettre l'OSSC à une révision partielle.



[Légendes

Projets

DDPS: exploitation de l'hôpital militaire d'Einsiedeln

Protection civile: exploitation des constructions protégées du service sanitaire

CDS: développement de la planification hospitalière

DDPS : renouvellement du SSC]

Les notes ci-dessous tout comme l'annexe (liste des discussions et entrevues effectuées) n'ont pas été traduites

¹ Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität.

² KVG Art. 32: Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

³ In der GDK sind die für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsmitglieder der Kantone in einem politischen Koordinationsorgan vereinigt. Zweck der Konferenz ist es, die Zusammenarbeit der 26 Kantone sowie zwischen diesen, dem Bund und mit wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens zu fördern. Rechtlich und finanziell werden die Konferenz und ihr Zentralsekretariat durch die Kantone getragen.

⁴ Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39, Abs. 2bis KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzauftrages haben die Kantone per 1.1.2009 die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Für die hochspezialisierte Medizin gibt es somit anstelle von 26 kantonalen Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung

⁵ Der IVR ist die Dachorganisation des medizinischen Rettungswesens der Schweiz, welches einen Teil des Gesundheitswesens und einen Beitrag zur Sicherheit der Bevölkerung darstellt. Er deckt die ganze Rettungskette am Boden, im Wasser und in der Luft vom Ereignisort bis zum Spital ab. Er setzt Standards für die medizinische Rettung im Alltag so-wie in besonderen und ausserordentlichen Lagen. Der IVR ist von Bund und Kantonen beauftragter Partner.

⁶ Z.B. Interview Alt-Regierungsrat und GDK Präsident Carlo Conti vom 29.02.2016: ...Richtig ist, dass 26 Gesundheitsstrukturen in der Schweiz heute zu kleinräumig sind. Ich sage das schon lange: man sollte entlang der gewachsenen Agglomerationsräume Gesundheitsregionen bilden. Das wären dann vielleicht sechs oder sieben Regionen mit einer abgestimmten Gesamtplanung innerhalb dieser Regionen...

⁷ <https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/gdk/weitere/chefbekonf.201805.pdf>.

⁸ Persönliche Mitteilung von Div. Andreas Stettbacher vom 27.09.2018.

⁹ BABS: Faktenblatt 10. April 2018. Weiterführung des anlagegebundenen Sanitätsdienstes im Zivilschutz.

¹⁰ BABS: Faktenblatt 4. Juli 2018. Schutzanlagen: Zuständigkeiten und Ausgaben Bund 2008-2017

¹¹ Persönliche Mitteilung von Urs Marti, Leiter / Chef KFS ZG vom 24.09.2018

¹² Referat Beauftragter des BR für den KSD vom 29.03.2017

¹³ STRATEGIE "ABC-SCHUTZ SCHWEIZ. Eidgenössische Kommission für ABC-Schutz, KomABC. 2007-06-D.

¹⁴ Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012 (Stand am 1. Januar 2016)

¹⁵ Siehe z.B. Referat des Beauftragten für den Koordinierten Sanitätsdienst «Vorstellung Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)» für neue interne Mitarbeiterinnen, 2018.

¹⁶ Das SANKO plant auf Begehren aus dem KSD-Netzwerk, auf Entscheid des Beauftragten KSD oder auf Anordnung des Bundesrates die sanitätsdienstliche Koordination und führt diese im Einsatz durch. Es koordiniert insbesondere die personellen und materiellen, zivilen und militärischen Ressourcen. Durch Antragstellung an die zuständigen Stellen des Bundes, der Armee, der Kantone oder von Dritten wirkt das SANKO sowohl strategisch als auch operativ, ohne ein Führungsorgan zu sein (Handbuch SANKO vom 31.10.2013).

¹⁷ <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/40200.pdf>.

¹⁸ Die Kantone sind verpflichtet mittels Leistungsaufträgen an Spitäler sicherzustellen, dass genügend inner- und ausserkantonale stationäre Spitalleistungen für ihre Wohnbevölkerung sowie die ausserkantonale Nachfrage bereitgestellt werden. Durch Definition von Mindestfallzahlen soll zudem die Qualität der Versorgung gestärkt werden.

¹⁹ Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 25.05.2018 unter Berücksichtigung der KVG- Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018; https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_de_f_d.pdf

²⁰ Minder Andreas, Notizen zur Geschichte der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, in: SDK (Hrsg.), SDK Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, 1919 – 1994, 75 Jahre SDK

²¹ Heute wird er nur noch für spezifische, den KSD betreffende Traktanden in den Vorstandssitzungen eingeladen.

²² Liste der Mitglieder der GDK-Organen und -Delegationen; https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/gdk/weitere/Liste_Mitglieder_GDK-Organen_und_Delegationen_20180901.pdf

²³ Ein interessantes Lehrbeispiel ist der «Veterinärdienst der Schweiz». Bund und Kantone teilen sich in die Verantwortung für das Veterinärwesen in der Schweiz. Die verantwortlichen Stellen beim Bund (insbesondere das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, BLV) und den Kantonen (insbesondere die kantonalen Veterinärdienste) bilden eine gemeinsame Organisation unter dem Namen "Veterinärdienst Schweiz". Diese zeichnet auch verantwortlich für die Prävention, Vorbereitung und Führung im Einsatz von kritischen Ereignissen und Krisen im Veterinärbereich. Der Direktor des BLV übernimmt dabei die zentrale Koordinationsfunktion und wenn notwendig und im Konsens mit den anderen Partnern auch die informelle Führung.

²⁴ Ein Vergleich der Ressourcen mag das verdeutlichen: das kantonale Gesundheitswesen bewirtschaftet heute rund 38'000 Betten (Bettenbelegung (2015 und 2016) 84% = 6'800 freie Betten), die Armee kann im Notfall dazu nur noch gerade 800 zusätzliche Betten beisteuern.

²⁵ Unter «Surge Capacity» versteht man den durch eine Notlage oder Katastrophe ausgelösten Zusatzbedarf an medizinischer Infrastruktur, gemessen am Zusatzbedarf an Raum (z.B. Betten), Personal, Material und Management Unterstützung.

²⁶ The benchmark of 1000 casualties has been drawn up on the basis of statistics on casualties from terrorist attacks over the past 60 years, with 1000 casualties considered a realistic challenge.

²⁷ NATO: CIVIL EMERGENCY PLANNING COMMITTEE (CEPC)
Guidance to National Authorities for Planning for Incidents Involving Catastrophic Mass Casualties. 26 March 2018. AC/98-D(2018)0002-REV1

²⁸ Oder 3'450 zivile Betten, falls man auf die Reserve der Armee von 800 Betten (betrieben durch Spitalformationen der Armee) zurückgreifen möchte.

²⁹ Vorstandsitzung GDK vom 28.06.2018.

³⁰ PWC, 2013: Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen.
https://www.pwc.ch/publications/2016/pwc_spitalimmobilien_perspektiven_chancen_d.pdf;

³¹ Zusätzlich sieht Art. 6 Absatz 2 Buchstabe c EPG vor, dass der Bundesrat in Absprache mit den Kantonen Ärztinnen und Ärzte und weiteres Gesundheitspersonal verpflichten kann, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken.

³² BABS: Projektinitialisierungsauftrag ZCI010000026: Weiterverwendung der sanitätsdienstlichen Schutzanlagen;

³³ Persönliche Mitteilung von Direktor BABS B. Bühlmann vom 23.09.2018;

³⁴ PUBLISSO: ZB MED-Publikationsportal: Peer Review: Warum ist es wichtig?
<https://www.publisso.de/open-access-beraten/faqs/peer-review/>;

³⁵ John Stermann. Learning from Evidence in a Complex World. *Am J Public Health*. 2006 March; 96(3): 505–514. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470513/>;

³⁶ Ähnlich wie die das BLV mit den Kantonstierärzten führt das BAG beispielsweise monatliche Telefonkonferenzen mit allen Kantonsärzten durch.

³⁷ Ob dies wirklich zutrifft oder nicht, spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle; auch hier gilt: perception is reality.

³⁸ Ziele 2018: KSD ist fit for mission; Positionierung im VBS, bei Bund und Kantonen konsolidiert; Produkte sind gefragt/geschätzt.

³⁹ Das Präsidium würde idealerweise von einem Vorstandsmitglied der GDK übernommen. Von Bundesseite müssten die Direktoren des BAG und BABS sowie der Delegierte für wirtschaftliche Landesversorgung sowie ein Vertreter der Armee vertreten sein. Als weitere Mitglieder kommen ein Mitglied des Beschlussorgans der HSM, eine Vertretung des Spitalverbandes H+, des SRK u.a. in Frage.

⁴⁰ Artikel 8. VKSD:

1. Die Leitungskonferenz KSD berät den Beauftragten KSD in allen sanitätsdienstlichen Koordinationsbelangen und unterstützt ihn bei der Umsetzung der Koordination.
2. Der Beauftragte KSD ernennt die Mitglieder der Leitungskonferenz KSD auf Vorschlag aller KSD-Partner. Die Mitglieder werden aus den Reihen aller wichtigen KSD-Partner ausgewählt.

⁴¹ Die gleiche Konstruktion wurde für den Delegierten des Bundesrates für die Wirtschaftliche Landesversorgung gewählt (Landesversorgungsgesetz Art. 58).

⁴² Soweit mir bekannt, ist die Stellvertretung des Beauftragten KSD nicht geregelt.

Anhang 1:

Liste der geführten Gespräche / Interviews

- Korpskommandant Philippe Rebord, Chef der Armee (CdA);
- Divisionär Andreas Stettbacher, OFAZ (jeweils begleitet von Herrn Andreas Trachsel): 5 Gespräche;
- Benno Bühlmann, Direktor BABS: 4 Gespräche;
- Dr. Heinz Moll, Chef der Armeepotheke;
- Yves-Vincent Salamin, Suppléant du chef immobilier de l'instruction, Etat-major de l'Armée – Immobilier de la Défense;
- Beat Wernli, Generalsekretariat VBS, Finanzen VBS;
- Prof. Dr. Joerg Leuppi, Präsident der Eidgenössischen Kommission für Militär und Katastrophenmedizin, in Begleitung von Dr. Conrad Müller, Mitglied der Kommission;
- Pascal Strupler, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit;
- Dr. Daniel Koch und Dr. Patrick Mathys, Bundesamt für Gesundheit;
- Arbeitsgruppe Strategie MT des Bundesamtes für Gesundheit: eine Gesprächsrunde;
- Dr. Hans Wyss, Direktor des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen;
- Dr. Raimund Bruhin, Direktor des Schweizerischen Heilmittelinstitutes (Swissmedic);
- Werner Meier, Delegierter für wirtschaftliche Landesversorgung (in Begleitung der Herren Alfred Flessenkämpfer und Ueli Haudenschild, Bundesamt für Wirtschaftliche Landesversorgung);
- Michael Mayer und Herrn Laurent Cremieux, Eidgenössische Finanzkontrolle: 2 Gespräche;
- Regierungsrat Thomas Heiniger, Präsident der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK);
- Michael Jordi, Zentralsekretär der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK);
- Dr. Rudolf Hauri, Präsident der Vereinigung der Kantonsärztinnen

Hinweis: Originalsprache deutsch

und Kantonsärzte der Schweiz (VKS);

- Lukas Zemp, Direktor des Interverbandes für Rettungswesen (IVR);
- Franz Wyss, ehemaliger Zentralsekretär der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK);
- Dr. Alexander Krethlow, Generalsekretär der Regierungskonferenz Militär, Zivilschutz und Feuerwehr (RK MZF);
- Diego Ochsner, Präsident der Konferenz der kantonalen Verantwortlichen für Militär, Bevölkerungsschutz und Zivilschutz (KVMBZ);
- Markus Mader, Direktor Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK);
- Stefan Häusler, Generalsekretär der Feuerwehr Koordination Schweiz FKS;
- Dr. Hanspeter von Flüe, Chef Kantonales Führungsorgan (KFO) Kanton Bern.