



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2018 –

**«CONCEPTUALISER LA GESTION D’UNE  
SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE (SSE)  
DANS LE CADRE D’UN GROUPEMENT  
HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)»**

– Groupe n° 7 –

**ARROUES Pierre  
AULANIER Romain  
BOISSART Marielle  
BRASSEUR Anthony  
CANALIS Romain  
DALI-YOUCÉF Angèle**

**GOURAIN Marie  
RINCOURT Stéphanie  
SEJOURNE-TALMARD Adeline  
TARGHETTA Renan**

*Animateur*

– *Christophe Van Der Linde*



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>I. La gestion des SSE relève d'une organisation définie antérieurement à la création des GHT, pour autant, ces nouvelles coopérations pourraient contribuer à améliorer la qualité de la réponse à ces événements. ....</b>	<b>2</b>
<b>A. La préparation et la gestion des SSE obéissent à une organisation sanitaire spécifique .....</b>	<b>2</b>
1. Les SSE, récemment définies dans la réglementation, font l'objet d'une réponse spécifique du système de santé .....	2
2. Chaque directeur est responsable de la mise en œuvre du « triangle de sécurité » au sein de son établissement .....	5
3. Chaque établissement de santé, selon ses moyens, a un rôle spécifique fonction de la nature de la SSE.....	6
<b>B. La constitution des GHT est une réforme récente et ambitieuse dont la dimension SSE fait l'objet aujourd'hui d'une appropriation inégale .....</b>	<b>8</b>
1. Une réforme hospitalière de grande ampleur qui repose sur une gradation des soins et des mutualisations .....	8
2. Les 135 GHT se révèlent être à géométrie et maturité variables .....	9
3. La réponse aux SSE au niveau GHT fait l'objet d'une appropriation hétérogène .....	10
<b>II. Les GHT constituent une opportunité pour renforcer les capacités du système de santé face aux SSE, toutefois, plusieurs freins et limites doivent être identifiés afin de mettre en œuvre une gouvernance pertinente et efficace.....</b>	<b>12</b>
<b>A. Le GHT, par sa dynamique collaborative, sert la préparation et la coordination de la réponse aux SSE à l'échelle du territoire .....</b>	<b>12</b>
1. La préparation de la réponse aux SSE est un axe de travail fédérateur qui répond au défi managérial des GHT : passer d'un effort d'intégration à une coopération effective.....	12
2. La structuration des filières de soins du GHT améliore l'organisation de la réponse aux SSE.....	12

3.	La gestion des SSE dans le cadre du GHT s'inscrit dans une dynamique de renforcement de la qualité et de la sécurité des soins, <i>via</i> le projet qualité territorial.....	13
4.	La mutualisation de certaines fonctions supports est un levier de simplification et d'efficience au profit de la gestion des SSE .....	15
5.	La création d'équipes médicales de territoire et de pôles inter-établissements facilite la coordination.....	17
<b>B.</b>	<b>Plusieurs freins identifiés peuvent nuire à l'efficacité du GHT dans l'anticipation d'une SSE.....</b>	<b>18</b>
1.	Le cadre juridique limite l'intervention du GHT dans la réponse aux SSE.....	18
2.	L'efficacité du GHT dans la préparation et la gestion des SSE se heurte à des contraintes culturelles.....	18
3.	La mise en œuvre d'une réponse commune aux SSE est limitée par des contraintes techniques.....	19
4.	La contrainte financière pourrait freiner la mise en place d'un dispositif SSE à l'échelle du GHT .....	20
5.	L'intégration de la thématique SSE au sein du GHT peut être limitée par des contraintes géographiques .....	20
<b>C.</b>	<b>L'appréhension de la question des SSE sous l'angle GHT présente des limites</b>	<b>20</b>
1.	La nécessaire collaboration en cas de SSE avec les établissements privés et les ESMS non associés ou parties au GHT ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux.....	20
2.	Le GHT ne doit pas se substituer à la coordination établie par les tutelles et à la régulation pré-hospitalière en situation de SSE mais plutôt agir en amont sur la préparation des SSE. ....	21
<b>III.</b>	<b>Le recueil d'initiatives et de bonnes pratiques auprès des GHT permet d'émettre des préconisations opérationnelles pour instaurer une meilleure coordination de la réponse aux SSE dans le cadre des GHT.....</b>	<b>23</b>
<b>A.</b>	<b>Préparer et anticiper la réponse aux SSE à l'échelle du territoire .....</b>	<b>23</b>
<b>B.</b>	<b>Mobiliser la solidarité territoriale lors de la gestion d'une SSE .....</b>	<b>24</b>
<b>C.</b>	<b>Evaluer et capitaliser les expériences en phase post-SSE .....</b>	<b>25</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>26</b>

<b>Bibliographie.....</b>	<b>26</b>
<b>Liste des Annexes.....</b>	<b>32</b>

---

## R e m e r c i e m e n t s

---

Toute l'équipe de ce module interprofessionnel remercie chaleureusement toutes les personnes qui nous ont aidé pour la réalisation de ce mémoire.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre animateur, Monsieur Christophe VAN DER LINDE, enseignant-chercheur à l'Institut de Management de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et ancien conseiller de la zone de défense et de sécurité Ouest, pour sa disponibilité et les conseils prodigués.

Nos remerciements s'adressent également à tous les professionnels et experts interviewés pour nous avoir consacré de leur temps et avoir partagé avec nous leur expertise sur le sujet, afin de nourrir nos réflexions :

- Mme Elodie BADET, Directrice adjointe, chargée des coopérations et des territoires du CH Le Mans et directrice par intérim du CH St Calais
- M. Dr Emmanuel BERNIGAUD, Praticien Hospitalier, médecin référent SSE au CHU de Nantes
- Mme Astrid BOURDIN, Responsable de la contractualisation et chargée de mission GHT à l'ARS Occitanie
- M. Olivier BRAHIC, Directeur adjoint DGS-SD VSS-CORRUSS
- M. Guillaume CARO, Secrétaire général du GHT 44 - CHU de Nantes
- M. Quentin DEMANET, Direction de la territorialité, de la filière gériatrie et des relations ville-hôpital, CHU de Caen (GHT Normandie Centre)
- M. Dr Michel GENTILE, Conseiller sanitaire de zone, Responsable du département de défense et de sécurité à l'ARS Ile de France
- Mme Marion GIROD, Chargée de planification et gestion de crises sanitaires à l'ARS Ile-de-France
- M. Dr Romain HELLMAN, Co-responsable de la cellule Anticipation et Régulation des Soins Non Programmés à l'ARS Ile de France
- Mme Stéphanie JOLLIVET-PLUCHON, Directrice adjointe au CHU de Nantes, en charge de la qualité, des risques et de l'évaluation
- M. Kévin MARCOMBE, Chef de projet GHT à l'ARS Ile de France
- M. Philippe MARIN, Directeur d'hôpital en détachement à l'EHESP
- Mme Stéphanie MASSIOTA, Responsable unité vigilance et crises sanitaires à l'ARS Occitanie

- Mme Jane-Lore MAZUE, Conseiller technique - Continuité des activités de l'offre de soins à l'ARS Ile de France
- M. Marc MORA, Référent plan blanc, gestion des urgences, NRBC et gestion de crise au GHT de l'Artois
- M. Dr Jean-Marc PHILIPPE, Conseiller sanitaire à la DGS- VSS-VSS2
- M. Emilien ROGER, Responsable du département affaires transversales / APHP de la direction de l'offre de soins à l'ARS Ile de France
- Mme Brigitte SCHERB, Chargée de mission équipe nationale GHT, DGOS
- M. Pr Louis SOULAT, Responsable du SAMU 35 et chef des urgences au CHU de Rennes
- M. Vincent TERRENOIR, Commissaire divisionnaire, délégué pour la sécurité générale (ONVS/DGOS)
- M. Dr VIGAND, Médecin à la Direction offre de soin et autonomie, référent cancer. Chargé des préparations aux crises et veille sanitaire à l'ARS Languedoc Roussillon avant la fusion des régions.

Enfin nous remercions Mme Emmanuelle GUÉVARA, M. Christophe LE RAT et tout le personnel de l'EHESP en charge de la logistique et du bon déroulement de ce M.I.P.

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences

ARSZ : Agence Régionale de Santé de Zone

ASIP Santé : Agence Française de la Santé Numérique

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CORRUSS: Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

CSP : Code de la Santé Publique

DGS : Direction Générale de la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM: Département de l'Information Médicale

DPC : Développement Professionnel Continu

EFS : Établissement Français du Sang

EMT : Équipe Médicale de Territoire

EPRUS : Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

EPS : Établissement Public de Santé

ESP : Établissement de Santé Privé

ESR : Établissement de Santé de Référence

ESSMS : Établissement et Service Sociaux et Médico Sociaux

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

NRBC (risques) : Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique

ORSAN : Organisation de la Réponse Sanitaire

ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

PB : Plan Blanc

PCA : Plan de Continuité de l'Activité

PMP : Projet Médical Partagé

PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé

PSE : Plan de Sécurisation de l'Etablissement

PVUS : Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SIH : Système d'Information Hospitalier

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

UA : Urgence Absolue

UR : Urgence Relative

---

## Méthodologie

---

Ce Module Interprofessionnel (MIP) compte 10 élèves de l'EHESP : 3 AAH, 1 DESSMS, 3 DH, 2 DS et 1 IES. Le groupe s'est organisé autour d'une méthodologie de travail comprenant :

- Un travail de recherche au travers de la lecture de rapports, guides et documents réglementaires
- Un travail de terrain au travers de la conduite d'entretiens avec des professionnels du monde sanitaire (13 entretiens).

Le travail collaboratif s'est organisé de la façon suivante du 3 au 19 mai 2018 :

- Semaine 1 (3 et 4 mai à l'EHESP) : rencontre avec Monsieur Christophe VAN DER LINDE, cadrage du sujet et de la problématique, prise de rendez-vous avec des professionnels, élaboration de la grille d'entretiens et revue de littérature

Les élèves rencontrent l'animateur du MIP n°7, Monsieur VAN DER LINDE, avec lequel ils précisent le cadrage du sujet et de la problématique. Grâce aux contacts transmis par Monsieur VAN DER LINDE, les élèves lancent la planification des entretiens. Le groupe décide de construire collectivement une grille d'entretiens (cf. Annexes) permettant d'assurer l'exhaustivité des questions posées et d'harmoniser le recueil des informations. Cette grille sera validée par M. VAN DER LINDE en semaine 2. Par ailleurs, une bibliothèque est créée par les élèves avec l'aide de Monsieur VAN DER LINDE et chaque élève se nourrit durant cette première semaine des documents recueilli, ainsi que de recherches personnelles.

- Semaine 2 (à distance) : conduite des entretiens, élaboration d'une ébauche de plan

Les premiers entretiens ont lieu durant cette deuxième semaine et sont réalisés en fonction des lieux de résidence des élèves. Ces entretiens font immédiatement l'objet de comptes rendus partagés avec l'ensemble du groupe. Des échanges téléphoniques et/ou par visioconférence permettent de pallier l'éloignement et de réaliser collectivement une première version du plan.

- Semaine 3 (à l'EHESP) : conduite d'entretiens et rédaction du rapport

Le regroupement des élèves à l'EHESP la semaine du 14 mai facilite la mise en commun des informations relevées lors des entretiens et simplifie l'organisation de la

rédaction du rapport. Des échanges constructifs, permettant un consensus autour du rapport, sont rendus possibles grâce à des points d'étape journaliers. La majorité des entretiens ont lieu au cours de cette troisième semaine, par téléconférence ou sur le lieu de travail des personnes rencontrées. Pour davantage d'efficacité, le groupe se divise en deux entités : à tour de rôle, des duos ou trios d'élèves réalisent les entretiens, tandis que les autres membres du groupe travaillent dans une salle dédiée à la rédaction du rapport. Des points journaliers sont réalisés pour valider les étapes de rédaction et pour intégrer les nouveaux éléments acquis lors des entretiens. Le lien avec Monsieur VAN DER LINDE est maintenu durant toute cette semaine pour valider la structuration progressive de la réponse à la problématique.

– Limites identifiées :

Le groupe regrette que l'ensemble des entretiens prévus en phase préparatoire n'aient pas pu être organisés en raison du calendrier de travail contraint. Ainsi il tient à mettre en avant que l'analyse aurait tiré bénéfice d'entretiens complémentaires, notamment avec des établissements parties à des GHT (seuls des établissements supports ont été interrogés), des établissements privés et des établissements médico-sociaux.



## Introduction

La plus forte sensibilité de notre société à des menaces de toute nature (climatique, sécuritaire, industrielle, technologique etc.) fait peser une exigence particulière sur le système de santé. Dans ce contexte, les Établissements Publics de Santé (EPS) doivent être en capacité de répondre aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE), tout en limitant la désorganisation de leur activité courante. Tenu de contribuer à la résilience collective, le champ sanitaire connaît pourtant, dans le même temps, un remaniement profond.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé marque une nouvelle étape dans la structuration de l'offre de soins, avec la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Contrairement aux modalités antérieures de coopération, fondées sur des dispositifs souples et facultatifs, ces GHT apparaissent d'ores et déjà comme un vecteur de décloisonnement des acteurs, de complémentarité des interventions et de renforcement de la qualité de la prise en charge des patients. C'est cette même logique de coopération qui se retrouve au cœur de la gestion des SSE. Les SSE peuvent dépasser les frontières administratives et juridiques, et le ressort de chaque acteur. Ainsi, ces événements imposent une coordination et une territorialisation accrue des réponses aux SSE, intégrant les spécificités de chaque espace : tant ses atouts (centres urbains de proximité, réseaux de circulation) que ses contraintes (démographie médicale déprimée, risques industriels, zones inondables) et son tissu sanitaire (présence de *trauma centers*, établissements de référence, spécialités médicales).

Dès lors, la question est de savoir s'il est possible d'intégrer la réponse aux SSE dans le cadre de ces évolutions. De quelles façons est-il possible de tirer profit des réflexions territoriales et des nouvelles modalités de coopération, pour interroger l'organisation actuelle des réponses aux SSE et proposer une gestion plus intégrée, plus pertinente des établissements face aux risques de désorganisation ?

Si la réponse aux SSE s'inscrit dans une organisation préexistante, les coordinations nouvelles portées par les GHT interrogent les modalités d'appropriation et d'amélioration des dispositifs actuels (I). Il s'agit dès lors d'identifier les opportunités de cette nouvelle configuration territoriale, mais aussi ses limites, afin d'envisager une gouvernance appropriée à la gestion des SSE (II) et, ainsi, de proposer des leviers pertinents pour structurer une réponse territoriale (III).

**I. La gestion des SSE relève d'une organisation définie antérieurement à la création des GHT, pour autant, ces nouvelles coopérations pourraient contribuer à améliorer la qualité de la réponse à ces évènements.**

L'organisation de la réponse aux SSE fait l'objet de dispositifs nationaux déclinés territorialement faisant intervenir une multiplicité d'acteurs. Si les établissements de santé sont au cœur du dispositif, leur intégration au sein des GHT esquisse de nouvelles perspectives.

**A. La préparation et la gestion des SSE obéissent à une organisation sanitaire spécifique**

**1. Les SSE, récemment définies dans la réglementation, font l'objet d'une réponse spécifique du système de santé**

*a. Définition et contexte réglementaire*

Le terme de « situation sanitaire exceptionnelle » apparaît pour la première fois dans le Code de la Santé Publique (CSP) dans le décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles. L'instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles précise la signification du terme SSE. Ainsi, cette notion est définie comme « la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise. »

L'instruction précise également que le terme de SSE recouvre différentes réalités. Le ministère indique que ce sont quatre dimensions qui permettent de caractériser une SSE. D'abord, c'est la nature de la crise qui doit être identifiée, puisque celle-ci « peut concerner des domaines variés et avoir des répercussions sanitaires ou au contraire avoir un caractère spécifiquement sanitaire ». Par exemple, cela renvoie à un épisode de tensions hospitalières ou rupture d'approvisionnement en dispositifs médicaux ou produits de santé. Ensuite, c'est l'ampleur territoriale d'une SSE qui va permettre de définir son intensité, dans la mesure où elle peut concerner « un seul département, une région, une zone de défense ou impacter l'ensemble du territoire national ». De plus, une SSE peut se distinguer par son origine,

qu'elle soit déclenchée par des circonstances nationales ou internationales. Enfin, ce type de situation se caractérise par sa dynamique propre, car « elle peut relever d'une cinétique nécessitant des mesures de gestion d'urgence ou, au contraire, relever d'une cinétique plus lente ».

Une SSE n'est pas d'emblée une crise sanitaire, comme cela pourrait être perçu par un grand nombre d'acteurs (cf. Annexes). Par contre, si l'organisation touchée par une SSE, par exemple un établissement de santé membre d'un GHT, n'est pas préparée à ce type d'événement et n'est pas en capacité d'adapter ses moyens humains et matériels pour y répondre de façon proportionnée, elle pourrait alors être déstabilisée ou dépassée. Cette incapacité de l'organisation à rétablir son régime courant d'activité et à gérer l'événement sanitaire exceptionnel pourrait conduire à une crise de plus grande ampleur et mettre en péril l'organisation.

D'ailleurs, l'instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles puis le décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'Organisation de la Réponse du Système de Santé (dispositif ORSAN) et au réseau national des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) pour la gestion des SSE, visent à formaliser les modalités de gestion d'un ensemble d'événements susceptibles d'affecter le système de santé.

L'organisation de la réponse du système de santé aux SSE, dit « ORSAN », se fonde sur un dispositif intégré de préparation visant à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse monter en puissance lors de tout type d'événement. Piloté par les ARS, le schéma ORSAN a pour objectif d'assurer un *continuum* entre une situation de fonctionnement habituel, d'un établissement de santé notamment, et la réponse opérationnelle aux crises afin d'exploiter de façon adéquate les capacités propres du système de santé ou de l'établissement concerné.

#### *b. Les différents échelons de pilotage des SSE*

Le dispositif ORSAN, qui peut être régional ou zonal, piloté par les ARS, vise à organiser en fonction des risques identifiés les prises en charge et les modalités de coordination des différents acteurs du système de santé pour répondre au mieux aux SSE. Il précise les missions et objectifs opérationnels de chaque acteur à savoir Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), établissements de santé, établissements médico-sociaux et professionnels de santé. Il prévoit également un programme d'actions annuel ou pluriannuel afin de maintenir ou développer les capacités de prise en charge de patients et/ou victimes, de formation des professionnels

de santé et d'attribution des moyens opérationnels. Il préconise aussi la réalisation d'exercices chaque année afin d'évaluer l'opérationnalité du dispositif (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes, 2014).

Le dispositif ORSAN comprend six volets :

- Quatre volets régionaux :
  - Accueil massif de victimes non contaminées (« ORSAN AMAVI ») ;
  - Prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (« ORSAN CLIM ») ;
  - Gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (« ORSAN EPI-VAC ») ;
  - Prise en charge de nombreuses victimes (blessés psychiques) (« ORSAN Médico-Psy »)
- 2 volets zonaux :
  - Prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (« ORSAN BIO ») ;
  - Prise en charge d'un risque NRC (« ORSAN NRC »).

Ce dispositif s'appuie sur une imbrication des niveaux de pilotage et sur une déclinaison territoriale des interventions, afin de permettre une gestion des SSE au niveau le plus pertinent, avec les acteurs les plus appropriés. Il s'appuie en particulier sur le principe de subsidiarité. Chaque établissement de santé doit être en capacité d'organiser sa réponse lors de la survenue d'événements sanitaires exceptionnels. C'est pourquoi chaque établissement doit établir un plan blanc, arrêté par le directeur d'établissement, et mis en œuvre à la demande du directeur général de l'ARS. Ce plan blanc permet à l'établissement de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose pour faire face à une SSE.

Le pilotage de la crise au niveau départemental et zonal est réalisé par le préfet qui s'appuie sur le dispositif d'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (ORSEC). Ce dispositif permet une réponse interministérielle de sécurité civile aux situations d'urgence et peut mobiliser des plans de renfort établis aux échelons d'intervention des préfets dans le cadre de l'organisation gouvernementale de la gestion de crise (dispositif ORSEC). Ces plans de mobilisation peuvent être activés au niveau départemental ou zonal en fonction de l'ampleur de la crise. Le dispositif ORSAN participe et s'inscrit dans le schéma ORSEC. Il

peut être considéré comme un outil sanitaire, mis à disposition du préfet et mobilisable en cas d'événement impliquant le système de santé.

Par ailleurs, en complément des dispositifs locaux, régionaux et zonaux et si l'ampleur de la situation le nécessite, la gestion peut passer au niveau national avec un pilotage interministériel par le Premier Ministre, qui peut déléguer au Ministre de l'Intérieur. En cas d'événement sanitaire, une cellule de crise sanitaire est également activée au niveau du Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS) du Ministère de la Santé.

## **2. Chaque directeur est responsable de la mise en œuvre du « triangle de sécurité » au sein de son établissement**

Les établissements de santé sont impactés par les événements sanitaires exceptionnels qu'ils soient directement touchés par l'évènement (inondation, panne électrique, attentat sur un établissement) ou indirectement concernés *via* l'arrivée des victimes d'un événement survenu à l'extérieur de l'établissement. Afin de faire face à ces situations, et d'assurer leur sécurité, les directeurs d'établissements se doivent de mettre en place trois plans complémentaires qui constituent ce que l'on peut appeler « le triangle de sécurité » (cf. Annexes).

### *a. Le Plan Blanc*

Le plan blanc, dont les modalités de mises en œuvre sont inscrites dans le Code de la Santé Publique (article R3131-13 du CSP), doit permettre d'assurer l'accueil et la prise en charge des patients en mobilisant les moyens nécessaires (logistiques, humains, communication...). Des mesures spécifiques relatives à la gestion des SSE, notamment aux accidents NRBC, doivent être décrites dans les plans blancs des établissements. Pour mettre en place l'ensemble des mesures décrites dans le plan blanc, celui-ci doit anticiper les modalités de fonctionnement et d'organisation de la cellule de crise de l'établissement. Des exercices doivent être mis en place par les établissements pour s'entraîner et tester l'opérationnalité des plans blancs ainsi que des « fiches réflexes » annexées.

### *b. Le Plan de Sécurisation de l'Établissement*

Le plan de sécurisation de l'établissement, décrit dans l'instruction du 16 novembre 2016 et intégré dans le code de la santé publique (article R3131-13 CSP), doit être mis en place par l'établissement afin d'identifier ses risques et ses menaces spécifiques et prévoir deux niveaux de sécurisation. Le premier correspond à un niveau de sécurisation en période normale (malveillance physique ou informatique, violence, intrusion) et le second prévoit

un niveau complémentaire en situation d'attentat (attaque de l'établissement pouvant entraîner une destruction de la production de soins). Les établissements doivent se protéger afin de pouvoir assurer la continuité des soins même lors de SSE (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017).

*c. Le Plan de Continuité d'Activité*

Enfin, le plan de continuité d'activité, en complément des plans précédents, doit permettre à l'établissement de continuer à fonctionner en mode dégradé, en période de crise ou de perturbation grave et prolongée, lors de la survenue d'un événement imprévu ou grave (pannes d'équipements, de serveurs, de routeurs, d'ordinateurs ou de logiciels, coupures de flux d'énergie ou de fluides, événements météorologiques sérieux...). Ce plan garantit à l'établissement de poursuivre ses missions essentielles tout en protégeant les patients et les personnels, puis de reprendre progressivement l'ensemble de ses activités normales (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017).

Chaque établissement doit donc, pour faire face à tout événement sanitaire exceptionnel, disposer de ces trois plans et les articuler afin de garantir sa sécurité en cas de menaces internes ou externes, lui permettre de s'y adapter par une réponse adéquate et améliorer sa résilience. Tout établissement doit aussi, dans le cadre du dispositif ORSAN, faire l'objet d'une évaluation de sa capacité de réponse aux différentes typologies de SSE.

### **3. Chaque établissement de santé, selon ses moyens, a un rôle spécifique en fonction de la nature de la SSE**

La réponse sanitaire, prévue dans le cadre d'une SSE, est définie selon un principe de réponse graduée. Cet échelonnement permet d'adapter les parcours de soins des patients en fonction de l'impact, de l'ampleur et de la cinétique de l'événement. La mobilisation des établissements de santé, accueillant des victimes en cas de SSE, repose sur une hiérarchisation fonctionnelle à trois niveaux : première ligne, recours et repli (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006) (cf. Annexes). Cette hiérarchisation est inscrite dans un cahier des charges établi au niveau national. L'utilisation de critères standardisés a été opérée pour identifier les établissements en fonction de leurs capacités de prise en charge des victimes et selon la volumétrie de l'événement.

Toutefois, cette hiérarchisation correspond à une réponse zonale et non à un découpage en territoires de santé ou en GHT. Elle est propre au schéma ORSAN. C'est dans ce schéma que l'ARS prédéfinit le rôle dévolu aux établissements de santé en fonction du type de SSE considéré, et selon la SSE, les victimes seront alors réparties sur les différents

établissements de santé, selon une organisation préétablie, validée en amont entre le SAMU départemental, le SAMU de zone et l'ARS, et après régulation par le médecin régulateur du SAMU départemental concerné.

- Les établissements de santé de première ligne sont sollicités et mobilisables immédiatement pour la prise en charge médico-chirurgicale des victimes (Urgences absolues (UA) et urgences relatives (UR) couchées). Ils doivent assurer la permanence des soins en établissements de santé en première partie de nuit ou en nuit profonde et répondent à plusieurs critères prédéfinis (cinétique d'augmentation des capacités à H+2h, services d'accueil d'urgence (SAU) polyvalent 24h/24 et 7j/7, plateau technique multidisciplinaire chirurgical, service de réanimation, dispositif d'imagerie, etc.).
- Les établissements de santé de recours, eux, sont sollicités pour la prise en charge des UR principalement (y compris les UR couchées). Néanmoins, certains établissements de recours disposant d'un plateau technique très spécialisé peuvent être sollicités pour la prise en charge des UA, même s'ils ne disposent pas d'un service d'urgence. Ainsi, il existe deux profils distincts d'établissements de recours. D'une part, ce sont les établissements généralistes disposant d'un service d'urgence et de plateaux techniques chirurgicaux. D'autre part, les établissements de santé ne disposant pas dans tous les cas de plate-forme d'urgence mais disposant de compétences particulières et de plateaux techniques spécialisés, sont identifiés.
- Les établissements de santé dits de repli pourront aussi être mobilisés. Ils correspondent aux structures qui ne sont pas nécessairement dotés d'un service d'urgence mais qui auront vocation à prendre en charge des patients valides et/ou transférés des établissements de recours ou de première ligne. Ces établissements pourront effectuer des actes de petite chirurgie, au plus tard trois heures après leur mise en alerte. Ils doivent donc disposer *a minima* d'un bloc chirurgical et d'une radiologie conventionnelle. Enfin, ils peuvent, le cas échéant, recevoir des personnes nécessitant un soutien médico-psychologique.

Par ailleurs, un arrêté du ministre chargé de la santé désigne, sur proposition de l'Agence Régionale de Santé de Zone (ARSZ), pour chaque zone de défense et de sécurité, un ou plusieurs Établissements de Santé de Référence (ESR) en matière de SSE. Ces structures, mentionnées à l'article R3131-7 du CSP, disposent de capacités spécifiques pour la gestion des SSE, en termes de ressources humaines, de moyens techniques et financiers sur lesquelles s'appuie la réponse zonale. Le SAMU de zone siège dans l'ESR. C'est aussi

au cœur de l'un de ces établissements que serait mise en place la cellule opérationnelle zonale pour organiser la réponse à la SSE et appuyer l'action de l'ARSZ.

C'est d'ailleurs en ce sens que le décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 a renforcé la marge d'action des ESR, afin de les adapter aux nouvelles orientations et priorités dans la préparation et la gestion des SSE. Ces établissements apportent une assistance technique à l'ARSZ, une expertise technique aux établissements de santé sur la préparation et la gestion des SSE, conduisent les formations du personnel ou encore proposent une organisation et un diagnostic sur la prise en charge des patients. Il leur est également demandé d'organiser une expertise relative aux pathologies induites par des agents NRBC, au sein de la cellule opérationnelle, susceptible d'être mobilisée.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que les missions des ESR peuvent évoluer rapidement avec la crise et que ces ESR ne correspondent pas nécessairement à un établissement support de GHT. Enfin, il est nécessaire que les ARSZ et les ARS légitiment l'action de ces ESR auprès des autres établissements de santé pour justifier leurs actions.

## **B. La constitution des GHT est une réforme récente et ambitieuse dont la dimension SSE fait l'objet aujourd'hui d'une appropriation inégale**

### **1. Une réforme hospitalière de grande ampleur qui repose sur une gradation des soins et des mutualisations**

#### *a. Une collaboration obligatoire pour les EPS suivant un calendrier ambitieux*

La loi de modernisation de notre système de santé adoptée en 2016 crée les GHT, héritiers des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT). Cette nouvelle entité, dépourvue de toute personnalité juridique, a pour objectif de « mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité » (article L. 6132-1.-I du CSP). Tous les EPS doivent être parties d'un GHT en signant une convention constitutive. L'un d'eux est désigné « établissement support », il assure pour le compte des autres établissements les missions dévolues au GHT. Les Etablissements et Services Sociaux et Médico Sociaux (ESSMS) et les Etablissements de Santé Privés (ESP) peuvent adhérer de manière facultative à cette coopération.

Le calendrier de mise en œuvre des GHT est ambitieux même si progressif. La mise en œuvre obligatoire au 1er juillet 2016 des GHT, par la rédaction des conventions constitutives, est la première étape d'un processus resserré :

- Juillet 2017 : Finalisation des PMSP
- Juillet 2018 : Validation du schéma directeur des systèmes d'information du GHT
- 2020 : Convergence des marchés accomplie et premières visites de certification commune
- 2021 : Mise en œuvre du SIH convergent

*b. Un dispositif reposant sur la double notion de parcours de soins et de mutualisations*

- Le Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) permet le développement de filières et de parcours de soins :

Chaque GHT rédige un projet médical partagé permettant le déploiement de deux objectifs : garantir à la fois une offre de soins de proximité et une offre de soins de qualité. Pour une durée de cinq ans, ce PMSP permet la recherche de l'efficacité des soins : offrir au patient de recevoir les bons soins au bon endroit et au bon moment. Ainsi cela passe par une gradation des soins avec des filières organisées au niveau du territoire et un parcours du patient pensé pour éviter les redondances d'actes.

- Les mutualisations attendues et leurs calendriers de mise en œuvre

L'effectivité de la coopération par les GHT s'exprimera par des mutualisations entre les établissements parties. Elles sont de trois ordres : les fonctions dévolues à l'établissement support, les fonctions organisées en commun et les fonctions mutualisées facultatives.

Les premières fonctions regroupent les achats, la gestion d'un Département de l'Information Médicale (DIM), le déploiement d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) et la coordination des instituts et écoles de formations paramédicales ainsi que les plans de formation continue et de Développement Professionnel Continu (DPC). Sont organisées en commun au sein du GHT, les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle ainsi que la biologie médicale et la pharmacie. Des mutualisations facultatives sont possibles comme pour les activités administratives, logistiques ou techniques. Les convergences ont été organisées à partir du 1er juillet 2016, date d'entrée en vigueur des premiers GHT et doivent être terminées pour le 1er janvier 2021.

## **2. Les 135 GHT constitués se révèlent être à géométrie et maturité variables**

Centrés sur les territoires de santé, des éléments statistiques issus du Comité de suivi des GHT de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) permettent de mieux appréhender l'extrême diversité des GHT. Près de la moitié des GHT comptent entre quatre

et huit établissements parties, les valeurs minimales et maximales étant respectivement deux et dix-neuf. Ainsi, les GHT couvrent des territoires à l'étendue variable. La distance médiane entre les établissements parties d'un GHT et l'établissement support est de trente-trois kms, soit quarante-deux minutes de transport (DGOS, 2016). Cette disparité se retrouve aussi en termes de moyens financiers : dans trente-cinq GHT la somme des budgets des établissements est inférieure à 200 millions d'euros, tandis que dans le même temps vingt-huit d'entre eux ont un budget cumulé supérieur à 800 millions d'euros.

Toutefois, la coopération au sein des GHT atteint des niveaux de maturité très différents. Si certains établissements se découvrent encore aujourd'hui, d'autres avaient établi des coopérations depuis longtemps (dans le cadre de CHT par exemple). En sus des EPS parties, cette coopération peut s'étendre à des établissements associés (CHRU, ESMS etc.) ainsi qu'à des établissements partenaires (privé à but lucratif dans plus de 20% des cas ; ESPIC pour environ 15%).

Basés enfin sur une approche territoriale de la santé, les GHT n'épousent pas nécessairement les échelons administratifs existants, bien qu'un nombre relativement important d'entre eux suivent les contours départementaux (cf. Annexes). Cela peut complexifier leur relation avec d'autres acteurs impliqués dans la gestion d'une SSE : SAMU (départementaux) et préfetures (départementales et zonales). Aussi, ces facteurs structurels induisent une appropriation hétérogène de la problématique SSE par les GHT.

### **3. La réponse aux SSE au niveau GHT fait l'objet d'une appropriation hétérogène**

La préparation aux SSE apparaît comme un des axes prioritaires sur lesquels les pouvoirs publics entendent faire travailler les GHT.

#### *a. Une thématique prioritaire pour le pouvoir règlementaire*

Le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au Projet Régional de Santé (PRS), définit quatre grands objectifs aux SRS contenus dans les PRS 2 (2018-2022), parmi lesquels celui de « Préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN) ». Pour rappel, le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétence. C'est sur la base de la définition des besoins en offre de soins effectuée dans le PRS que l'ARS délivre par exemple ses autorisations.

#### *b. Une description attendue dans chaque PMSP, sous le contrôle des ARS*

Cette priorisation de la thématique SSE par le Ministère *via* les PRS définis par les ARS n'est pas sans conséquence pour les PMSP des GHT. Le PMSP est défini par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et par l'article

R6132-3-1 du CSP. Chaque GHT, après un diagnostic territorial doit présenter son PMSP à l'ARS pour validation. Le PMSP détermine la stratégie médicale et soignante du groupement hospitalier de territoire en étant centré sur les filières de soins. Ces filières peuvent découler de trois approches (pathologie, population, mode de prise en charge). Pour chaque filière, chaque GHT doit définir des « processus » pour plus d'opérationnalité. Parmi ces filières, la réponse aux SSE constitue un attendu incontournable. L'article R6132-3-1 du CSP précise que le PMSP « comprend notamment les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur [...] l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ».

Pourtant, malgré cette volonté des pouvoirs publics, qui font de la réponse aux SSE une thématique obligatoire dans les cadres des PRS et PMSP et malgré le contrôle des ARS sur ces derniers, la thématique « urgences de soins critiques et réanimation » a été abordée dans environ 40% des PMSP et la thématique « gestion de crises » a été abordée dans un peu moins de 10% d'entre eux.

*c. L'appel à projet pour la mise en œuvre des PMSP inclut une thématique « organisation de la réponse aux SSE », démontrant la nécessité de dynamiser l'appropriation de ce sujet par les GHT*

Afin de soutenir la traduction opérationnelle des PMSP des GHT, la DGOS a lancé en novembre 2017 un appel à projet englobant seize thématiques (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2017). Celui-ci permet un financement forfaitaire d'actions concrètes dans les GHT sélectionnés. Or parmi ces thématiques figure « l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles » (thématique 12). Une dotation financière comprise entre 40 000 et 100 000 euros selon la taille du GHT est ainsi proposée pour la mise en place de nouvelles organisations dans les filières critiques identifiées dans le dispositif ORSAN ou pour le renforcement de la coopération entre établissements membres du GHT, particulièrement en phase de préparation à la SSE. A ce jour, sur les vingt-deux projets soumis à la DGOS par les ARS sur cette thématique, huit ont été sélectionnés, avec des résultats attendus en octobre 2019. En conséquence, malgré les obligations réglementaires et le contrôle des ARS, l'appropriation de la thématique SSE par les GHT semble pour le moment assez discrète et hétérogène. L'appel à projet DGOS et ses résultats, pourraient participer à la diffusion des bonnes pratiques sur la question. Par exemple, un GHT retenu prévoit la création d'une cellule de crise GHT reposant sur un logiciel spécialisé de gestion

de crise; un autre met en place des formations mutualisées à l'utilisation de l'unité de décontamination hospitalière de l'établissement support.

Ainsi, la dynamique de gestion des SSE et la logique mise en œuvre par les GHT semblent converger au profit d'une meilleure réponse territoriale aux SSE.

## **II. Les GHT constituent une opportunité pour renforcer les capacités du système de santé face aux SSE, toutefois, plusieurs freins et limites doivent être identifiés afin de mettre en œuvre une gouvernance pertinente et efficace**

Dans le cadre du GHT, le travail en commun des EPS peut permettre de renforcer la capacité de résilience du territoire en cas de SSE. Pour autant, leur action paraît fragilisée par des facteurs structurels et conjoncturels.

### **A. Le GHT, par sa dynamique collaborative, sert la préparation et la coordination de la réponse aux SSE à l'échelle du territoire**

#### **1. La préparation de la réponse aux SSE est un axe de travail fédérateur qui répond au défi managérial des GHT : passer d'un effort d'intégration à une coopération effective**

Si la préparation à la gestion des SSE a été retenue aujourd'hui comme axe de travail d'une minorité de GHT, cette thématique se révèle pourtant être une excellente porte d'entrée pour créer une solidarité intra-GHT. Le mouvement d'intégration des GHT, pour qu'il se traduise en une coopération effective, doit reposer sur une solidarité et une confiance mutuelle. Préparer la gestion des SSE, c'est définir les intérêts communs, travailler la transversalité et les complémentarités mais aussi construire une communauté de culture et de pratiques. Cette thématique est donc un levier managérial de taille. D'autant que, selon plusieurs professionnels interrogés, il est aisé de fédérer autour de cette thématique et de mobiliser les acteurs.

#### **2. La structuration des filières de soins du GHT améliore l'organisation de la réponse aux SSE**

La filière « organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles » est identifiée comme faisant partie des thématiques constituant le PMSP (Décret n° 2016-524

du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire). Il semble nécessaire de mettre en œuvre certains prérequis pour définir une organisation territoriale cohérente des réponses dans ces situations exceptionnelles. La déclinaison des actions en cas de SSE convoque l'expertise de plusieurs disciplines. Sont concernées avant tout bien sûr, les urgences, mais également *a minima*, la chirurgie, l'anesthésie, la réanimation, en considérant les besoins de tous les patients (personnes âgées, enfants, femmes enceintes). Là où, avant les GHT, chaque établissement a pu mettre en place des organisations intégrant des coopérations plus ou moins abouties, la dynamique de groupe autour du PMSP invite les acteurs à davantage de concertation. La notion de gradation des soins dans chacune des filières induit une mise en perspective de l'organisation en cas de SSE, afin de mettre en adéquation les actions et les ressources disponibles.

La thématique SSE dans le PMSP peut ainsi être envisagée selon deux approches, avec, d'une part, l'organisation de la réponse au SSE en tant que telle, et, d'autre part, la déclinaison de la thématique dans chacune des filières. Quelle que soit la modalité choisie, la cohérence de l'ensemble doit être assurée par une vision globale et transversale du sujet. Considérant que les organisations fonctionnent mieux en situation exceptionnelle lorsqu'elles ont démontré leur efficacité en situation normale, le travail sur les filières pour la gestion du quotidien ne peut qu'améliorer la gestion d'une potentielle crise. C'est par ce travail de construction commune, permettant une meilleure connaissance des acteurs entre eux, une meilleure connaissance des ressources, et une plus grande compréhension des contraintes de chacun, que les professionnels pourront structurer ensemble leurs actions dans des filières cohérentes avec les besoins des patients.

### **3. La gestion des SSE dans le cadre du GHT s'inscrit dans une dynamique de renforcement de la qualité et de la sécurité des soins, via le projet qualité territorial**

La préparation et la gestion de la réponse aux SSE dans le cadre du GHT s'inscrit dans une dynamique plus large d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Il s'agit d'un point d'entrée particulièrement intéressant puisque les SSE sont une des thématiques qui se placent au centre de cette démarche.

#### *a. Le processus de certification dans le cadre des GHT vise à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les territoires de santé*

Depuis 1999, les établissements de santé sont soumis à une évaluation externe au travers de la démarche de certification (Ordonnances de réforme de l'hospitalisation, 1996). Les procédures de certification de ces structures ont connu une montée en charge

progressive, avec la création de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004, puis lors de la mise en place des itérations v2010 et v2014. La cinquième version sera mise en œuvre à partir de 2020, sous l'impulsion de l'HAS, qui considère que la version v2020 est « plus centrée sur la qualité des résultats pour les patients, plus proche des pratiques des professionnels de santé, plus simple dans sa mise en œuvre en tenant compte des recompositions hospitalières » (HAS, 2017).

L'article L. 6132-4 du CSP dispose que la certification des établissements de santé est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même GHT. Dans la mesure où le GHT n'est pas doté de la personnalité morale, la responsabilité de la certification repose sur les établissements de santé. Cette procédure sera mise en place en deux étapes (HAS, 2017). Entre 2016 et 2019, les établissements des GHT coordonnent leurs procédures, soit par une certification synchronisée, soit par une certification commune. Cette dernière est l'option la plus aboutie en termes d'intégration, puisque, sur la base du volontariat, les établissements d'un GHT vont mettre en place un compte qualité commun, avec une visite commune et la remise d'un rapport commun à tous les établissements du GHT de la part de l'autorité d'évaluation. En 2017, la HAS dénombre vingt-six conventions passées avec des GHT pour la mise en place d'une certification commune, représentant soixante-six établissements. A partir de 2020, il sera obligatoire pour les établissements parties à un GHT de disposer d'une démarche de certification commune. Actuellement les établissements publics de santé et les GHT travaillent de concert sur la construction d'un projet qualité territorial dans lequel les SSE occupent une place singulière.

*b. La réponse aux SSE s'intègre pleinement dans la démarche de renforcement de la qualité à l'échelle des GHT*

La préparation de la réponse aux SSE dans le cadre du GHT s'inscrit dans une dynamique plus large de qualité et de sécurité des soins, ce qui permet de concrétiser la mise en œuvre d'une approche systémique, visant le renforcement de la résilience du système de santé. Lorsque les établissements d'un GHT ont décidé de se porter volontaire pour l'expérimentation de la certification commune v2020, en lien avec l'HAS, le comité de pilotage chargé de la certification structure la démarche qualité en y incorporant la thématique de la préparation et de la gestion des SSE. Il s'agit généralement du comité de pilotage qualité et sécurité des soins, auquel participent les directeurs généraux, les présidents de CME, des représentants du comité stratégique, le collège médical, le comité des soins, les référents qualité des établissements parties et des représentants des usagers.

Dans la construction de cette démarche qualité, les SSE constituent un projet qui se structure. Ainsi, certains GHT incluent la thématique SSE dans leur évaluation en se basant sur des patients-traceurs territoriaux. Toutefois, l'existence d'un travail sur cette thématique dépend parfois d'autres sujets qui y sont connectés, comme par exemple la structuration d'une filière de soins d'urgences à l'échelle du territoire de santé. Au cours des entretiens il est apparu que, dans plusieurs GHT, la réponse aux SSE était pleinement intégrée dans la démarche qualité, en se basant sur une vision globale des parcours de soins à l'échelle du territoire. Néanmoins, selon les établissements et les GHT, le niveau d'intégration de la thématique SSE dans la démarche qualité peut être variable, avec une gradation allant d'une forte maturité à une faible appropriation. Enfin, plus largement, dans les cas où un groupe de travail SSE est identifié au sein d'un GHT, celui-ci participe activement à l'intégration de la thématique SSE dans la mise en œuvre de la démarche qualité au sein du territoire de santé.

#### **4. La mutualisation de certaines fonctions supports est un levier de simplification et d'efficience au profit de la gestion des SSE**

Les fonctions supports clés contribuent à la mise en œuvre du PMSP. Elles sont dévolues à l'établissement support, elles permettent le déploiement de moyens conformes au projet stratégique du GHT, aux attentes des acteurs et aux besoins de la population du territoire.

- Les achats

L'article L.6132-I 3 du CSP dispose que « l'établissement support désigné par la convention constitutive assure [...] pour le compte des établissements parties au groupement [...] la fonction achats ». Ainsi, l'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour l'ensemble des marchés et de leurs avenants. À ce titre, les acteurs interrogés identifient une plus-value importante à mettre en œuvre une mutualisation des achats. Cette démarche est source d'effets bénéfiques pour le territoire. Par exemple, les équipes, en cas de mobilités, sont habituées à utiliser du matériel identique.

S'agissant de la crainte d'une éventuelle préemption des moyens par l'établissement support en cas de SSE, il convient d'abord de noter qu'en cas de SSE importante, dans la plupart des cas, tous les établissements du territoire déclenchent leur plan blanc. Quoiqu'il en soit, les établissements ont besoin de ce matériel et peuvent rarement le partager. Prévoir des stocks mutualisés pourrait alors constituer une réponse. Celle-ci serait coûteuse mais

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018 - 15 -

porterait un intérêt certain pour les boîtes *damage control* et le matériel stérile, répartis en cohérence sur les GHT. Selon un expert interrogé, si un EPS augmente de 50% son activité brutalement, il doit prévoir des mesures pour reconstituer ses stocks (en kits de chirurgie par exemple), de manière immédiate. Les établissements ayant externalisé ces activités doivent alors être conscients des limites d'un tel système. Le fait d'être structuré en GHT et de mutualiser l'achat de matériel nécessite qu'une montée en puissance soit possible en cas de besoin. Dans ce contexte, il apparaît important d'institutionnaliser une logique d'entraide et de solidarité.

- La formation

Il s'agit d'une compétence obligatoire de l'établissement support pour le compte des établissements parties. Les formations inter-établissements concourent à harmoniser les pratiques professionnelles et à créer du lien entre les établissements. La mutualisation de formations en gestion de crise des personnels du GHT en lien avec les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) est fortement suggérée par tous les acteurs. La création d'un plan de formation unique pour le GHT facilite la réflexion d'harmonisation des formations à la gestion de crise à l'échelle du GHT. Certains GHT ont déjà engagé la constitution d'antennes CESU sur les établissements du GHT non sièges du CESU.

- Les systèmes d'information

Dans le cadre des entretiens menés, l'intérêt des acteurs interrogés pour la convergence des systèmes d'information est très marqué. En effet, un outil informatique commun permettra une même base de travail. Par exemple, la mise en place de cellules de crise dématérialisées sera facilitée. Mais converger vers les mêmes outils à l'échelle du GHT suppose un choix conjoint. Dans le cadre des SSE, il est primordial de disposer d'un logiciel interfacé et interactif comme par exemple le logiciel *Surycat*. Celui-ci, acquis ou en cours d'acquisition dans certains GHT étudiés, correspond à une plateforme d'alertes automatisée qui permet la transmission de message, la mobilisation de ressources professionnelles, l'automatisation des plans de coordination, etc. Ainsi, les SAU des établissements hospitaliers peuvent gagner en efficacité sanitaire tout en maîtrisant leurs investissements. Pour autant, dans la mesure où il existe un calendrier contraint, puisque l'opérationnalité de la convergence des SIH attendue le 01 Janvier 2021, le SIH ressort souvent comme une faiblesse dans les discours.

En définitive, le développement d'un SIH convergent suppose encore des investissements humains et financiers. L'interopérabilité représente l'enjeu prioritaire et un

SIH convergent pourrait faciliter la mise en place d'organisations communes pour répondre aux SSE.

## **5. La création d'équipes médicales de territoire et de pôles inter-établissements facilite la coordination**

La possibilité d'un afflux massif de victimes dans un établissement sanitaire peut poser des difficultés réelles en termes de ressources médicales pour certaines disciplines (pédiatrie, grands brûlés etc.). Des équipes médicales d'urgentistes territoriales ont été structurées au sein de certains territoires explorés dans notre étude. Sont alors concernés le recrutement, la gestion des plannings, les procédures et protocoles communs, les exercices multi-sites. De ces expériences, il ressort une homogénéisation du temps de travail, une réponse aux problèmes de pénurie médicale, une répartition des charges entre les sites, la prévention de l'épuisement professionnel, l'uniformisation des pratiques, protocoles et procédures. Cela permet également l'amélioration de la connaissance des sites par les professionnels, le renforcement des collaborations, l'identification des expertises disponibles en SSE, la mise en place d'annuaires communs, les partages d'expériences et finalement une coordination plus performante. Il n'empêche que les autres filières doivent être bien structurées pour mieux venir au service des SSE.

S'agissant des pôles inter-établissements, leur nombre semble pour l'instant insuffisant. Pour ceux existants, les bénéfices s'apparentent à ceux des équipes médicales de territoire.

Selon les territoires, des consultations avancées existaient avant les GHT des établissements supports vers les établissements périphériques mais il n'y avait pas de formalisation en pôles inter établissements. Aujourd'hui, ces pôles sont perçus comme des outils mal maîtrisés (juridiquement notamment).

En somme, le GHT s'avère pertinent pour que les équipes médicales renforcent leur collaboration par la création d'équipes territoriales. Cette collaboration repose sur le juste dimensionnement des plateaux techniques, de nouvelles organisations médicales et une approche moderne de la gestion des ressources humaines médicales. Le PMP devient réellement une opportunité pour construire et promouvoir cette politique au sein des établissements publics de santé. Néanmoins, il semble regrettable, pour le moment, de ne pas pouvoir élargir ce dispositif aux personnels paramédicaux.

## **B. Plusieurs freins identifiés peuvent nuire à l'efficacité du GHT dans l'anticipation d'une SSE**

### **1. Le cadre juridique limite l'intervention du GHT dans la réponse aux SSE**

L'absence de personnalité morale pour le GHT, selon les termes de l'article L.6132-1 du CSP, ne contribue pas à asseoir un *leadership* dans la coopération sur le territoire en termes de gestion de SSE. La chaîne hiérarchique n'est pas affirmée hormis concernant les fonctions mutualisées qui dépendent du directeur de l'établissement support (article L.6132-3 du CSP). Mais ces fonctions mutualisées ne sont pas en lien direct avec les SSE. La délégation de responsabilité à l'établissement support pour la gestion des SSE n'a pas été adoptée. Les directeurs des établissements parties restent responsables de l'effectivité du triangle de sécurité dans leurs établissements et les tutelles dialoguent de ce fait avec chaque direction d'établissement. De plus, hormis pour les équipes médicales territoriales, les personnels restent rattachés à un établissement du GHT. Pour permettre un exercice multi-sites, il est nécessaire d'anticiper la mise à disposition de personnels par des conventions de partenariat ou la création de fédérations médicales.

### **2. L'efficacité du GHT dans la préparation et la gestion des SSE se heurte à des contraintes culturelles**

La collaboration active des établissements est identifiée comme un des éléments nécessaires de la préparation et de la gestion d'une SSE à l'échelle d'un GHT. Cependant, l'existence d'une telle dynamique ne se décrète pas. Si les lois de santé successives invitent les professionnels et les établissements à toujours plus de coopération, l'histoire des équipes et des hôpitaux est parfois marquée par des incompréhensions, des difficultés liées à une vision différente de la collaboration voire de la prise en charge des patients. Ces difficultés peuvent être constatées au sein des équipes médicales (et parfois au sein d'un même établissement) et/ou des équipes administratives. Cela peut représenter un frein dans la préparation des SSE à l'échelle des GHT, frein qui peut être majoré par la crainte des établissements parties de l'hégémonie de l'établissement support.

De plus, la prise en compte des SSE dans les établissements est hétérogène. Les professionnels experts de la question évoquent souvent la nécessité du partage d'une « culture de la réponse aux SSE ». Celle-ci est plus ou moins développée, selon l'exposition aux risques sans aucun doute, mais également selon les compétences disponibles en la matière dans les établissements. Pour cela, traiter les réponses aux SSE à l'échelle du GHT peut représenter une opportunité au travers de la mise à disposition et du partage de

l'expertise des professionnels pour initier, développer la culture du risque SSE dans tous les établissements.

### **3. La mise en œuvre d'une réponse commune aux SSE est limitée par des contraintes techniques**

Le GHT, par son action d'intégration et de mutualisation, nécessite de la coordination aux interfaces des différentes activités et des outils, à la fois de communication et d'information, mais également de pilotage d'activités intégrées. Si un véritable effort dans la convergence des systèmes d'information est programmé d'ici 2020, les GHT cherchent à mettre en place en parallèle des outils de dialogue et de partage connectés qui facilitent la coopération. Dans le cadre de la préparation commune à la gestion des SSE, certains GHT ont envisagé de créer une cellule de crise dématérialisée à l'échelon GHT mais se sont confrontés à des difficultés techniques qui ont ralenti la dynamique impulsée. Les établissements ne possèdent pas toujours les mêmes systèmes d'autocommutateur téléphonique et les connexions simultanées entre plusieurs établissements sont rendues difficiles. Ces difficultés techniques sont à anticiper avant le lancement de tout projet.

En outre, les outils communs de pilotage des ressources sont encore balbutiants au sein des GHT. Certains d'entre eux ont mis en place des tableaux partagés de disponibilité des lits mais le renseignement de ceux-ci reste artisanal. Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), référentiel de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales prévu dans chaque région pourrait représenter un outil de régulation intra-GHT notamment dans le cadre d'une SSE. Toutefois, il apparaît dans les entretiens réalisés que cet outil est sous utilisé et inadapté à l'utilisation des professionnels de santé. En effet, le ROR présente uniquement une vision à t0 des ressources (lits, personnels etc.) alors que les établissements sont attachés en interne à disposer également d'une vision prospective. Par ailleurs, l'outil étant déclaratif, il ne permet ni une fiabilité des données ni une vision de la disponibilité des capacités en temps réel. En outre, il existe des disparités sémantiques quant à une définition commune des lits occupés, réservés et vides.

De ce fait, le ROR donne une photographie à la pertinence modérée. Cet outil devrait être intégré au nouveau logiciel mis en place par l'Agence Française de la Santé Numérique (ASIP Santé) pour le SAMU (programme SI-SAMU). Ces données vont être implémentées à l'onglet « gestion de crise ». Dès lors, les attentes reposent sur l'acquisition d'un logiciel commun de gestion de crise permettant le partage d'informations en temps réel des possibilités d'accueil des patients et un interfaçage avec les outils de gestion courante pour une mise à jour automatique.

#### **4. La contrainte financière pourrait freiner la mise en place d'un dispositif SSE à l'échelle du GHT**

La nécessité de développer la sécurité de l'établissement conduit à prévoir de nouvelles dépenses de fonctionnement et d'investissement. Le discours dominant jusqu'à maintenant était d'avoir un hôpital le plus ouvert possible sur la cité. Aujourd'hui, la nécessité de contrôler les accès à l'institution sanitaire, tout en continuant à jouer son rôle d'accueil et de prise en charge des patients de manière efficace, devient un enjeu majeur. Mais ce changement de paradigme se fait à moyen nécessairement constant. Les appels à projet ne finançant que certains investissements, ils ne répondent donc pas à la totalité des besoins. De plus, il apparaît que l'organisation hospitalière travaille de plus en plus à flux tendu. Cette forme d'organisation limite les stocks. En cas de SSE, le matériel manquant peut être commandé (et livré) en urgence. Ce service a un coût qui peut se révéler extrêmement élevé pour l'institution alors que la dette des seuls EPS représente près de 30 milliards d'euros en 2016 (Cour des Comptes, 2018).

#### **5. L'intégration de la thématique SSE au sein du GHT peut être limitée par des contraintes géographiques**

Le découpage des GHT peut présenter des désavantages en matière de réponse à une SSE. Si une grande partie des GHT est basée sur les départements, certains sont infra ou interdépartementaux. Se pose ainsi la question de la concordance des relations à développer avec les partenaires de gestion d'une SSE tels que le SAMU ou la préfecture, qui ont quant à eux un champ de compétences départemental. De plus, la taille du GHT peut être un obstacle à la constitution d'équipes médicales inter-territoire selon la mobilité des personnels. Pour rappel, la distance médiane entre les établissements parties d'un GHT et l'établissement support est de trente-trois kilomètres, soit quarante-deux minutes de transport (DGOS, 2016).

### **C. L'appréhension de la question des SSE sous l'angle GHT présente des limites**

#### **1. La nécessaire collaboration en cas de SSE avec les établissements privés et les ESSMS non associés ou parties au GHT ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux**

Le renforcement de la capacité de résilience d'un territoire lors d'une SSE nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs qu'ils soient du secteur sanitaire ou médico-social, que leur statut soit public ou privé, et sous toutes leurs formes (hospitalisation ou

ambulatoire). L'intérêt est d'être en mesure de déployer de manière efficace une pluralité de prises en charge par différents intervenants sanitaires ou médico-sociaux, en ville ou en établissement en fonction de la gravité de l'état de santé des patients. Cette logique d'urgence collective cherche à offrir une chance de survie au plus grand nombre. La coopération et la coordination entre ces multiples acteurs est un axe d'amélioration essentiel pour un système de santé rendu peu flexible par le cloisonnement de ces différents secteurs.

Toutefois, la structuration des activités des établissements membres d'un GHT en filières de soins semble apporter une réponse limitée à cet objectif de coopération et de coordination plus global. En effet, la filière de soins est restreinte à des acteurs provenant essentiellement du secteur sanitaire et public. La loi du 26 janvier 2016 a instauré un engagement de nature moins intégrative pour les établissements de santé privés, les HAD privés, ou encore les établissements médico-sociaux. De plus, les professionnels de santé libéraux ne sont pas pris en compte dans le cadre du GHT.

Par ailleurs, ce niveau de coopération et de coordination requiert que l'ensemble des acteurs adopte une nouvelle perception de leur positionnement en cas de SSE. La logique d'urgence collective implique que chaque acteur peut être confronté aux effets directs ou indirects d'un événement majeur. Par exemple, lors d'un entretien, un médecin du SAMU a expliqué que des établissements de santé privés avaient été sollicités, en appui au CHU, pour la gestion de personnes intoxiquées par un incendie dans une école. Ainsi, en fonction de l'offre de soins sur les territoires, les établissements privés sont un interlocuteur incontournable tant en raison de leur compétence que de leur capacitaire. En somme, le GHT pâtit de l'absence de représentation du secteur privé en son sein pour répondre efficacement à une SSE même si des partenariats sont possibles.

## **2. Le GHT ne doit pas se substituer à la coordination établie par les tutelles et à la régulation pré-hospitalière en situation de SSE mais plutôt agir en amont sur la préparation des SSE.**

Plusieurs acteurs jouent des rôles clefs dans la gestion des SSE. D'une part, les préfetures et les ARS sont en charge de la gestion opérationnelle. Leur périmètre d'action au niveau régional ou zonal est considéré comme l'échelle la plus adaptée pour piloter et coordonner les différentes ressources du territoire afin d'assurer la continuité des activités sanitaires face un événement de grande ampleur. D'autre part, l'organisation pré-hospitalière, qui s'articule autour du SAMU, constitue une solide structuration territoriale au niveau départemental ou zonal pour faire face aux SSE. L'exercice de sa mission de régulation l'amène à centraliser les informations sanitaires immédiates liées à l'évènement, EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

informer les établissements adaptés (ou leur cellule de crise en cas de plan blanc) pour l'accueil des victimes, envoyer sur le terrain des équipes médicales et matériels sanitaires, recenser les personnels et moyens sanitaires, les vecteurs de transports ainsi que les lits disponibles, et enfin déclencher la cellule d'urgence médico-psychologique (Nahon M., 2015). Ainsi, ces organisations établies démontrent que l'intervention des GHT dans la gestion d'une SSE en tant qu'échelon décisionnel supplémentaire serait difficile à intégrer sans qu'ils n'interfèrent ou se substituent aux missions des tutelles et du SAMU du fait de leur dimensionnement départemental voire interdépartemental. Toutefois le GHT, sans devenir une simple strate hiérarchique qui complexifierait la gestion des SSE, pourrait être à l'interface de ces structures (SAMU, ARS, préfecture) et participer à la coordination à son niveau en améliorant la coopération des établissements membres du GHT.

La contribution du GHT prend tout son sens dans la phase d'anticipation et de préparation des SSE par l'introduction d'une logique de préparation collective. Cette dernière se matérialise par l'homogénéisation des pratiques relatives aux SSE, la bonne connaissance des différentes ressources du territoire, mais également par l'émergence d'une culture commune de la gestion du risque. Ainsi, ces travaux communs d'anticipation au niveau du GHT pourront servir d'appui aux différents acteurs territoriaux pour la gestion d'une SSE en permettant un pilotage plus simple et efficace.

### **III. Le recueil d'initiatives et de bonnes pratiques auprès des GHT permet d'émettre des préconisations opérationnelles pour instaurer une meilleure coordination de la réponse aux SSE dans le cadre des GHT**

Le GHT a aujourd'hui davantage un rôle à jouer lors de la phase de préparation et d'évaluation de la réponse des SSE que lors de la gestion même de la SSE. Mais sous réserve d'une structuration mature du GHT, une coordination des plans blancs et une répartition efficiente des ressources et des flux pourraient être possibles en cas de SSE.

*NB : L'ensemble des initiatives recensées au cours des entretiens a permis la formulation d'un certain nombre de préconisations disponibles dans le tableau opérationnel des préconisations en annexe.*

#### **A. Préparer et anticiper la réponse aux SSE à l'échelle du territoire**

Le GHT est une plateforme permettant aux établissements de mettre en place une dynamique de travail autour de l'anticipation et de la préparation à la gestion des SSE. Par la mise en place d'une stratégie commune, le GHT est un vecteur de structuration d'une meilleure préparation de la réponse des établissements du GHT aux SSE. Ainsi, le GHT s'attachera en premier lieu à obtenir une vision claire des forces et des faiblesses des acteurs du GHT sur la thématique de la prise en charge des SSE. D'une part, il s'agit d'identifier les personnes clefs à mobiliser dans la mise en place d'une réponse adéquate aux SSE, dans l'ensemble des corps présents à l'hôpital. D'autre part, le GHT, du fait de ses caractéristiques, est un instrument de mutualisation des moyens matériels et logistiques, qui pourront être utilisés, par l'ensemble des établissements, en cas de crise sanitaire.

Toutefois, la mise en place d'une telle stratégie nécessite la construction d'une dynamique fédératrice, au travers de dispositifs managériaux dédiés à cette thématique. Dès lors, la création d'un groupe de travail SSE au sein du GHT, ainsi que la nomination d'un référent SSE, semblent indispensables pour fédérer l'ensemble des établissements et des acteurs, dans un travail commun de mise en place d'une réponse à ces événements. De fait, face à la multiplication des risques sur le territoire, le partage d'une culture commune et l'harmonisation des doctrines médicales, soignantes et administratives semblent être un

préalable au renforcement des capacités du GHT. L'anticipation de la gestion de ces crises nécessite de définir des moyens permettant de partager l'information de manière fluide et pragmatique entre les acteurs, notamment sur le temps de travail médical ou encore sur la gestion des lits à l'échelle du GHT. Cette mutualisation implique aussi de faire converger les pratiques, en particulier dans l'articulation entre les dispositifs de sécurité globale au sein des établissements, ou par la mise en place de protocoles d'actions partagés. Enfin, le GHT occupe une place particulière dans la mobilisation des établissements sur des sujets comme les achats ou encore la mise en œuvre d'une politique de formation. Par exemple, des formations communes aux soins d'urgences et de réanimation, sur des logiciels de simulation (type *serious games*), pourraient être organisées dans le GHT. Ces compétences et attributions peuvent être mobilisées sur les territoires comme des leviers d'action pour renforcer la capacité d'anticipation et de préparation de la réponse aux SSE.

## **B. Mobiliser la solidarité territoriale lors de la gestion d'une SSE**

Lors du déclenchement d'une SSE au sein d'un ou plusieurs établissements du GHT, il paraît envisageable de modéliser des dispositifs de coopération et d'entraide inter-établissements durant la SSE, tout en veillant à ne pas se substituer à l'ARS et au préfet de département dans leur rôle de pilotage territorial.

Il s'agit alors, au travers des mutualisations et convergences en cours, d'anticiper et d'organiser une solidarité territoriale, souvent spontanée, afin d'envisager l'intervention coordonnée des membres d'un GHT pour résorber les déséquilibres ponctuels dans la prise en charge de patients ou de victimes. A ce titre, l'organisation d'une cellule de crise commune, l'élaboration de protocoles de transferts des patients ou de préemption de matériel, ou encore la mobilisation des équipes médicales territoriales, sont des pistes à envisager.

Au-delà de la formalisation précise de ces préconisations, c'est davantage l'importance du partage des informations qui transparaît. Outre les partenaires traditionnels de la gestion de crise (SAMU, Préfecture, ...), les membres du GHT ont un rôle à jouer par la mobilisation des instruments en cours de déploiement : le travail en filière encourage l'émergence d'une communauté à visée territoriale ; la convergence des systèmes d'information et des achats permet d'envisager l'interopérabilité des outils et favorise l'élaboration de protocoles communs et l'organisation d'un circuit de résorption des tensions.

### **C. Evaluer et capitaliser les expériences en phase post-SSE**

La gestion des SSE donne lieu à la mise en œuvre de mesures dans des délais courts où le temps de l'analyse des situations est restreint par la nécessité d'une intervention rapide. L'évaluation *a posteriori* des méthodes de gestion de crise au niveau établissement ou au niveau GHT est donc indispensable et peut se réaliser au travers d'audits croisés ou évaluations réciproques de façon à créer davantage de liens entre les établissements. Ces évaluations réciproques sont applicables aussi bien en phase post-SSE que dans le cadre d'un exercice sanitaire.

Dans l'objectif de capitaliser une expérience et de la mettre à disposition de tous les établissements du GHT, l'organisation de retours d'expérience (Retex) communs est également recommandée afin de :

- Partager une vision globale de l'événement et renforcer les liens entre les partenaires
- Repérer les points positifs et les capitaliser
- Identifier les points négatifs et proposer les axes d'amélioration
- Reconnaître le travail de chacun et faciliter la résilience
- Valoriser l'expérience acquise pour la gestion des événements futurs
- Démultiplier les enseignements tirés et sensibiliser les acteurs potentiels

## Conclusion

La création des GHT constitue une étape majeure de la réorganisation de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Depuis 2016, les actions mises en œuvre facilitent les convergences entre établissements à l'échelle territoriale. Dans de nombreux cas, les ambitions et les projets communs se concrétisent. Toutefois, si l'apparition de ce nouvel acteur induit une dynamique positive au cœur du système de santé, ses missions soulèvent de nombreuses interrogations. La réponse aux SSE apparaît ainsi comme un champ d'action pertinent, tant ses implications locales, ses enjeux de coordination et son caractère fédérateur sont en adéquation avec les préoccupations des GHT.

De cette mise en perspective naît pourtant un contraste entre, d'un côté, une organisation stabilisée et structurée de la réponse aux événements sanitaires, dans laquelle tous les rôles et les procédures sont rigoureusement fixés et, de l'autre, un GHT dont l'organisation est en cours de stabilisation. Cette structuration hospitalière récente dont la gestion des SSE ne constitue pas la vocation première, n'a pas pour finalité d'instituer une nouvelle strate dans un dispositif éprouvé, encore moins de s'y substituer. Les risques de complexification et de dégradation de la qualité de la prise en charge seraient potentiellement trop importants.

Les GHT peuvent toutefois devenir des plateformes de coordination des établissements, afin de renforcer la réponse aux SSE, en particulier dans les phases d'anticipation et de préparation. Ces nouvelles coopérations sont des moteurs pour le partage d'expériences et de nouvelles pratiques qui sont autant d'atouts en phase de préparation des réponses aux SSE mais aussi en période de retours d'expérience. Si l'action des GHT doit donc se concentrer sur l'amont, leur intervention peut cependant avoir une certaine pertinence dans la phase de gestion et d'évaluation, à condition de retenir une approche réaliste et pragmatique.

---

# Bibliographie

---

## REFERENCES JURIDIQUES

- Lois et ordonnances

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée* [en ligne, visité le 20.05.2018] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique* [en ligne]. Bulletin officiel, n°185, du 11 août 2004, 14277. [visité le 05.05.2018], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* [en ligne]. Bulletin officiel, n°22, du 27 janvier 2016, texte n°1. [visité le 10.05.2018], disponible sur Internet : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=AD082B7B35B78F876E63C9C275D1BE0B.tplgfr36s\\_2?cidTexte=JORFTEXT0000031912641&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=AD082B7B35B78F876E63C9C275D1BE0B.tplgfr36s_2?cidTexte=JORFTEXT0000031912641&categorieLien=id)

- Textes règlementaires

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles*. JO n° 0007, 9 janvier 2013. p. 716-722

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*. JO n°0235, 8 octobre 2019, 6 p.

- Instructions ministérielles

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Instruction DGS/DUS/CORRUSS n°2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles* [en ligne]. Bulletin officiel Santé, n°2013/8, du 15 septembre 2013. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste\\_20130008\\_0000\\_0176.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste_20130008_0000_0176.pdf).

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Instruction n°DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé*

à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2014/6 du 15 juillet 2014.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. *Instruction interministérielle du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites.*

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES. *Instruction n°SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé* [en ligne]. Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité, n° 2016/12, 15 janvier 2017, [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste\\_20160012\\_0000\\_0061.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Instruction n° SG/HFDS/2016/137 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé* [en ligne]. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-12/ste\\_20170012\\_0000\\_0093.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-12/ste_20170012_0000_0093.pdf).

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, SECRÉTARIAT D'ÉTAT DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Instruction n°SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* [en ligne]. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Instruction n° DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire* [en ligne]. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-12/ste\\_20170012\\_0000\\_0093.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-12/ste_20170012_0000_0093.pdf).  
: [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/07/cir\\_42445.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/07/cir_42445.pdf).

## **RAPPORTS ET ÉTUDES**

COUR DES COMPTES, *Rapport annuel 2018*, p 288, Tome II. [en ligne]. [visité le 11.05.2018], disponible sur internet : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/10-dette-hopitaux-Tome-2.pdf>

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2016, *GHT Comité de suivi numéro 6*, 37p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2017, *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieux de santé*, 108 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, *Observatoire national des violences en milieu de santé, Rapport 2017 – Données 2015 et 2016*, 62 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/onvs>.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2014, *Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles*, note technique de cadrage, 30 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2014, *Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelles*, 77 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, 2017, *Note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles*, 30 p.

SAMU - Urgences de France, 2015, *Livre blanc Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir*, 48 p.

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA DÉFENSE ET DE LA SECURITÉ NATIONALE, 2017, *Étude prospective à l'horizon 2030 : impacts des transformations et ruptures technologiques sur notre environnement stratégique et de sécurité*, 204 p.

## **ARTICLES ET ACTES DE CONGRÈS**

CARLI P., TELION C., sd, « *Catastrophe et Plan Blanc : comment se réorganiser en urgence ?* » Le Congrès des Médecins. Conférence d'Actualisation SFAR, 16 p.

LELIEVRE A., DE BALBIN H., DJOUADIL., 2017, « *La sécurisation des EHPAD – Gage d'insécurité pour le Directeur ?* », *Revue hospitalière de France*, n° 579, 2017/12, pages 56-58.

PHILIPPE J.-M., 2017, « *Situations sanitaires exceptionnelles – Préparation du système de santé, formation des professionnels de santé* ». Issoire : Collège auvergnat de médecine d'urgence.

## **GUIDES MÉTHODOLOGIQUES ET AUTRES DOCUMENTS**

ARS Ile de France, 2017, *ORSAN – Volet AMAVI*, 173 p.

ARS Ile de France, 2017, *ORSAN – Volet NRC – Partie 3* (diffusion restreinte), 132 p.

BARBARIN-COSTES P., *L'hôpital face à une situation sanitaire exceptionnelle à caractère biologique*, mémoire de Master Prévention des risques et nuisances

technologiques, Université Aix-Marseille, 57 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2017], disponible sur Internet : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01613527/document>.

CHU Rennes., 2017, *Risques SSE en zone ouest : la réponse du système de santé*, diaporama, 14 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Une certification des établissements de santé rénovée en 2020*, Communiqué de presse, 7 septembre 2017

HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT*, 2016, 4p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, 2006, *Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé*, 184 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2009, *Guide Méthodologique d'élaboration d'un PCA en cas de pandémie grippale*, 19 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2009, *PLAN – CADRE pour l'élaboration des Plans de Continuité d'Activité (PCA) du ministère chargé de la Santé et des Sports en cas de pandémie grippale*, 21 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, 2017, *GHT – Mode d'emploi – Vade Mecum. Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, 76 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2017], disponible sur Internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght\\_vademecum.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum.pdf).

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, 2017, *Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE)*, 56 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2017], disponible sur Internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_d\\_aide\\_a\\_l\\_elaboration\\_du\\_pse\\_-\\_version\\_avril\\_2017.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_d_aide_a_l_elaboration_du_pse_-_version_avril_2017.pdf).

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2017, *Outil d'auto-évaluation de sûreté - A l'intention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux. Modèle de fiche de sécurité*, 19 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2017], disponible sur Internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/defense-et-securite-hfds/les-guides-du-hfds/article/guide-outil-d-auto-evaluation-de-surete-modele-de-fiche-de-securite>.

NAHON M., 2015, *Dispositifs départementaux, zonaux et national face aux Catastrophes et Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)*, diaporama, 99 p.

SECRETARIAT GÉNÉRAL DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ NATIONALE, 2013, *Guide pour réaliser un plan de continuité d'activité*, 80 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : <http://www.sgdsn.gouv.fr/uploads/2016/10/guide-pca-sgdsn-110613-normal.pdf>.

SECRETARIAT GÉNÉRAL DE LA DÉFENSE ET DE LA SECURITÉ NATIONALE, 2017, *Faire face ensemble – Vigilance, prévention et protection face à la menace terroriste*, 76 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : <http://www.sgdsn.gouv.fr/vigipirate/plan-vigipirate/>.

STORY T., 2017, *Les cadres de santé exposés à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle : l'enjeu de la compétence*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé, CHU Montpellier, 135 p. [en ligne]. [visité le 01.05.2018], disponible sur Internet : <https://www.cadredesante.com/pdf/memoire-jp-gonzalez.pdf>.

VAN DER LINDE C., 2018, *Principes, outils et méthodes pour contribuer à la maîtrise d'une situation sanitaire exceptionnelle et de crise*, Formation/sensibilisation DESSMS, Rennes : EHESP, 264 p.

### **MODULES INTERPROFESSIONNELS DE SANTÉ PUBLIQUE**

BATY B., *et al.*, 2016, *L'organisation hospitalière dédiée aux crises sanitaires (plan blanc) est-elle toujours d'actualité face aux nouvelles menaces ?* animateur : VAN DER LINDE C., Rennes : EHESP, 57 p.

BELAADI J., *et al.*, 2017, *Concevoir et conduire un exercice sanitaire en établissement de santé et établissement de santé médico-social*, animateur : VAN DER LINDE C., Rennes : EHESP, 57 p.

BOREDENAVE A., *et al.*, 2013, *Les enjeux de la décontamination hospitalière NRBC*, animateur : BAILLY C., Rennes : EHESP, 5



---

## Liste des Annexes

---

<b>Annexe 1 Tableau opérationnel de préconisation .....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 2 Grille d'entretiens .....</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe 3 Cadre conceptuel d'une SSE et/ou crise .....</b>	<b>XI</b>
<b>Annexe 4 Tableau de positionnement des établissements de santé en SSE/crise ... ..</b>	<b>XII</b>
<b>Annexe 5 Cartographie des 135 GHT .....</b>	<b>XIII</b>

## Tableau opérationnel de préconisations

<b>PREPARER ET ANTICIPER LA REPONSE AUX SSE A L'ECHELLE DU TERRITOIRE</b>			
<b>Réaliser un diagnostic des ressources</b>			
<i>Actions</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Modalités</i>	<i>Points de vigilance</i>
<b>Identifier les forces et faiblesses de chaque établissement du GHT en matière d'organisation et de gestion de crises</b>	Identifier le ou les établissement(s) les plus structurés en matière de management de crise ; Identifier les établissements en difficulté ou en défaillance	Réaliser l'évaluation en interne par des auditeurs compétents, nommés par le comité stratégique du GHT, ou faire appel à un cabinet extérieur ; Organiser une restitution générale qui annonce la constitution d'un management de la préparation et de la gestion des SSE à l'échelon GHT (réfèrent, groupe de travail)	Interroger les résultats des exercices sanitaires précédents ; Communiquer et partager les constats Associer l'ensemble des métiers concernés par la réponse aux SSE (médecins, administrations, soignants, services techniques)
<b>Répertorier les ressources matérielles et humaines et les compétences mobilisables au sein du GHT</b>	Assurer pour tous les acteurs du GHT une juste vision des moyens disponibles dans le GHT en terme de lits, d'équipements médicaux lourds et de spécialités médicales et chirurgicales	Réaliser ce travail en lien avec les cellules contrôle de gestion et communication de chaque établissement ; Créer et partager un document illustrant de façon synthétique l'état des lieux des moyens existants sur le GHT (à visée de communication interne puis à adapter éventuellement pour un contexte externe)	Mettre en adéquation le résultat de ce travail avec les remontées réalisées pour l'ARS dans le cadre d'ORSAN et au travers du ROR
<b>Repérer les personnes expertes en matière de gestion de crise au sein du GHT</b>	Répertorier les ressources intellectuelles à la disposition du GHT en matière de gestion de SSE. Amorcer la réflexion sur la constitution d'un groupe de travail SSE au sein du GHT	Contacteur dans chaque établissement le secrétariat général, la direction qualité et gestion des risques, le chef du service d'accueil des urgences et le responsable du SAMU	S'assurer de la qualification et de l'actualisation des connaissances des dits référents (cf. Définir une politique de formation commune à la gestion de crise)
<b>Créer un management de la gestion de crise à l'échelle GHT</b>			
<b>Créer un groupe de travail SSE au niveau GHT</b>	Mettre en place une plateforme permettant aux établissements parties de travailler collectivement sur la thématique de la réponse aux SSE à l'échelle du GHT	Rassembler des représentants de chacun des établissements, disposant de compétences et d'attributions dans le domaine SSE. Le groupe se réunit régulièrement (une fois par trimestre) afin de pouvoir créer une dynamique de réflexion et d'action. Ce groupe peut être co-animé par un duo directeur - médecin. Harmoniser les doctrines médicales et administratives sur la thématique SSE	Créer ce groupe est un préalable indispensable à la structuration d'une stratégie territoriale autour des SSE Assurer la diversité des corps de métiers présents dans ce groupe est nécessaire (corps administratif et soignant) Utiliser ce groupe de travail pour mener une réflexion sur la maturité du GHT sur la thématique SSE (PMP etc.)
<b>Nommer un référent SSE au niveau GHT</b>	Porter la dynamique GHT de réponse aux SSE Assurer l'animation du réseau des référents SSE de chaque établissement du GHT	Le référent SSE nommé à l'échelle GHT est identifié comme responsable de la préparation de la réponse commune aux SSE au niveau GHT, avec un rôle particulier dans l'animation du groupe de travail SSE	Il porte les réflexions et les travaux du groupe de travail dans les instances du GHT et dans les établissements. Le référent SSE participe aux travaux mis en place avec l'ARS et les tutelles.

<b>Partager l'information</b>			
<b>Établir un annuaire partagé et actualisé des gardes et astreintes</b>	Permettre en situation normale et en SSE un accès très rapide aux collaborateurs du GHT et donc une collaboration facilitée	Prendre l'attache du secrétariat général et/ou de la cellule communication de chaque établissement	Nommer un référent en charge d'actualiser régulièrement le document Communiquer le nom de ce référent à l'ensemble des services
<b>Créer un outil de partage en temps réel des lits disponibles au niveau GHT</b>	Assurer une visibilité des lits disponibles au sein du GHT de façon à faciliter les transferts de patients et optimiser les parcours	Intégrer ce projet dans le schéma directeur des systèmes d'information du GHT Mobiliser un groupe de travail restreint composé d'ingénieurs SI, de cadres de santé, gestionnaires de lits, assistants médicaux-administratifs	Opter pour une solution automatisée qui évite l'intervention humaine et qui questionne directement le logiciel de gestion administrative du patient  Projet qui nécessite au préalable une maturité de tous les établissements du GHT en termes de <i>bed management</i>
<b>Organiser une veille juridique GHT relative à l'organisation de la réponse SSE</b>	Disposer des informations pertinentes concernant l'organisation de la réponse aux SSE	Le référent SSE GHT assure cette fonction : - envoi d'informations et d'explications sur les textes applicables et les changements législatifs éventuels, - partage sur ces points au cours de réunions du réseau SSE du GHT	Le secrétariat général de chaque établissement est destinataire de ces envois.
<b>Harmoniser les pratiques</b>			
<b>Harmoniser sur la forme les plans blancs de chaque établissement du GHT et les partager</b>	Disposer de procédures et fiches réflexes communes et donc lisibles par tous en cas de déclenchement d'un plan blanc	Mener un travail de coordination sur la forme des plans blancs. Cette harmonisation peut aboutir à la rédaction d'une "fiche GHT" qui sera ajoutée au plan blanc des établissements. Mener une réflexion sur la mise en place d'un plan "GHT en tension", qui s'articule avec "Hôpital en tension" et les dispositifs de réponse aux SSE	Il ne s'agit pas de rédiger un plan blanc à l'échelle du GHT, mais d'harmoniser les plans blancs existants et d'intégrer la logique GHT aux mécanismes de réponse aux SSE dans les établissements.
<b>S'accorder sur une méthodologie commune de détermination des limites capacitaires en SSE</b>	Identifier les capacités du GHT à t0 en cas de SSE, en lien avec les schémas existants et les tutelles	Harmoniser la méthode mise en œuvre par chaque établissement lorsque l'ARS, dans le cadre d'ORSAN, recueille les capacités des établissements du territoire à t0	Assurer un lien entre le GHT et les tutelles, ainsi qu'entre les établissements au sein du territoire.
<b>Mettre en commun des procédures et protocoles de prise en charge</b>	Définir des dispositifs de coordination et de coopération entre les différents acteurs afin d'anticiper les prises en charge en cas de SSE.	Réunir les acteurs concernés par la préparation d'une SSE (médecins, SAMU, blocs opératoires, logistique etc.) afin de définir des protocoles et des dispositifs de prise en charge sur des spécialités "critiques" (chirurgie par exemple).	Coordonner l'ensemble des acteurs (médecins, soignants, administration) pour intégrer leurs capacités et leurs contraintes dans les protocoles.
<b>Définir une politique de formation commune à la gestion de crise</b>			
<b>Créer une équipe territoriale de formateurs</b>	Assurer un même degré de formation des équipes dans tous les établissements ; Favoriser l'accès aux ressources pédagogiques ; Apporter une plus grande souplesse dans l'organisation des sessions au niveau du territoire	Définir les besoins en formation dans l'ensemble des établissements du GHT ; Créer des antennes du CESU dans les autres établissements du GHT ; En cas de carence de formateurs, envisager la formation de volontaires ;	Inclure le module de formation dans le plan de formation du GHT Travailler sur les thématiques permettant de renforcer l'efficacité des dispositifs d'urgence, comme la visio-régulation, en lien avec le SAMU
<b>Organiser des formations</b>	Développer une culture commune de la	Mettre en place des formations communes pour les	Axer la formation sur la prise en charge du

<b>communes à l'échelle du GHT</b>	préparation et de la gestion des SSE	médecins, les soignants et les administrations, sous la houlette du groupe de travail SSE au sein du GHT Organiser des "journées SSE" permettant aux personnels des établissements parti de travailler ensemble, concrètement, sur cette thématique	<i>damage control</i>
<b>Préparer la continuité d'activité de la chaîne de décontamination hospitalière par rotation des personnels formés, au sein du GHT</b>	Le volet ORSAN-NRBC rend obligatoire pour les établissements d'armer une unité de décontamination hospitalière. Constituer un pôle de décontamineurs au niveau du GHT permet de pallier les éventuelles carences d'un établissement à un instant T.	Recenser les personnels volontaires S'appuyer sur l'EPRUS et les ESR en matière de dotation des Équipements de Protection Individuelle (EPI) et d'expertise. Solliciter le CESU afin de valider la formation AFGSU spé. – niveau 3.	S'appuyer sur le réseau des cadres de santé pour identifier les agents susceptibles d'intervenir en contexte NRBC.
<b>Mettre en place des exercices sanitaires communs</b>	Evaluer la réaction des acteurs de chaque établissement ; Fiabiliser les procédures de coordination des interventions à l'échelon du GHT (transferts de patients, modalités de réquisition de matériels, fonctionnement de la cellule de crise commune) ; Solidifier la communauté des acteurs de la SSE au niveau GHT ; Réaliser par la mutualisation des gains financiers	Définir les objectifs des exercices (généraux, séquentiels) ; Programmer la méthodologie des exercices : organisateurs et animateurs ; organigramme ; choix des observateurs et élaboration des grilles d'évaluation ; partenaires (SAMU, ARS, préfecture ...). Organiser un retour d'expérience (Retex) commun.	Veiller à l'adhésion des personnels à l'exercice ; Veiller à la qualité de scénarii : fixer des objectifs réalistes, éviter la répétitivité ... ; Tester en particulier les interfaces entre les établissements parties et l'établissement support.
<b>Mutualiser l'achat d'outils de gestion de crise</b>			
<b>Se munir d'un logiciel commun de gestion de crise</b>	Disposer d'un outil de coordination pour renforcer la fluidité des échanges et des communications en cas de SSE	Définir un cahier des charges commun à l'échelle du GHT Procéder à l'achat du logiciel, en fonction des critères retenus. Dans plusieurs cas, les GHT procèdent à l'achat d'un logiciel de rappel du personnel (exemple : Surycat®)	S'assurer que la mise en place d'un tel logiciel est effective dans l'ensemble des établissements
<b>Acquérir pour une utilisation conjointe des modules mobiles de chambre mortuaire</b>	Mettre en place des moyens communs sur des sujets qui intéressent l'ensemble des établissements dans la réponse aux SSE	Recueillir les capacités des chambres mortuaires dans les établissements Acheter des modules mobiles en utilisant le GHT, afin de renforcer le capacitaire du territoire, en cas d'afflux massif de corps	Définir une stratégie de déploiement et d'utilisation des modules mobiles au sein du GHT
<b>Identifier un stock mutualisé de boîtes « damage control » et de matériel stérile</b>	Mutualiser les moyens logistiques pour les soins "critiques" en cas de SSE	Quantifier le stock disponible de boîtes chirurgicales et de matériel stérile Mettre en place un stock commun à l'échelle du GHT	Prendre en compte les préconisations des différents corps de métiers impliqués ; Définir une stratégie de déploiement et d'utilisation des stocks en cas de SSE
<b>MOBILISER LA SOLIDARITE TERRITORIALE LORS DE LA GESTION DE CRISE</b>			
<i>Actions</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Modalités</i>	<i>Points de vigilance</i>
<b>Déclencher la cellule de crise du GHT</b>	La constitution préalable et le déclenchement d'une cellule de crise au niveau du GHT doit favoriser : -l'entraide territoriale, -l'articulation des interventions communes	Définir les compétences assignées à la cellule de crise commune, après accord des établissements. Ex : - centralisation de l'information sur les disponibilités des ressources territoriales ; - organisation de la répartition des ressources, sur la base des protocoles établis au préalable	Un tel dispositif requiert : - un annuaire et un organigramme partagés des établissements en SSE ; - un inventaire des ressources disponibles ; - des protocoles d'adressage des patients et d'affectation des ressources ;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-le recensement des difficultés aux interfaces</li> <li>-l'harmonisation de la communication externe</li> <li>-la coordination avec le SAMU</li> </ul> <p>La cellule de crise GHT ne remplace pas les cellules de crise locale, qui restent décisionnaires</p>	<p>Définir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la localisation, les membres, les équipements ;</li> <li>- les apports respectifs de chaque établissement</li> <li>- un guide de fonctionnement de la cellule de crise validé, diffusé auprès des établissements et inclus dans la mallette de crise des administrateurs de garde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une convergence des systèmes de gestion de crise (interopérabilité territoriale via des logiciels, systèmes de rappel, communication)</li> </ul> <p>Organiser des simulations de déclenchement et de montée en puissance de la cellule afin d'identifier les failles</p>
<b>Organiser des transferts de patients entre établissements en cas de pénuries de lits ou de déprogrammations</b>	<p>Fluidifier l'accueil et garantir la qualité de la prise en charge ;</p> <p>Anticiper les parcours patients en tirant profit des réflexions qui ont été menées dans le cadre de la constitution de filières</p>	<p>Définir des seuils permettant de déclencher la solidarité territoriale ;</p> <p>Rédiger un protocole de transferts des patients au niveau du GHT en cas de SSE sur lequel pourrait s'appuyer une cellule d'ordonnement territoriale ;</p>	<p>S'appuyer sur les travaux en cours au niveau GHT en matière de SIH ;</p> <p>Intégrer dans la réflexion les acteurs qui ne sont pas membres du GHT, en particulier les ESSMS, les établissements privés et les services d'HAD, ou encore l'EFS</p>
<b>Répartir les équipes médicales de territoire (EMT) entre les différents établissements</b>	<p>En cas de SSE, les EMT favorisent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la constitution d'un pool de renfort ;</li> <li>- la collaboration et la constitution d'un réseau SSE ;</li> <li>- l'enrichissement d'une culture de crise territoriale</li> </ul>	<p>Décrire, dans la convention constitutive, les modalités de mobilisation des EMT en cas de SSE ;</p> <p>Élaborer un calendrier de formation et d'adaptation aux spécificités de chaque établissement ;</p> <p>Harmoniser les protocoles de prise en charge des patients entre les différents établissements ;</p> <p>Homogénéiser les outils informatiques et les matériels mis à disposition des EMT dans les établissements (mutualisation des fonctions achat et SI)</p>	<p>Solliciter l'instance médicale de groupement pour tout projet de création d'une EMT ;</p> <p>Intégrer les EMT dans la réalisation des exercices</p> <p>S'appuyer sur les fédérations médicales (exemple : fédérations de médecine d'urgence)</p>
<b>Mettre en œuvre des partages de matériels en cas de pénurie</b>	<p>Définir collectivement des modalités de prêt de matériel en cas de difficultés d'un ou plusieurs établissements du GHT lors d'une SSE</p>	<p>Cartographier le matériel mobilisable ;</p> <p>Établir un protocole d'alerte territoriale et de mobilisation des ressources d'établissements de proximité ;</p> <p>S'assurer de la présence de clauses exceptionnelles dans les contrats de prestataires (linge, restauration, bionettoyage...) qui stipulent l'activation de moyens supplémentaires en cas d'urgence ;</p> <p>Prévoir des procédures de déprogrammation dans les établissements de soutien afin de réduire l'usage des matériels en tension.</p>	<p>Anticiper les modalités d'acheminement du matériel d'un établissement à l'autre</p>
<b>S'appuyer, en cas de SSE, sur la télé médecine mise en place au sein des GHT en activité courante</b>	<p>Déployer des compétences médicales insuffisantes à un instant T sur un établissement</p>	<p>Créer un répertoire des experts régionaux ou nationaux pouvant être sollicités en cas d'urgence</p>	<p>S'assurer de la bonne maintenance des équipements de télé médecine ;</p> <p>S'assurer de la formation suffisante des personnels de garde aux outils de télé médecine</p>
<b>EVALUER ET CAPITALISER LES EXPERIENCES AU TRAVERS D'AUDITS CROISES ET DE RETOURS D'EXPERIENCE</b>			
<i>Actions</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Modalités</i>	<i>Points de vigilance</i>
<b>Réunir les acteurs du GHT autour de retours d'expérience (Retex) communs</b>	<p>Suite à une SSE ou un exercice sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partager une vision globale de l'événement et renforcer les liens entre les partenaires</li> </ul>	<p>Un Retex ne s'improvise pas, il doit faire l'objet d'une méthodologie validée collectivement en amont. En pratique il faut :</p>	<p>Veiller à définir et à partager en amont les objectifs du Retex et sa méthodologie ;</p> <p>Veiller à faire participer les impliqués dans des ateliers de propositions de pistes</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les points positifs et les capitaliser</li> <li>- Identifier les points négatifs et proposer les axes d'amélioration</li> <li>- Reconnaître le travail de chacun et faciliter la résilience</li> <li>- Valoriser l'expérience acquise pour la gestion des événements futurs</li> <li>- Démultiplier les enseignements tirés et sensibiliser les acteurs potentiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifier un pilote</li> <li>-Définir un périmètre (d'acteurs, de temps, géographique)</li> <li>-Définir un calendrier de réalisation (à chaud ou à distance)</li> <li>-Prévoir la méthode de collecte, de tri et d'analyse de l'information</li> <li>-Recueillir l'expérience individuelle de chacun des acteurs de l'événement (questionnaires, entretiens)</li> <li>-Organiser la réunion de restitution</li> <li>-Mettre en œuvre les décisions d'amélioration prises au cours du Retex et instituer un suivi de cette mise en œuvre</li> </ul>	<p>d'améliorations ; Communiquer les résultats du Retex</p>
<p><b>Organiser des audits croisés/ évaluations réciproques entre établissements</b></p>	<p>Suite à une SSE ou un exercice sanitaire : Améliorer les pratiques et les organisations, instaurer une dynamique d'échanges inter-réseaux, une démarche bienveillante de rencontre entre les acteurs</p>	<p>Constituer au sein du GHT des équipes de 2 à 3 personnes référentes SSE au sein de chaque établissement en charge de réaliser l'évaluation de la gestion d'une SSE ou du déroulé de l'exercice sur un établissement partenaire ; L'évaluation doit permettre d'identifier les difficultés auxquelles l'établissement a fait face et de déclencher un plan d'actions et une éventuelle adaptation des procédures et Plan Blanc ; Lors de la séance de restitution GHT, outre les résultats directs de l'audit, les auditeurs mettent en exergue les points communs et divergents entre l'établissement audité et le leur, émettent éventuellement des conseils de bonnes pratiques et soulèvent les méthodes constatées durant l'audit qui pourraient modifier leurs propres pratiques.</p>	<p>S'assurer du partage et de la validation de la méthodologie d'évaluation entre les auditeurs et les audités</p>

## Grille d'entretiens

Objectifs	DGOS/DGS	ARS	SAMU	GHT
<p>Décoder le contexte et les attentes</p>	<p>Pensez-vous que les GHT peuvent permettre d'améliorer la sécurité des EPS notamment dans le cadre d'une SSE ? Si oui comment ? (Par la mutualisation de la fonction achat, par l'optimisation du parcours patient dans le cadre d'une gradation des soins ?)</p> <p>Le décret 07/2016 relatif au PRS dispose que le SRS comporte 4 grands objectifs dont la préparation du système de santé aux SSE. Quelles sont les conséquences de cette priorisation de la thématique SSE au sein du PRS2 ?</p>	<p>Quel bilan à 2 ans de la mise en place des GHT dans votre région ?</p> <p>Le décret 07/2016 relatif au PRS dispose que le SRS comporte 4 grands objectifs dont la préparation du système de santé aux SSE. Quelles sont les conséquences de cette priorisation de la thématique SSE au sein du PRS2 ?</p> <p>Considérez-vous que les GHT peuvent renforcer la capacité des établissements à répondre de manière plus efficiente, plus réactive ... aux SSE ?</p> <p>Les GHT de votre région ont-ils décrit dans leur PMP l'organisation de la réponse aux SSE ?</p> <p>Certains GHT de votre région ont-ils déposé un projet relatif à la</p>	<p>Comment s'organise le SAMU sur votre département ? Quel est votre positionnement en cas de déclenchement d'un plan blanc ?</p> <p>Que pensez-vous des GHT ? La mise en place des GHT a-t-elle modifié votre exercice professionnel ?</p> <p>Pensez-vous que le GHT peut vous aider dans votre mission de régulation ? En situation normale ? En SSE ?</p>	<p>Comment s'est construit votre GHT ? Repose t'il sur des collaborations anciennes ou récentes ?</p> <p>Avez-vous décrit l'organisation de la réponse aux SSE dans le PMP de votre GHT ? (Cf. Décret). Si oui, de quelle façon ? Si non pourquoi ?</p> <p>Comment préparez-vous la mise en place d'une démarche de certification commune des établissements du GHT ?</p> <p>Existe-il au sein de votre GHT des pôles inter-établissements et équipes territoriales ?</p> <p>La mise en place des GHT a-t-elle aujourd'hui modifié votre pratique en termes de sécurité ?</p> <p>Le lien fait dans le cadre de notre étude entre le GHT et l'organisation de la réponse aux SSE vous semble-t-il pertinent ?</p> <p>Considérez-vous que les GHT peuvent renforcer la capacité des établissements à répondre de</p>

		thématique 12 de l'appel à projet pour la mise en place des projets médico-soignants des GHT ? (Instruction nov. 17). Si oui lesquels ?		manière plus efficiente et plus réactive aux SSE ?
Questionner les liens entre les acteurs	<p>Quels sont les grands acteurs dans la gestion d'une SSE ? Quels sont les plus proches collaborateurs des GHT en cas de SSE ?</p> <p>En cas de SSE, quel intérêt pour les EPS à dépasser le cadre GHT et à collaborer avec le privé et les ESMS ? Par quels moyens ?</p>	<p>La mobilisation des EPS pour accueillir les patients après régulation par le Samu repose sur une hiérarchisation fonctionnelle à trois niveaux : première ligne, recours et repli. Avez-vous pu identifier les établissements de la région selon cette grille ? Retrouve t'on dans chaque GHT cette classification ?</p> <p>En cas de SSE, quel intérêt pour les EPS à dépasser le cadre GHT et à collaborer avec le privé et les ESMS ? Par quels moyens ?</p>	<p>Avez-vous un exemple d'une SSE qui a mobilisé (ou qui aurait nécessité) une coordination au niveau GHT ?</p> <p>Travaillez-vous avec les établissements privés et les ESMS ? (Transports secondaires) De quelle façon ?</p>	<p>Au sein de votre établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment est préparée la gestion des SSE ?</li> <li>- Comment sont articulés le plan blanc, le PCA et le PSE ?</li> </ul> <p>Savez-vous comment la préparation de la gestion de crise est organisée dans les autres établissements de votre GHT ? Existe-t-il à l'heure d'aujourd'hui une réflexion/coordination entre les établissements du GHT sur ce thème ?</p> <p>En cas de SSE, quel intérêt pour les EPS à dépasser le cadre GHT et à collaborer avec le privé et les ESMS ? Par quels moyens ?</p>
Identifier les outils existants	<p>De quels outils disposez-vous pour identifier les ressources sur le territoire national ?</p> <p>(Quel bilan du ROR ? Peut-il être renforcé et utilisé davantage au</p>	<p>Quels outils utilisez-vous pour cartographier les ressources disponibles sur votre territoire ?</p> <p>Quel bilan du ROR ? L'outil est-il suffisamment et correctement renseigné et</p>	<p>En cas de SSE, comment identifiez-vous les moyens à votre disposition (lits, blocs, spécialités médicales, etc.) ?</p> <p>Utilisez-vous l'outil ROR pour connaître les ressources disponibles sur le département ?</p>	<p>Avez-vous une vision en temps réelle des ressources disponibles au sein de votre GHT ?</p> <p>Quelle place a le ROR dans votre exercice professionnel ? Renseignez-le-vous ? Si non</p>

	niveau GHT ?)	utilisé ? Peut-il être renforcé et utilisé davantage au niveau GHT ?	Pensez-vous que l'outil ROR est aujourd'hui adapté dans le cadre d'une SSE ?	pourquoi ?  Pensez-vous que cet outil pourrait être amélioré et utilisé comme outil de régulation intra-GHT notamment dans le cadre d'une SSE ?
Identifier les forces et les faiblesses actuelles	Quelles sont les forces et faiblesses que vous identifiez lors de la gestion d'une SSE ?	Quelles sont les forces et faiblesses que vous identifiez lors de la gestion d'une SSE ?  Avez-vous vécu une SSE ou participé à des exercices ? Quelle organisation/coordination avec les établissements du territoire ? Avec le Ministère ? Quels enseignements tirez-vous de cette expérience ?	Quelles sont les forces et faiblesses que vous identifiez lors de la gestion d'une SSE ?  Quelle organisation/coordination avec les établissements du territoire ? avec l'ARS ? Quels enseignements tirez-vous de cette expérience ?	Quelles sont les forces et les faiblesses que vous identifiez lors de la gestion d'une SSE ?  Avez-vous vécu une SSE ou participé à des exercices ?  Quelle organisation/coordination avec les établissements du territoire ? Avec la tutelle ? Quels enseignements tirez-vous de cette expérience ?  Vous sentez-vous armé pour faire face à une SSE ? Si non qu'est-ce qui vous semble manquer ? Considérez-vous que votre appartenance à un GHT renforce ou fragilise votre capacité de réponse aux SSE ?
Identifier les leviers facilitant la collaboration	Selon la hiérarchisation existante en cas de SSE (1 <sup>ère</sup> ligne/recours/repli), peut-on imaginer au niveau GHT la formalisation notamment d'un système de partage et	Selon la hiérarchisation existante en cas de SSE (1 <sup>ère</sup> ligne/recours/repli), peut-on imaginer au niveau GHT la formalisation notamment d'un système de partage et de mutualisation des	Pensez-vous qu'il soit opportun de mettre en place une coordination territoriale des SSE ? Quel(s) professionnel(s) seraient le plus adapté pour en prendre la responsabilité ?	Selon la hiérarchisation existante en cas de SSE (1 <sup>ère</sup> ligne/recours/repli), peut-on imaginer au niveau GHT la formalisation notamment d'un système de partage et de mutualisation des matériels et

	<p>de mutualisation des matériels et équipements en cas de SSE ? Des personnels, s'il existe des équipes médicales territoriales ? De gestion des sorties anticipées/déprogrammations ?</p> <p>Selon-vous, est ce que le développement d'un SIH convergent impulsera la réflexion autour d'une préparation commune de la réponse aux SSE ? (Même question avec démarche de certification commune)</p> <p>La logique GHT est-elle aujourd'hui intégrée dans la conception des exercices de préparation à la crise ?</p>	<p>matériels et équipements en cas de SSE ? Des personnels si existence d'équipes médicales territoriales ? De gestion des sorties anticipées/déprogrammations ?</p> <p>La logique GHT est-elle aujourd'hui intégrée dans la conception des exercices de préparation à la crise ?</p> <p>Selon-vous, est ce que le développement d'un SIH convergent impulsera la réflexion autour d'une préparation commune de la réponse aux SSE ? (Même question avec démarche de certification commune)</p>	<p>Selon la hiérarchisation existante en cas de SSE (1<sup>ère</sup> ligne/recours/repli), la formalisation d'un dispositif de partage et de mutualisation des équipements et personnels au niveau GHT vous paraît-il pertinent ?</p> <p>La préparation à une réponse commune à la SSE au sein du GHT aurait-elle un impact sur votre exercice de régulation ? Si oui, lequel ?</p>	<p>équipements en cas de SSE ? Des personnels si existence d'équipes médicales territoriales ? De gestion des sorties anticipées/déprogrammations ?</p> <p>La logique GHT est-elle aujourd'hui intégrée dans la conception des exercices de préparation à la crise ?</p> <p>Selon-vous, est ce que le développement d'un SIH convergent impulsera la réflexion autour d'une préparation commune de la réponse aux SSE ? (Même question avec démarche de certification commune)</p>
Anticiper les contraintes de l'organisation projetée	Quels freins à la mise en œuvre d'une coordination commune de la réponse aux SSE au sein des GHT ?	Quels freins à la mise en œuvre d'une coordination commune de la réponse aux SSE au sein des GHT ?	Quels freins à la mise en œuvre d'une coordination commune de la réponse aux SSE au sein des GHT ?	Quels freins à la mise en œuvre d'une coordination commune de la réponse aux SSE au sein des GHT ?
Proposer et tester des mesures concrètes à mettre en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations/exercices communs</li> <li>• Mutualisation Retex post-exercice/crise</li> </ul>	Quelles préconisations formuleriez-vous aux GHT/ARS pour formaliser une prise en charge de la SSE au sein des GHT ?	Quel accompagnement et pilotage mettez-vous en place auprès des GHT pour vous assurer de la bonne mise en œuvre de l'organisation « commune » de la réponse aux SSE ?		Quels leviers à mobiliser pour favoriser le développement d'une stratégie commune de réponse aux SSE ?
				Pensez-vous qu'il soit opportun de mettre en place une coordination

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmonisation procédures/ Guide Plan Blanc</li> <li>• Cellule de crise dématérialisée et visible par chaque établissement membre</li> </ul>	<p>Pensez-vous qu'il soit opportun de mettre en place une coordination territoriale des SSE ?</p> <p>Quel(s) professionnel(s) seraient le plus adapté pour en prendre la responsabilité ?</p>	<p>Pensez-vous qu'il soit opportun de mettre en place une coordination territoriale des SSE ? Quel(s) professionnel(s) seraient le plus adapté pour en prendre la responsabilité ?</p>		<p>territoriale des SSE ? Quel(s) professionnel(s) seraient le plus adapté pour en prendre la responsabilité ?</p>
--	---	--	--	--

Cadre conceptuel d'une SSE et/ou crise

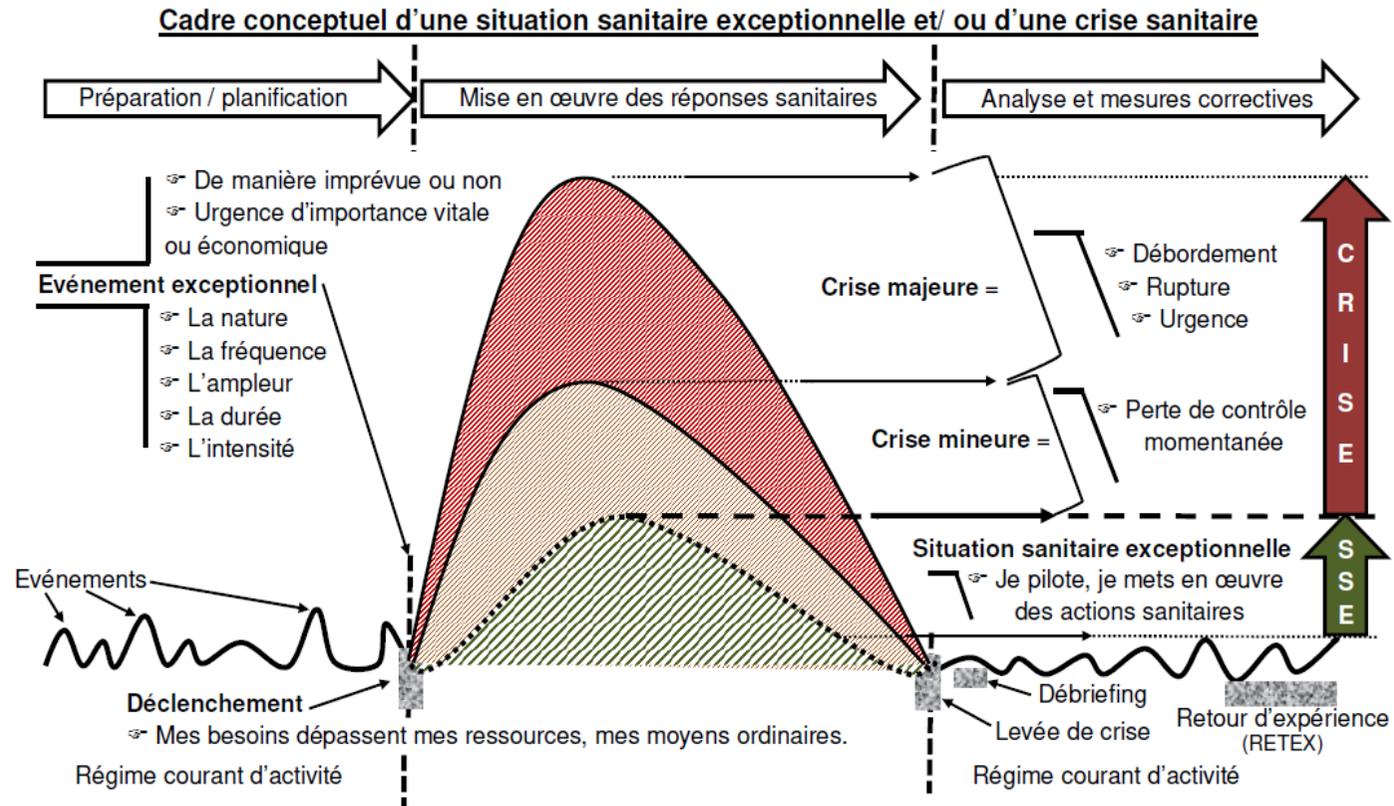


Tableau de positionnement des établissements de santé en SSE/crise

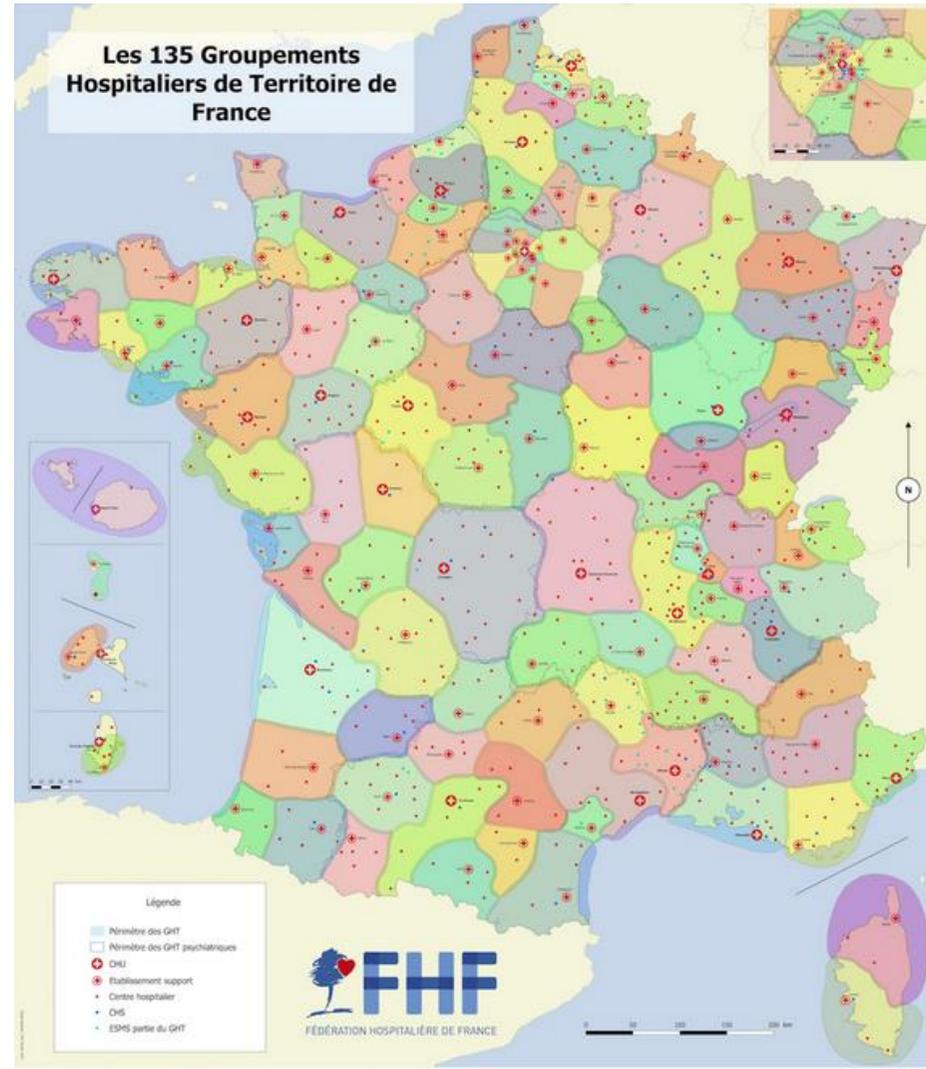
**Tableau de positionnement des établissements de santé en SSE/ Crise**

Objectif : il s'agit pour l'ARS d'indiquer à chaque ES ses attendus pour la prise en charge sanitaire dédiés aux SSE ou aux crises sanitaires afin que ce dernier l'intègre dans la stratégie d'organisation de son plan blanc.

ORSAN AMAVI		ORSAN NRC	ORSAN BIO	PSE
PEC « Standard »	PEC « Attentat »			
<b>1<sup>ère</sup> ligne</b> : ES disposant d'un service d'urgence et de réanimation ainsi que de blocs chirurgicaux pour une prise en charge complète.	Capacités « UA » pour le « Damage control » (Blocs chirurgicaux adultes et pédiatriques).	<b>3<sup>ème</sup> niveau de décontamination</b> : Décontamination structurée (24 victimes – durée de fonctionnement de 2 heures)	Etablissement de référence SSE NRBC (Laboratoire L3, chambres à pression négatives,...)	<b>1<sup>er</sup> niveau</b> : ES siège de SAMU
<b>Recours</b> : ES disposant d'un service d'urgence et/ ou ciblés en fonction de plateaux techniques et de spécialisation (ex : grands brûlés).	Capacité « UR » Adultes et pédiatriques.	<b>2<sup>ème</sup> niveau de décontamination</b> : Décontamination de 1 <sup>er</sup> recours		<b>2<sup>ème</sup> niveau</b> : ES siège d'un service d'urgence
<b>Repli</b> : ES permettant une prise en charge de patients ne nécessitant plus de soins aigus.		<b>1<sup>er</sup> niveau</b> : Posture minimale de protection (fermeture/ confinement)		

Christophe Van der LINDE – Professeur IDM/ EHESP – tous droits réservés – Copyright mai 2018

## Cartographie des 135 GHT



*Thème n°7 Animé par : VAN DER LINDE Christophe, enseignant-chercheur à l'Institut de Management de l'EHESP*

## **CONCEPTUALISER LA GESTION D'UNE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE (SSE) DANS LE CADRE D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)**

*ARROUES Pierre (AAH), AULANIER Romain (AAH), BOISSART Marielle (DS),  
BRASSEUR Anthony (IES), CANALIS Romain (DH), DALI-YOUCHEF Angèle (DS),  
GOURAIN Marie (DH), RINCOURT Stéphanie (D3S),  
SEJOURNE-TALMARD Adeline (AAH), TARGHETTA Renan (DH)*

### ***Résumé :***

La création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) marque une nouvelle étape dans l'organisation de l'offre de soins. Les GHT répondent à un double objectif : adopter une stratégie médicale commune au travers d'un projet médical partagé et mutualiser certaines fonctions supports. Face aux menaces grandissantes, la gouvernance déjà très encadrée des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) est a priori questionnée par cette nouvelle organisation. A l'avenir, le GHT devra démontrer ses capacités, en se positionnant en acteur pivot et fédérateur, à l'interface entre pouvoirs publics et Établissements Publics de Santé (EPS).

A l'issue d'une série d'entretiens réalisés avec des acteurs du monde de la santé, ce rapport vise à établir un état des lieux des forces et faiblesses de l'organisation des GHT dans la réponse aux SSE. Ainsi, le GHT apparaît comme une plateforme permettant de renforcer la réponse des EPS aux SSE, en particulier dans ses phases d'anticipation et de préparation. Les préconisations présentées dans ce rapport ont pour objet d'enrichir les réflexions actuelles à ce sujet, dans une perspective opérationnelle.

### ***Mots clés :***

Situation sanitaire exceptionnelle, groupement hospitalier de territoire, coopération, territoire, retour d'expérience, guide opérationnel, plan blanc

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*