



PANTHÉON-ASSAS
UNIVERSITÉ
PARIS

BANQUE DES MEMOIRES

**Master de Droit Public parcours Droit sanitaire et social
Dirigé par Monsieur Benoît APOLLIS
2022**

***La sécurisation des établissements
sanitaires et médico-sociaux***

Thomas MEMAIN

Sous la direction de Monsieur Benoît APOLLIS



UNIVERSITÉ PARIS PANTHÉON-ASSAS

Année universitaire 2021-2022

Mémoire de Master 2

Mention Droit Public

Parcours Droit sanitaire et social

Dirigé par Monsieur Benoît APOLLIS

**LA SÉCURISATION DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX**

Présenté par

Thomas MEMAIN

Le 21 septembre 2022

Sous la direction de

Monsieur Benoît APOLLIS

Maître de conférences en Droit Public à l'Université Paris Panthéon-Assas

UNIVERSITÉ PARIS PANTHEON-ASSAS

**LA SÉCURISATION DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX**

Présenté par

Thomas MEMAIN

Sous la direction de

Monsieur Benoît APOLLIS

Maître de conférences en Droit Public à l'Université Paris Panthéon-Assas

Avertissement

Ni l'Université Paris Panthéon-Assas, ni le directeur du mémoire n'entendent donner approbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Je souhaiterais remercier Monsieur Benoît APOLLIS, maître de conférences en Droit Public à l'Université Paris Panthéon-Assas, d'avoir accepté de soutenir ce mémoire de recherche, dont l'objet et le sujet m'intéressaient particulièrement.

Je tiens en outre à le remercier en sa qualité de Directeur du Master 2 Droit Public parcours Droit sanitaire et social pour m'avoir permis de suivre cette formation où j'ai pu acquérir de nombreuses connaissances dans ces domaines.

Je souhaiterais remercier toute l'équipe pédagogique du Master 2 Droit Public parcours Droit sanitaire et social de l'Université Paris Panthéon-Assas pour leurs enseignements.

Je remercie également le corps professoral pour la qualité de leur enseignement, pour avoir répondu à mes diverses questions, m'avoir apporté des précisions quant à leur domaine d'expertise, s'être investi et, surtout, pour avoir été une source d'acquisition de connaissances.

Je souhaite également adresser mes remerciements à l'Université Paris Panthéon-Assas et au service public de l'enseignement supérieur, pour m'avoir donné la chance de suivre gratuitement une formation juridique d'une grande qualité tout en profitant de deux années riches de rencontres d'expériences et de leçons.

Je souhaiterais plus généralement remercier toutes les personnes qui m'ont permis d'avancer sur ce mémoire, et ainsi de le finaliser.

Enfin, mes derniers remerciements vont à ma très chère mère qui, au-delà des relectures et corrections qu'elle a effectuées sur le présent mémoire, a toujours été là pour moi.

Son soutien, son engagement, et ses encouragements constants sont une source de motivation que je ne peux que chérir.

Résumé

Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont des lieux emblématiques, bien connus de la population au sein desquels sont effectués chaque jour, un ensemble d'activités comme la délivrance de soins, l'enseignement, la formation professionnelle ainsi que la recherche médicale et scientifique en ce qui concerne les établissements sanitaires, l'accompagnement ainsi que la prise en charge des publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance en ce qui concerne les établissements médico-sociaux. Autrefois sanctuarisés, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont à l'image de l'évolution de la société et font face à de nouveaux dangers nécessitant une adaptation et la prise en considération d'un ensemble de mécanismes propres à cet environnement visant notamment à mettre en œuvre un processus de sécurisation de ces établissements pouvant faire l'objet d'actes de sabotages ainsi que de malveillance.

Abstract

The health and medico-social establishments are emblematic places, well known to the population within must be carried out every day, a set of activities such as the delivery of care, education, professional training as well as medical and scientific research with regard to health establishments, support and care for so-called “fragile” people, in a situation of precariousness, exclusion, disability or dependency with regard to medico-social establishments. Formerly sanctuaries, health and medico-social establishments reflect the evolution of society and face new dangers requiring adaptation and consideration of a set of mechanisms specific to this environment aimed at putting implement a process to secure these establishments that may be subject to acts of sabotage or malicious intent.

*« Dans la guerre comme dans la paix, le dernier mot est à ceux qui ne se rendent
jamais.¹ »*

Georges Clémenceau

¹ Journal *Combat* du 3 septembre 1944

Liste des abréviations

AAH : Attaché d'administration hospitalière

ABM : Agence de la biomédecine

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANFH : Agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

ASN : Autorité de sûreté nucléaire

CCS : Centre de crise sanitaire

CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence

CIC : Cellule interministérielle de crise

CIPDR : Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation

CORRUSS : Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales

DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGS : Direction générale de la santé

DH : Directeur d'hôpital

D3S : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

EAJE : Établissements d'accueil du jeune enfant

EFS : Établissement français du sang

EHESP : École des hautes études en santé publique

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIG : Évènement indésirable grave

EPA : Établissement public administratif

EPR : Établissements recevant du public

EPRUS : Établissement public de réponse aux urgences sanitaires

ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

FHF : Fédération hospitalière de France
HAS : Haute autorité de la santé
HFDS : Haut fonctionnaire de défense et de sécurité
HPST : Hôpital, patients, santé et territoires
IAS : Infections associées aux soins
IASS : Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
ICSI : Institut pour une culture de sécurité industrielle
IME : Instituts médico éducatifs
IN : Infections d'origine nosocomiale
INC : Institut national du cancer
IPP : Invalidité permanente partielle
IRSN : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
ITT : Incapacité temporaire de travail
MAS : Maisons d'accueil spécialisées
MIG : Mission d'intérêt général
NRBC : Nucléaire, radioactif, biologique et chimique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
ONVMS : Observatoire national des violences en milieu de santé
ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé
ORSEC : Organisation de la réponse de sécurité civile
PART : Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme
PCA : Plan de continuité d'activité
PNPR : Plan national de prévention de la radicalisation
PRS : Projet régional de santé
PSE : Plan de sécurisation des établissements
SGDSN : Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale
SHAM : Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
SIH : Système d'information hospitalier
SIVIC : Système d'information des victimes

Sommaire

| | |
|---------------------------|----|
| Introduction | 17 |
|---------------------------|----|

| | |
|--|----|
| <u>Partie 1 : La sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux : une conception nécessairement empirique</u> | 26 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Chapitre 1 : La multiplication des risques pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux justifie la mise en œuvre d'un mécanisme de protection | 27 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Chapitre 2 : L'intensification des réponses apportées aux risques pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux | 50 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| <u>Partie 2 : La sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux : une nécessaire déclinaison pratique</u> | 71 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Chapitre 1 : L'inévitable processus d'adaptation des politiques de sécurisation au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux | 72 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Chapitre 2 : L'indispensable prise en considération de paramètres complémentaires relatifs à la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux | 86 |
|--|----|

| | |
|----------------------------------|----|
| Conclusion générale | 95 |
|----------------------------------|----|

Introduction

« Notre liberté est menacée par le besoin de sécurité et la sécurité elle-même est menacée par le souci obsédant qu'on en a. »²

Dans son rapport annuel 2020³ sur les données 2019, l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVMS) a recensé les atteintes aux personnes et aux biens hors du champ des pratiques médicales.

Ainsi, 451 établissements, soit 7,8% des établissements, ont déclaré 23 780 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens en 2019, soit une augmentation de 5,9% d'établissements signalants et de 1,8% de signalements par rapport à 2018⁴.

Selon ce rapport, ces atteintes résultent essentiellement de patients/résidents/accompagnants et d'autres individus, selon le type de structure dont il est question à l'encontre des différents professionnels de santé. Ces atteintes peuvent également se produire entre patients/résidents/accompagnants et autres individus de ces établissements.

Enfin, ces atteintes peuvent résulter des différents professionnels de santé à l'encontre des patients/résidents/accompagnants mais aussi entre les différents professionnels de santé⁵.

Pour plus de clarté, il convient d'ores et déjà de préciser qu'il est entendu par « violence », conformément aux critères propres retenus par cet observatoire, « un acte positif recouvrant tout événement, agression, parole, comportement blessant portant atteinte soit à l'intégrité physique et/ou psychique des membres du personnel d'un établissement, soit aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services⁶».

² N. Bensaïd, *La lumière médicale, les illusions de la prévention*, Seuil, 1981.

³ Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVMS), Rapport 2020 sur les données 2019, p. 1.

⁴ *Ibid*, p. 9.

⁵ *Ibid*, p. 4.

⁶ *Ibid*, p. 4.

Cependant, il s'agit d'une forme de langage simplifié, en ce sens où, l'emploi du terme « violence » revêt dans le champ sanitaire et médico-social une part d'ambiguïté du fait de sa signification première, à savoir, « l'emploi de la force contre quelqu'un, entraînant des dommages⁷». Celle-ci semble donc être, selon son auteur « étrangère au monde du soin et de la prise en charge⁸».

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est saisie de ce sujet et a défini la violence comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou de privations »⁹.

Dans le secteur sanitaire, ces violences sont essentiellement interpersonnelles tandis que dans le domaine médico-social, elles se révèlent être verbales, psychologiques, physiques et parfois sexuelles.

L'ONVMS a établi une échelle de gravité pour classer les violences selon différents niveaux¹⁰, le niveau 1 étant le niveau le moins grave et le niveau 4 étant le niveau le plus grave.

Au niveau 1, s'agissant des atteintes aux personnes, il y a : les injures, les insultes et les provocations sans menaces (comme les propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel, par exemple), la consommation ou le trafic de substances illicites ou prohibées en milieu hospitalier, les chahuts, l'occupation des locaux, les nuisances et les salissures ; s'agissant des atteintes aux biens, il y a : les vols sans effraction, les dégradations légères, les dégradations de véhicules sur le parking extérieur de l'établissement, les tags ainsi que les graffitis.

Au niveau 2, s'agissant des atteintes aux personnes, il y a : les menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, les menaces de mort, le port d'armes ainsi que les présences illégales d'armes dans les locaux ; s'agissant des atteintes aux biens, il y a : les vols avec effraction.

⁷ Y. Michaud, *La violence*, Que sais-je, 2018.

⁸ F. Violla, L'hôpital lieu violent et/ou lieux de violences, *Rev. Droit et santé*, n° 45, 2012. 7.

⁹ Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, chapitre 1 « La violence », 2002, p.5.

¹⁰ Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVMS), Rapport 2020 sur les données 2019 p. 152.

Au niveau 3, s'agissant des atteintes aux personnes, il y a : les violences volontaires (comme les atteintes à l'intégrité physique, les bousculades, les crachats et les coups), les menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir ou autre objet dangereux), les agressions sexuelles ; s'agissant des atteintes aux biens, il y a : les dégradations ou destructions de matériel de valeur (comme le matériel médical, informatique, imagerie médicale), les dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur le parking de l'établissement), les vols à main armée ou en réunion.

Au niveau 4, s'agissant des atteintes aux personnes, il y a : les violences avec armes par nature ou par destination (comme les armes blanches, les armes à feu, les scalpels, rasoir ou tout objet dangereux), le viol et tout autre fait qualifié de crime (comme le meurtre, les violences volontaires entraînant une mutilation ou une infirmité permanente) ; s'agissant des atteintes aux biens, il ne semble qu'aucun fait particulier n'ait été relevé.

À la lecture de ces éléments, il ne semble pas inopportun de faire un lien avec ce qui précède en considérant les établissements sanitaires et médico-sociaux comme des lieux qui n'échappent pas au phénomène de délitement de la société¹¹ que de nombreux sociologues à l'instar de Serge PAUGAM, directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) expliquent comme résultant de l'affaiblissement du rôle intégrateur des grandes institutions que sont la famille, l'école, le travail, la protection sociale¹².

En effet, ce phénomène que l'on retrouve de plus en plus dans l'ensemble de nos sociétés occidentales semble avoir tendance à irriguer l'ensemble des lieux de vie et notamment ceux supposés incarner le bien commun : les services publics.

Ce phénomène a donc naturellement fait l'objet de nombreux sujets d'étude notamment par le philosophe Patrick JUIGNET qui estime que ce phénomène résulte d'une régression de l'humain dans la société humaine¹³ trouvant, en partie, par voie de conséquence une augmentation des incivilités et de la violence.

Dès lors, il n'est pas étonnant que le secteur sanitaire et médico-social et ses établissements ne fassent pas exception à cette évolution de la société. Cependant, il semble bien important de préciser que les conséquences qui en découlent ne sont évidemment pas spécifiques au

¹¹<https://www.nouvelobs.com/societe/france-la-crise-sociale/20131120.OBS6094/serge-paugam-un-sentiment-de-delitement-de-la-societe.html>.

¹² <http://ses.ens-lyon.fr/articles/le-lien-social-entretien-avec-serge-paugam>.

¹³P. Juignet, « La régression de l'humain dans la société occidentale », *in* Philosophie, science et société, 2015.

secteur étudié et que, comme susmentionné, celles-ci ont tendance à irriguer l'ensemble des lieux supposés incarner l'intérêt général.

S'agissant, du secteur sanitaire et social, le vecteur de ces formes de violences peut donc prendre un ensemble de formes différentes, notamment pour des raisons qui concernent l'organisation des différents services, celle-ci étant susceptible de ne pas satisfaire les usagers, bien que les violences puissent survenir non pas nécessairement pour des raisons d'organisation mais au moment de la prise en charge des usagers.

Comme le souligne le rapport ONVMS :

« Certains services, en raison de leur patientèle, sont davantage concernés par des violences faites aux personnes (que ce soit à l'égard du personnel soignant ou entre patients). C'est le cas pour la psychiatrie, la gériatrie, la médecine, les unités de soins de suite et de réadaptation, les services de soins aux patients détenus, les soins au domicile du patient. Des lieux où les tensions liées à des inquiétudes en rapport avec la maladie ou bien à des faits directement liés à une pathologie sont très présents¹⁴ ».

Face à ce phénomène, les décideurs publics semblent dépourvus de solutions miracles puisqu'il apparaît, en effet, compliqué de trouver un remède à la fois novateur et efficace sur le long terme, de par notamment, divers facteurs tels que : l'apparition de menaces nouvelles (flux migratoires importants, nouvelles technologies de communication, terrorisme, délinquance financière), l'augmentation des comportements agressifs (à l'explosion des prédatations dans les années soixante-dix a succédé la croissance des violences contre les personnes depuis les années quatre-vingt¹⁵) et la montée de l'exclusion, entraînant une hausse considérable du sentiment d'insécurité¹⁶.

En effet, depuis le milieu des années cinquante, l'État fait face à de nouveaux défis en matière de sécurité globale qui se traduit par une augmentation croissante des actes délictueux (vols, violence physique, dégradation de biens) générant un sentiment d'insécurité au sein de la population que le sociologue Sébastien ROCHÉ explique par un

¹⁴ Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVMS), Rapport 2020 sur les données 2019 p. 18.

¹⁵ H. Lagrange, *L'épreuve des inégalités*, PUF, coll. « le lien social », 2006.

¹⁶ S. Roché, *Le Sentiment d'insécurité*, Paris, PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1993.

quadruple prisme qui se scinde en données personnelles, interpersonnelles, politiques et économiques¹⁷.

Au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, cette forme de délitement de la société génère des incivilités, de la violence et, *in fine* un sentiment d'insécurité.

Ces troubles peuvent peut-être s'expliquer par la désacralisation du secteur médical ainsi que la disparition du paternalisme médical. De manière générale, cela s'explique également par la montée de l'individualisme qui peut créer un sentiment de repli chez les individus et une certaine forme d'intolérance à la frustration pouvant mener à des actes d'incivilités et de violence.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont des institutions bien connues de la population, par les nombreuses missions qui leurs sont conférées comme la délivrance des soins généraux (médecine, chirurgie, obstétrique) et/ou plus spécialisées (psychiatrie et santé mentale, notamment), l'enseignement, la formation professionnelle ainsi que la recherche médicale et scientifique en ce qui concerne les établissements sanitaires, l'accompagnement ainsi que la prise en charge des publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance en ce qui concerne les établissements médico-sociaux.

Ces établissements constituent, selon la formule du chirurgien français Jacques-René Tenon, « la mesure de la civilisation d'un peuple [...] [et] sont plus appropriés à ses besoins et mieux tenus, à proportion de ce qu'il est plus rassemblé, plus humain, plus instruit »¹⁸.

Cependant, comme le souligne l'ONVMS dans son rapport :

« Parmi les types de violences répertoriés à l'ONVMS se trouvent les incivilités. Elles sont une véritable nuisance sociale qui gangrènent les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, portent gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilisation des équipes,

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ J.-R. Tenon, *Les hôpitaux de Paris*, mémoire, Paris, 1788.

dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutte contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous.¹⁹ ».

Bien que dépourvus de solutions miracles, il n'est pas étonnant que les pouvoirs publics se saisissent de cette familiarité et de la question de la confiance accordée par la population à ces institutions (86% d'opinion favorable)²⁰.

Pour ce faire, il a été important de dresser un état des lieux revêtant un ensemble d'éléments tels que les risques qui se sont fortement développés prenant dorénavant des formes plurielles et ainsi qu'une réflexion générale sur la mise en œuvre d'un potentiel ensemble de mécanismes visant à prendre en considération la nécessaire sécurisation de ces établissements mais également la mise en œuvre pratique de ces mécanismes dans un environnement semblant non sans raison aussi singulier que peut être un établissement sanitaire et/ou médico-social.

Dès lors, et ce, afin d'amorcer un travail de réflexion quant au processus de sécurisation des établissements sanitaires et médicaux-sociaux, il est fondamental de définir, en amont, un ensemble de termes.

De manière très générale, il semble possible de définir la sécurité à travers plusieurs prismes.

D'une part, le dictionnaire *Le Robert* définit la sécurité comme étant : « l'état d'esprit confiant et tranquille de celui qui se croit à l'abri du danger »²¹. D'autre part, l'Encyclopédie Focus, la définit quant à elle comme la : « tranquillité d'esprit découlant de la conviction justifiée ou non qu'aucun danger ne soit à redouter ». Enfin, le *Larousse* définit la sécurité comme étant la : « tranquillité d'esprit qui résulte d'une situation où l'on a aucun danger à craindre »²².

À la lumière de ces définitions, le terme sécurité semble donc pouvoir concerner un ensemble de domaines. La sécurité peut ainsi se manifester par le biais de la sécurité nationale qui est l'ensemble des moyens de nature civile (politique, diplomatique, économique, juridique,

¹⁹ Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVMS), Rapport 2020 sur les données 2019 p. 7.

²⁰<http://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/02/Ifop-pour-MNH-Les-Francais-et-lhopital-public-en-2022.pdf>.

²¹ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/securite>.

²² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/securite>.

notamment) et de nature militaire mis en œuvre par un État afin de protéger ses intérêts nationaux, en temps de paix mais également en temps de conflit. En outre, la sécurité civile peut également promouvoir la sécurité en protégeant les populations civiles ainsi que leurs biens et activités contre des risques et des menaces pouvant être de nature civile ou militaire.

Toutefois, et ce, de façon plus spécifique, la sécurité peut revêtir d'autres aspects, tels que la sécurité intérieure, la sécurité juridique, la sécurité économique, la sécurité alimentaire, la sécurité sanitaire, la sécurité industrielle, la sécurité au travail, la sécurité des systèmes d'information, la sécurité des transports, la sécurité nucléaire, la sécurité sociale ainsi que la sécurité privée.

Cependant, cet écrit n'a ni la prétention ni l'ambition d'aborder les différentes applications de la notion de sécurité. Ainsi, ce travail vise principalement à décrire les différents risques justifiant la mise en œuvre d'un mécanisme de protection par le biais d'une politique de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux tout en mentionnant les déclinaisons pratiques nécessaires à la mise en œuvre de cette politique tout en n'occultant pas les différents paramètres complémentaires à ces dispositifs que peuvent rencontrer les différents acteurs chargés de leur mise en œuvre.

Dès lors, afin d'amorcer l'impulsion d'une politique de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux, il est important de poser un diagnostic afin de déterminer ce que l'on entend exactement par l'emploi du terme politique de sécurisation dans ces établissements.

Le terme de sécurisation renvoie au fait de faire en sorte que chaque acteur s'inscrivant dans le fonctionnement d'un établissement se sente dans un état de sécurité globale. Bien qu'il soit naturel de penser, en premier lieu, aux agents des services sociaux et de santé, il convient de ne pas oublier que ce processus englobe également les usagers du système de santé ainsi que les intervenants extérieurs tels que les collaborateurs occasionnels du service public²³.

²³ La notion de collaborateur occasionnel du service public est une théorie jurisprudentielle visant à indemniser, sur le fondement de la responsabilité sans faute (fondée sur le risque), les personnes qui sont victimes d'un dommage alors qu'elles participent, de manière occasionnelle, à l'exécution d'un service public. CE, ass., 22 nov. 1946, Commune de Saint-Priest-la-Plaine ; CE, sect., 17 avr. 1953, Pinguet, req. n° 88147 ; CE, sect., 25 sept. 1970, Cne de Batz-sur-Mer, req. n° 73707 ; CE, ass., 27 nov. 1970, Consorts Appert-Collin, req. n° 75992 ; CE, sect., 1er juill. 1977, Cne de Coggia, req. n° 97476 ; CE, sect., 13 janv. 1993, Dame Galtié, req. n° 63044 ; CE 31 mars 1999, Hospices civils de Lyon, req. n° 187649 ; CE, sect., 12 oct. 2009, Mme Chevillard et autres, req. n° 297075.

Le thème de la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux englobe donc un ensemble de paramètres tous aussi importants les uns que les autres tels que la sécurité des soins, la sécurité du système d'information, la sécurité des données de santé, la sécurité quant aux biens et aux personnes, la sureté des locaux, etc.

À la lumière de ce qui précède, la présente étude soulève divers questionnements. Ainsi, il convient de se demander de quelle manière le processus de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux apparaît comme la nécessaire réponse aux enjeux sociétaux auxquels sont actuellement soumis ces établissements. En outre, une telle étude induit également de s'intéresser à la mise en œuvre pratique et concrète de ces différents mécanismes afin de mettre en lumière les difficultés et ambivalences que ce cheminement appliqué à chaque établissement soulève.

Le choix de la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux comme objet d'étude s'explique par les nombreux risques pesant sur ces établissements dont la mission première de service public, à savoir assurer la continuité et la permanence des soins peut être mise en péril dans bien des hypothèses qu'il convient dès lors de protéger.

Dans un premier temps, ce développement permettrait de démontrer que la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux ne peut être envisagée qu'à travers une conception empirique. Dans un second temps, ce développement permettrait de démontrer que la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux ne peut être rendue effective qu'à travers la mise en œuvre d'une déclinaison pratique.

Enfin, l'auteur de ce mémoire espère que l'étude ainsi réalisée permettra, à travers une ébauche de synthèse, de réunir l'ensemble des mécanismes pouvant être mis en œuvre par les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que leur déclinaison pratique et de les questionner.

Dans la première partie, il sera essentiellement question de traiter la question des risques et la réponse à ces derniers (**Première partie**).

Ces risques étant multiples, ils justifient la mise en œuvre d'un mécanisme de protection (**Chapitre 1**). La multiplication des risques entraîne, dès lors, une intensification des réponses apportées par les pouvoirs publics (**Chapitre 2**).

Dans la seconde partie, il conviendrait de s'intéresser à la déclinaison pratique au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux des réponses apportées par les pouvoirs publics **(Deuxième partie)**.

Pour être effectives et efficaces, ces réponses se doivent d'être adaptées et coordonnées **(Chapitre 1)**. Cependant, celles-ci ont nécessairement besoin de prendre en considération un ensemble de paramètres complémentaires. **(Chapitre 2)**.

Partie 1 : La sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux : une conception nécessairement empirique

Afin de comprendre pour quelle(s) raison(s) il est devenu nécessaire de mettre en œuvre un processus de sécurisation au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, il est essentiel de revenir à une certaine forme de genèse, poussant à faire germer cette vision stratégique.

Celle-ci s'est développée progressivement à la suite de l'accumulation d'un phénomène de multiplication des risques survenus au cours des dernières décennies.

Ces risques semblent être nombreux et revêtir des objets fort différents nécessitant une approche pragmatique qu'il semble important de développer (**Chapitre 1**).

La multiplication de ces risques, leurs caractères pluriels ainsi que les conséquences que ceux-là peuvent engendrer en font un élément de saisine par les pouvoirs publics, entraînant, de ce fait, un ensemble de réponses se voulant coordonnées et adaptées nécessitant de faire l'objet d'un pilotage conjoint appelant le concours d'un ensemble d'acteurs permettant d'apporter une réponse générale se voulant efficace et novatrice pour les établissements sanitaires et médico-sociaux (**Chapitre 2**).

Chapitre 1 : La multiplication des risques pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux justifie la mise en œuvre d'un mécanisme de protection

Selon le *Larousse*, il est possible de définir un risque comme étant : « la possibilité, la probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage » mais également comme étant : « un danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé²⁴ ».

Une définition plus juridique²⁵ propose de définir le risque comme étant « un événement dont l'arrivée aléatoire est susceptible de causer un dommage aux personnes ou aux biens ou aux deux à la fois ».

De façon plus consensuelle, l'OMS a dans un rapport²⁶ défini le risque comme étant la « probabilité d'une issue sanitaire défavorable, ou facteur qui augmente cette probabilité ».

À la lumière de ce qui précède, le terme risque s'articule donc à travers une double signification, à savoir la possible présence d'un danger et dans le même temps, les éventuelles conséquences que pourrait occasionner ce danger.

C'est dès lors à travers le prisme de ces définitions et les multiples déclinaisons dont le terme peut revêtir, à savoir, un événement soudain, susceptible de causer des dommages importants non seulement aux personnes, mais également aux biens et parfois les deux à la fois que le processus de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux doit s'organiser selon cet ensemble de paramètres.

Cependant, ces risques ne revêtent pas le même degré de gravité. En effet, le projet de mise en œuvre d'un mécanisme de protection s'articule de telle sorte que la survenance des risques puisse se produire en période ordinaire (**Section 1**), ou dans des périodes plus incertaines pouvant être qualifiées d'extraordinaires (**Section 2**).

²⁴ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque>.

²⁵ <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/risque>.

²⁶ OMS, Rapport pour la santé dans le monde, 2002, p7.

Section 1 : La survenance des risques en période ordinaire

La sécurité au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux tend, comme susmentionné à prendre une place considérable. En effet, ces établissements sont progressivement devenus des sociétés du risque²⁷, des lieux où règne une forte exposition aux risques. Cette exposition aux risques peut s'expliquer par les nombreuses activités qui s'y déroulent faisant de ces derniers l'épicentre d'un ensemble de menaces dont les membres du personnel de ces établissements sont les premiers à devoir faire face.

Cependant, la problématique du risque en période ordinaire au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux n'est pas circonscrite à une tendance particulière qui se révélerait générale, elle s'inscrit dans un ensemble hétérogène c'est-à-dire dans l'organisation globale des établissements et a vocation à impliquer l'ensemble des acteurs de ces organisations.

Dès lors, une classification des risques semble pouvoir être faite. Celle-ci s'articulant autour des risques qui peuvent être liés à l'activité médicale et les soins (**paragraphe 1**), aux risques liés à la santé en milieu professionnel (**paragraphe 2**) à la nature même des établissements (**paragraphe 3**), aux risques liés aux incivilités et à la délinquance au quotidien (**paragraphe 4**), aux risques liés à un évènement technique ou logistique (**paragraphe 5**), mais également aux risques liés aux systèmes d'information (**paragraphe 6**).

Paragraphe 1 : Les risques liés aux activités médicales et aux soins

Dans son ouvrage les « Chiffres Clés du risque médical au sein des établissements », la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) a recensé au titre de l'année 2020, 15 884 réclamations en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, dont 12 771 en établissement sanitaire et 3 113 en établissement social et médico-social²⁸. Selon les informations émises par cet ouvrage, l'essentiel des réclamations exprimées par les patients/résidents sont de nature médicale (91,9%) et porte donc sur le cœur de l'activité de

²⁷ F. SPIBHIRNY, *Sécurité à l'hôpital*, Gestions hospitalières, n° 565, avril 2017, p.215.

²⁸ Synthèse, Ouvrage Chiffres clés du risque médical en établissements, Bilan 2020, p.6.

ces établissements²⁹. Outre la dimension curative, les activités médicales et celles relatives aux soins se caractérisent par l'existence d'un ensemble de risques qui peuvent, en pratique, se révéler de plusieurs manières.

En effet, comme susmentionné, ils sont essentiellement liés aux actes médicaux et aux actes de soins et se déclinent en pratique à travers des erreurs de diagnostic, des erreurs de traitement, la maîtrise insuffisante d'une procédure, le non-respect volontaire d'une procédure, la maîtrise insuffisante d'un geste technique ou encore le non-respect d'un geste technique. Ils peuvent être liés à l'utilisation des produits de santé comme les médicaments et les produits sanguins. Également, il peut s'agir de risques infectieux tels que ceux qui sont associés aux soins (IAS), ou les risques infectieux d'origine nosocomiale (IN).

Toutefois, l'existence de ces risques ne se limite pas à l'activité médicale et à celle des soins en tant que tels. Les risques liés aux activités médicales et aux soins peuvent être liés à des éléments divers comme la mauvaise organisation des soins, l'environnement des activités médicales et de soins, la non-observance des activités médicales et de soins, mais également à certaines questions éthiques comme celles qui sont relatives à l'obstination déraisonnable, l'euthanasie, la limitation et l'arrêt thérapeutiques actifs qui sont des sujets aussi complexes que d'actualité. Enfin, il peut s'agir de risques liés au non-respect du secret médical ou liés au défaut d'information.

Cependant, et ce, à la lumière de ce qui précède, il semble que ces événements, lorsqu'ils se produisent ne résultent pas d'un manque de compétence technique des professionnels en question. Le plus souvent, ils se produisent lorsque survient un défaut d'organisation du service/pôle, une coordination défailante entre les différents acteurs en matière d'organisation, de vérification ou de communication.

Dès lors, lorsqu'un risque lié aux activités médicales et aux soins survient, il est fréquent que celui-ci soit qualifié « d'évènement indésirable ».

Selon une définition classique, il semble possible de définir un évènement indésirable associé aux soins comme étant :

« Un évènement péjoratif consécutif à un soin, auquel on n'aurait pas aimé assister, mais dont on sait malgré tout qu'il peut arriver. Il devient un évènement indésirable grave (EIG) s'il a entraîné au moins l'une des conséquences suivantes :

²⁹ Synthèse, Ouvrage Chiffres clés du risque médical en établissements, Bilan 2020, p. 11.

hospitalisation du patient (patient ambulatoire) ou prolongation de son hospitalisation (patient déjà hospitalisé) ; incapacité (ITT) ou invalidité (IPP) du patient ; mise en jeu du pronostic vital ; décès du patient »³⁰.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) avant son regroupement avec d'autres commissions au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) définissait un évènement indésirable comme étant : « un évènement survenant au sein de l'établissement de santé, qui peut avoir des conséquences néfastes sur le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens »³¹.

Celui-ci peut donc concerner un acte de soins ayant un but diagnostique, thérapeutique ou préventif ainsi que les actes médicaux à visée esthétique mais également faire suite à l'exposition d'un produit qui a été acheté en pharmacie, dans le commerce ou sur un site Internet. Il peut également s'agir d'une substance qui est présente dans la nature ou dans l'environnement³².

En tout état de cause, dès lors que survient un évènement indésirable, le code de la santé publique³³ (pour les établissements sanitaires) et le code de l'action sociale et des familles³⁴ (pour les établissements sociaux et médico-sociaux) prévoient que celui-ci doit faire l'objet d'un signalement auprès du directeur général de l'ARS selon une procédure spécifique.

Paragraphe 2 : Les risques liés à la santé en milieu professionnel

Le secteur sanitaire et médico-social est un secteur qui recouvre un ensemble de métiers très variés tels que des auxiliaires de vie, des aides-soignants, des infirmiers, des médecins, notamment, exerçant dans des secteurs différents comme les établissements publics de santé, les établissements privés de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'hébergement

³⁰ <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/119-evenement-indesirable>.

³¹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2003.

³² <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/qu-est-ce-qu-un-evenement-sanitaire-indesirable>.

³³ C. santé publ., art. R1413-67.

³⁴ C. soc., art L331-8-1.

pour travailleurs handicapés, les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les instituts médicoéducatifs (IME), les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), etc.

Ces professionnels sont exposés à un ensemble de risques professionnels tels que les risques liés à l'activité physique de leur activité sur leur corps, des risques de chutes et de glissades, des risques psychosociaux comme l'épuisement, le stress, la maladie, la fin de vie ainsi que la violence des usagers/patients.

Selon les chiffres de la caisse d'assurance maladie, les accidents du travail touchent essentiellement les membres du personnel qui travaillent auprès des personnes âgées. En effet, le nombre d'accidents du travail dans ce secteur est trois fois supérieur aux autres secteurs d'activités comme les établissements de santé³⁵.

Paragraphe 3 : Les risques liés à la nature même des établissements

Ces risques liés à la nature même des établissements s'articulent autour de la gestion économique des établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment en matière de financement qui impose aux établissements de faire plus avec moins de ressources.

Ce risque en matière de gestion l'est également quant aux ressources humaines, notamment lorsque les établissements se retrouvent en pénurie de personnels (infirmiers, aides-soignants, médecins) ou lorsqu'il y a des situations de grèves, des départs en retraite, des démissions, le départ d'une personne clé de l'organisation, des accidents de travail ou un risque social, important, par exemple.

Paragraphe 4 : Les risques liés aux incivilités et à la délinquance au quotidien

Comme cela a été développé en introduction, les risques liés aux incivilités et à la violence au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux se développent au gré des mutations sociétales. Dès lors, il ne s'agit pas dans le cas présent de revenir sur ce qui a été dit

³⁵ <https://www.ameli.fr/val-d-oise/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/chiffres-cles>.

précédemment, seulement d'expliciter les différents facteurs et la prise en considération de ces méfaits afin d'en faire un réel levier pour répondre à cette problématique.

En premier lieu, il s'agit du facteur humain : il convient de mettre la communication au cœur des enjeux notamment en matière de relations interpersonnelles, entre les membres du personnel de ces établissements, du relationnel des personnels à l'égard des usagers/patients.

En deuxième lieu, il s'agit du facteur organisationnel et plus précisément de l'organisation qui est mise en place au sein du service/pôle de l'établissement. À ce titre, il convient de définir une répartition des effectifs en fonction des besoins que ceux-là puissent faire l'objet de formation initiale et continue et que les patients soient orientés dans les différents services de façon que son parcours de soins soit le plus homogène possible.

En dernier lieu, il s'agit du facteur architectural et plus particulièrement de la conception des locaux. À ce titre, il convient de prendre en considération l'environnement dans lequel l'usager/le patient va être amené à évoluer.

Pour lutter contre ces actes d'incivilités et de violence, il a été mis en œuvre dans le cadre d'un protocole national associant le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur³⁶ qui a fait l'objet d'une réactualisation à deux reprises afin d'associer le ministère de la Justice³⁷, des conventions « santé-sécurité-justice » permettant de lutter contre ces actes nuisibles.

Elles permettent d'établir une coopération plus importante à l'échelle locale entre les différents services de l'État et les établissements de santé renforçant la sécurité de ces établissements et des membres du personnel qui y travaillent.

De façon, plus circonscrite aux établissements, les pouvoirs de police du directeur de l'établissement lui permettent de mettre en œuvre, un ensemble de mesures dans l'hypothèse où un événement extérieur venait perturber la quiétude de l'établissement.

À ce titre, le code de la santé publique prévoit que : « Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur »³⁸.

³⁶ Protocole nationale du 12 août 2005.

³⁷ Protocole national du 10 juin 2010 pour les établissements de santé et le protocole national du 20 avril 2011 pour les professionnels de santé qui exercent en libéral.

³⁸ C. santé publ., art. R.1112-47.

S'agissant des usagers/patients, celui-ci prévoit que : « Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin-chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé »³⁹.

En outre, les dispositions relatives aux situations conflictuelles ainsi que les droits et obligations des usagers/patients/accompagnant prévus lors de la rédaction du règlement intérieur, déclinés à travers le livret d'accueil et remis à chaque usager/patient lorsqu'ils font l'objet de soins, sont un levier d'action considérable afin de prévoir les situations à risque liées aux incivilités et aux violences au sein des établissements.

Il existe toutefois d'autres hypothèses afin de répondre à ces risques tels que la mise en place de la vidéosurveillance, la mise en œuvre de formations à l'intention des membres du personnel afin de les former à ces situations à risque.

Toutefois, la mise en œuvre de solutions pour lutter contre les incivilités et les violences au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux reste conditionnée au recensement de ces agissements afin de mettre en place un ensemble de solutions à la fois au sein de l'organisation et avec les partenaires régaliens. En outre, il convient d'impliquer l'ensemble des acteurs des établissements et de favoriser une bonne communication au sein des établissements.

Paragraphe 5 : Les risques liés à un évènement technique ou logistique

Ces risques sont étroitement liés aux infrastructures ainsi qu'aux installations des établissements. De celles-ci en résulte un ensemble de risques importants tels que le risque lié aux incendies (**A**), à la rupture d'électricité (**B**), le défaut d'approvisionnement de l'eau (**C**), la pollution (**D**) etc. En France, force est de constater que ces risques sont très peu connus, par voie de conséquence il n'existe pas réellement de réponse effective, adaptée et coordonnée.

³⁹ C. santé publ., art. R.1112-49.

Cependant, l'absence de connaissance relative à ce type de risque ne justifie pas une non-prise en considération de celui-ci par les équipes des organisations sanitaires et médico-sociales.

A) Les risques liés aux incendies

Il est possible de définir un incendie comme étant : « un grand feu qui, en se propageant, cause des dégâts importants »⁴⁰. Le feu désigne quant à lui : « la combustion d'un corps dégageant des flammes, de la chaleur et de la lumière⁴¹ ».

Au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, le déclenchement d'un incendie peut entraîner des conséquences désastreuses, en raison de la présence permanente ou partielle de patients, de public et de personnels mais également et surtout, car ces derniers peuvent rencontrer des difficultés à se déplacer.

C'est un risque qui fait l'objet d'une réglementation très précise. En règle générale, les incendies peuvent intervenir lorsqu'il y a : un feu mis à un matelas, un début de feu occasionné par un mégot de cigarette, un feu de poubelle au sein de services de soins, un feu qui prend au sein des installations ou des matériels électriques résultant d'un court-circuit, un feu qui prend dans les combles ou dans les sous-sols avec des objets qui ont tendance à s'enflammer très facilement.

Selon l'analyse des sinistres qui sont déclarés aux compagnies d'assurance, force est de constater que les risques d'incendie au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux semblent être plus élevés dans les services de psychiatrie ainsi que dans les maisons de retraite que dans les autres services.

Par ailleurs, l'étude des feux dans les établissements sanitaires montre que l'évacuation des personnes est rendue compliquée. En effet, dans la majorité des situations, celle-ci ne peut avoir lieu que par un transfert horizontal des patients/usagers situés dans la zone sinistrée vers la zone non sinistrée. D'où l'intérêt certain du compartimentage des locaux.

⁴⁰ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incendie>.

⁴¹ <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/feu>.

De plus, lorsque des feux se produisent au sein de ces établissements, ils sont souvent générateurs de fumées denses. Il convient donc dès la survenance de ceux-là de circonscrire les fumées qui sont produites par l'incendie afin de maintenir les circulations horizontales praticables.

B) Les risques liés aux ruptures d'électricité

Selon une définition très générale, mais suffisante, il est possible de définir « une panne de courant » comme étant : « la suspension de la distribution du courant électrique. Celle-ci peut provenir d'un défaut dans une centrale électrique, de l'équipement de distribution endommagé, un circuit ou une surcharge du système⁴² ».

À la lumière de la définition qui précède, il est aisé de comprendre que dès lors que des soins sont délivrés à des patients et que des dispositifs médicaux sont utilisés, les coupures électriques au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux peuvent entraîner des conséquences importantes voir dramatiques. Que l'établissement soit un établissement de santé, un établissement médico-social, il est donc primordial d'assurer la continuité de l'alimentation électrique.

À ce titre, une circulaire est intervenue afin de venir préciser les conditions techniques d'alimentation électrique, la mise en œuvre d'un dispositif de préparation au risque électrique et de gestion de crise et, la mise en en place d'essais périodiques au sein des établissements de santé⁴³.

S'agissant des établissements médico-sociaux, une instruction ministérielle⁴⁴ vient prescrire à ces établissements qui hébergent des résidents/patients/usagers de réaliser un Document d'Analyse des Risques de Défaillances Électriques.

⁴² https://fr.wikipedia.org/wiki/Panne_de_courant.

⁴³ Circulaire DHOS/E4 n°2006-393 du 8 septembre 2006.

⁴⁴ Instruction interministérielle n° DGCS/DGSCGC/2015/35 du 7 décembre 2015.

C) Les risques liés à la gestion de l'eau

Selon une définition très scolaire, il est possible de définir l'eau comme étant « un corps liquide à la température et à la pression ordinaires, incolore, inodore, insipide, dont les molécules sont composées d'un atome d'oxygène et de deux atomes d'hydrogène⁴⁵ ».

Au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, la question de la gestion de l'eau est en enjeu important de santé publique mais également d'environnement. En effet, l'eau est un élément essentiel quant au bon fonctionnement de ces établissements. Pour chaque patient/usager, les établissements de santé consomment quotidiennement environ un mètre cube d'eau, soit quatre fois plus qu'une personne dans son quotidien.

Dès lors, les établissements doivent maîtriser la qualité microbiologique de l'eau et faire face aux différents enjeux quant à la distribution de l'eau. Or, force est de constater que celle-ci peut constituer une source d'infections importantes dans l'hypothèse d'une contamination, notamment pour les patients/usagers les plus fragiles.

Les risques liés à l'utilisation de l'eau au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux sont essentiellement de nature infectieuse et toxique, le risque de nature infectieux étant le plus dangereux.

En effet, l'eau peut être victime de micro-organismes potentiellement responsables d'infections comme des bactéries, des virus, des parasites, fungi et micro-algues, pouvant être saprophytes, opportunistes ou pathogènes, selon les hypothèses. En tout état de cause, la gravité des infections peut varier selon la nature des micro-organismes, l'état immunitaire des patients exposés et donner lieu à des infections à tropisme digestif, des infections respiratoires ainsi que des infections cutanéomuqueuses.

Le risque toxique se rencontre lorsque l'eau est chargée en substances chimiques en quantité trop importante. Au sein des établissements sanitaires, par exemple, ce risque peut provenir de la dissolution des matériaux de canalisation mais également de pollutions accidentelles en cas de mise en dépression du réseau.

La mise en œuvre d'une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau implique pour chaque établissement une démarche d'organisation de la gestion des risques liés à la qualité

⁴⁵ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/eau>

de l'eau, l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la qualité de l'eau, ainsi que le choix d'une méthode d'amélioration de la qualité.

À ce titre, un guide a été publié afin d'aider les établissements à mettre en place une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau⁴⁶.

Il s'agit d'un problème complexe qui implique de nombreux acteurs pour concevoir le réseau de distribution, assurer sa maintenance, entretenir les appareils sanitaires, adapter la qualité de l'eau aux usages, la contrôler. Or, « si le producteur d'eau du réseau public est soumis à une double obligation de moyens et de résultats pour ce qui concerne le respect des exigences de qualité auxquelles doit répondre l'eau destinée à la consommation, il est de la responsabilité des gestionnaires d'établissements de santé de vérifier et de garantir sa qualité aux points d'usage ».

Le sens que le pouvoir réglementaire a voulu donner à cette phrase est clair : le directeur d'hôpital doit prévenir les risques techniques liés à l'utilisation de l'eau, car ils peuvent entraîner des conséquences sanitaires graves.

D) Les risques liés à la pollution

Il est possible de définir la pollution comme étant la : « dégradation de l'environnement par des substances (naturelles, chimiques ou radioactives), des déchets (ménagers ou industriels) ou des nuisances diverses (sonores, lumineuses, thermiques, biologiques, etc.) Bien qu'elle puisse avoir une origine entièrement naturelle (éruption volcanique, par exemple), elle est principalement liée aux activités humaines⁴⁷».

Selon une directive européenne, il s'agirait de : « l'introduction directe ou indirecte, par suite de l'activité humaine, de substances ou de chaleur dans l'air, l'eau ou le sol, susceptible de porter atteinte à la santé humaine ou à la qualité des écosystèmes aquatiques ou des écosystèmes terrestres, qui entraînent des détériorations aux biens matériels, une

⁴⁶ Guide "l'eau dans les établissements de santé" DGS-DGOS – 2005.

⁴⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pollution>.

détérioration ou une entrave à l'agrément de l'environnement ou à d'autres utilisations légitimes de ce dernier »⁴⁸.

Quotidiennement, une personne adulte inhale entre 10 000 et 20 000 litres d'air qui est composé en moyenne à 99% d'oxygène et d'azote⁴⁹. Cependant, force est de constater que cet air peut contenir divers polluants qui peuvent entraîner des conséquences sur l'état de santé.

La qualité de l'air est un élément fondamental de notre environnement. Bien que dégradé, notamment dans les environnements urbanisés, il est toutefois rendu nécessaire pour les établissements sanitaires et médico-sociaux qui accueillent des personnes fragiles ou immunodéprimées afin de les préserver de toute contamination par l'air ambiant.

À cette fin, il convient donc d'avoir une connaissance fine des risques qui sont véhiculés par l'air des établissements sanitaires et médico-sociaux notamment en ce qui concerne le bâtiment lui-même qui peut générer de la pollution liée aux produits chimiques qui sont contenus dans les matériaux de construction, par exemple.

Paragraphe 6 : Les risques liés aux systèmes d'information

Avant de traiter les risques liés aux systèmes d'information, il convient d'en donner une définition.

Il est possible de définir un système d'information comme étant : « un ensemble de moyens humains, techniques et organisationnels qui visent à assurer la circulation de l'information dans l'entreprise⁵⁰ ». Appliqué au secteur sanitaire, un système d'information hospitalier (SIH) peut être défini comme étant : « un système d'information appliqué au secteur de la santé, et plus particulièrement aux établissements de santé⁵¹ ». De façon plus précise, le système d'information d'un établissement de santé peut être défini comme étant : « l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à

⁴⁸ Directive Européenne 2000/60/CE du 23 octobre 2000.

⁴⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/air-exterieur/qualite-de-l-air-exterieur-10984/article/qualite-de-l-air-sources-de-pollution-et-effets-sur-la-sante>.

⁵⁰ R. REIX, *Systèmes d'information et management des organisation*, Vuiber, p. 1.

⁵¹ https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_d%27information_hospitalier.

son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique⁵²».

Le système d'information est au cœur de la gestion des établissements. L'ensemble de ces informations concerne un ensemble de fonctions comme celle relative aux soins, à la logistique mais également en ce qui concerne les finances. Dès lors, celui-ci est essentiel pour que les établissements puissent répondre aux besoins des usagers/patients.

Cependant, force est de constater qu'il existe un certain nombre de risques spécifiques quant aux systèmes d'information. En effet, selon une instruction ministérielle⁵³, « les risques liés à la sécurité des systèmes d'information se multiplient dans le monde. Selon l'éditeur Symantec, la France serait entrée en 2015 dans le top 10 des pays les plus touchés par le piratage informatique ».

Par ailleurs, à l'heure de la rédaction de cet écrit, plusieurs cyberattaques ont eu lieu au sein d'un établissement public de santé (le Centre Hospitalier Sud Francilien) et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Beuzeville.

Ces attaques qui visent le réseau information des établissements qui en sont victimes ont rendu inaccessibles « tous les logiciels métiers de l'hôpital, les systèmes de stockage et le système d'information ayant trait aux admissions de la patientèle » selon un communiqué presse de l'établissement en question.

Afin de répondre à cette problématique de plus en plus croissante, le ministre de la Santé et de la prévention, François BRAUN a annoncé au titre du plan de sécurisation des établissements de santé, une enveloppe de 20 millions d'euros pour les établissements de santé⁵⁴.

Dans l'idée générale d'apporter une réponse adaptée à cette problématique de risques, il est primordial de mettre en œuvre une politique de sécurité afin d'assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données ainsi que l'auditabilité du système d'information.

⁵² Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

⁵³ Instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») dans les établissements et services concernés.

⁵⁴ Annonce du ministre de la Santé et de la prévention en visite le 26 août 2022 au Centre hospitalier Sud Francilien.

Pour ce faire, celle-ci doit se donner comme ambition de couvrir l'organisation ainsi que le management de la sécurité en nommant un responsable de la sécurité du système d'information, définir les principes de sécurité qui seront à mettre en œuvre pour les applications ainsi que les données du système d'information comme les documents, les données informatiques, les différents matériels et logiciels informatiques, notamment.

Il sera également nécessaire d'élaborer un plan d'action en déterminant les conditions d'utilisation de dispositifs de sécurité par le personnel de l'établissement de santé par les usagers externes, ainsi que les services de support et d'accompagnement nécessaires. La mesure de l'efficacité des dispositifs de sécurité et leur mise à jour et des actions de formation et d'information des utilisateurs.

L'ensemble de ces risques liés à des ensembles très divers s'inscrivent dans la dynamique quotidienne des établissements et peuvent être qualifiés de risques se produisant en période ordinaire.

Section 2 : L'extension des risques en période extraordinaire

Comme il en a été fait état précédemment, la survenance des risques en période ordinaire s'inscrit dans une dynamique quotidienne des établissements, cependant, la problématique des risques peut se voir être élargie notamment quant à sa nature et son degré dans des périodes pouvant être qualifiées d'extraordinaires.

Il s'agit des risques en matière de radicalisation/terrorisme (**paragraphe 1**), en matière de crise sanitaire (**paragraphe 2**) ainsi qu'en matière de risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (**paragraphe 3**).

Paragraphe 1 : Le risque en matière de radicalisation/terrorisme

Les enjeux liés à la radicalisation (**A**) et au risque terroriste (**B**) présentent un ensemble de défis et de dilemmes dans notre démocratie moderne, et par voie de conséquence au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux.

A) Les enjeux liés à la radicalisation

Selon une définition classique, générale et lacunaire, il est possible de définir la radicalisation comme étant : « une action de radicaliser ou de se radicaliser, de durcir une position, ou résultat de cette action⁵⁵ ».

Le Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR) envisage le terme radicalisation comme étant :

« Un processus de rupture sociale, morale et culturelle avec les valeurs de la République qui conduit un individu à adopter une nouvelle lecture de la société, de nouveaux habitus, de nouveaux comportements, remettant en cause les fondements du pacte social et légitimant le recours à la violence. Reposant sur le conspirationnisme ainsi qu'une vision victimaire, ce processus s'inscrit dans une idéologie visant à rompre avec l'ordre social⁵⁶ ».

La radicalisation est donc un phénomène qui amène une ou un ensemble de personnes à devenir plus rigide quant à sa manière de raisonner puis d'agir.

Cependant, il est important de préciser que la définition du terme radicalisation ne fait pas consensus. En effet, dans un rapport de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat relatif aux collectivités territoriales et la prévention de la radicalisation⁵⁷, les rapporteurs, Jean Marie BOCKEL et Luc CARVOUNAS estiment que : « si elle est entrée dans le langage courant, la notion de radicalisation est en fait ambiguë. D'abord, parce qu'elle ne nomme pas, dans sa simplicité, la réalité de la menace, qui est islamiste. Ensuite, parce qu'elle hésite en permanence : s'agira-t-il de s'intéresser à toute forme de radicalisation ? Ou, comme cela transparaît parfois, à la seule radicalisation violente ? La seconde hypothèse est peu pertinente parce que l'expérience montre que le choix de l'action violente est généralement précédé d'une radicalisation où la question des moyens ne se pose pas encore. En d'autres termes, pour qu'il y ait radicalisation violente, il

⁵⁵ <https://fr.wiktionary.org/wiki/radicalisation>.

⁵⁶ <https://www.cipdr.gouv.fr/prevenir-la-radicalisation>.

⁵⁷ « *Les collectivités territoriales et la prévention de la décentralisation* » par Jean-Marie Bockel et Luc Carvounas, délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat (n°483, 29 mars 2017) p. 16.

faut qu'il y ait d'abord radicalisation et le passage de l'une à l'autre obéit à des critères que nul ne maîtrise réellement. »

Dans un rapport d'information sur les services publics face à la radicalisation⁵⁸, les rapporteurs ont estimé que « la politique de prévention et de détection de la radicalisation reste encore peu développée au sein du service public de la santé⁵⁹. »

À ce titre, une instruction vient « préciser le cadre d'intervention des ARS s'agissant des phénomènes de radicalisation, en soutien de l'action des préfets. Celle-ci vient rappeler l'organisation ainsi que les ressources à l'échelle nationale. Elle invite à la nomination d'un référent régional en charge de cette question, dont elle précise les missions. Elle rappelle également, les dispositions existantes en matière de transmission d'information à caractère personnel, ainsi que de respect et de dérogation au secret médical⁶⁰».

Par ailleurs, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a publié un guide⁶¹ rappelant les moyens d'action qui peuvent être mis en œuvre par l'administration et notamment par les établissements sanitaires et médico-sociaux pour faire face à des agents signalés comme radicalisés.

Un Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme (PART)⁶² propose une stratégie nationale à travers un ensemble de mesures telles que : détecter les trajectoires de radicalisation et les filières terroristes le plus tôt possible, surveiller, entraver et neutraliser les filières terroristes, combattre le terrorisme dans ses réseaux internationaux et dans ses sanctuaires, densifier les dispositifs de prévention de la radicalisation pour assurer une prise en charge individualisée des publics, développer la recherche appliquée en matière de contre discours et mobiliser l'islam de France, mieux protéger les sites et les réseaux vulnérables, savoir réagir à toute attaque terroriste et manifester la résilience de la Nation.

Un Plan national de prévention de la radicalisation (PNPR)⁶³ propose quant à lui de réorienter la politique de prévention à travers cinq axes : prémunir les esprits face à la

⁵⁸ Rapport d'information de la commission des lois déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les services publics face à la radicalisation. (MM. Éric Diard et Éric Poulliat).

⁵⁹ *Ibid*, p.85.

⁶⁰ Instruction SG no 2016-14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation.

⁶¹ Guide de prévention de la radicalisation dans la fonction publique, quel outils statutaires de prévention et d'action ? DGFAP.

⁶² Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme – 9 mai 2016.

⁶³ Plan national de prévention de la radicalisation « Prévenir Pour Protéger » - 23 février 2018.

radicalisation, compléter le maillage détection/prévention, comprendre et anticiper l'évolution de la radicalisation, professionnaliser les acteurs locaux et évaluer les pratiques, adapter le désengagement.

Un rapport sur la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents exerçant au sein des établissements de santé⁶⁴ explique que les signalements quant à des soupçons de radicalisation sont peu nombreux dans les établissements sanitaires et médico-sociaux mais sont tout de même en augmentation.

En effet, selon les informations fournies par le ministère de l'Intérieur : « un très faible nombre de cas de radicalisation a été relevé au sein du secteur de la santé⁶⁵ ». Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que les situations de radicalisation dans le milieu de la santé sont certes rares mais demeurent surtout difficiles à quantifier.

Cependant, et ce, afin de lutter contre la radicalisation au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, ce rapport établit un ensemble de recommandations à destination de la santé afin de renforcer la prévention et la lutte contre la radicalisation dans le secteur public de la santé qui s'articule comme ceci : la sensibilisation et la formation des agents publics, le signalement et le contrôle des cas observés de radicalisation, la représentation des cultes à l'hôpital avec notamment une actualisation du cadre juridique quant aux aumôneries hospitalières, la vigilance quant aux pratiques médicales avec une attention particulière des dérives médicales et une meilleure gouvernance en matière de traitement des informations.

En tout état de cause, une circulaire⁶⁶ a été publiée visant à renforcer la prévention de la radicalisation des agents employés au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Celle-ci vient réaffirmer les obligations des agents publics dans le cadre de l'exercice des fonctions et en dehors du service, les dispositifs de signalement à utiliser en cas de repérage d'une situation de radicalisation, l'organisation à mettre en place, les actions de formation et de sensibilisation proposées ainsi que le dispositif de pilotage mis en place afin de suivre cette politique.

⁶⁴ Rapport sur la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents exerçant au sein des établissements de santé – mars 2022.

⁶⁵ *Ibid*, p.21.

⁶⁶ Circulaire n° SG/Pôle ARS santé/HFDS/DGOS/2020/215 du 31 décembre 2020 relative à la prévention de la radicalisation des agents employés par les établissements publics de santé et établissements publics médico-sociaux.

B) Les enjeux liés au terrorisme

Selon une définition générale et lacunaire, le terrorisme serait : « un ensemble d'actes de violence (attentats, prises d'otages, etc.) commis par une organisation ou un individu pour créer un climat d'insécurité, pour exercer un chantage sur un gouvernement, pour satisfaire une haine à l'égard d'une communauté, d'un pays, d'un système⁶⁷ ».

Les dispositions du Code pénal ne sont pas très étanches quant à l'emploi de ce terme et estime qu'est relatif au terrorisme les : « actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ont pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur (...)»⁶⁸.

À l'instar du terme relatif à la radicalisation, celui relatif au terrorisme ne fait pas plus consensus tant le nombre de textes tendant à le définir existe. Dès lors, il n'existe pas réellement de définition reconnue du terme terrorisme qui fasse l'objet d'un consensus même s'il est possible d'en dresser une typologie⁶⁹.

Si l'on s'en tient à celle qui est la plus acceptée, il s'agira de définir le terrorisme comme étant :

« Une méthode d'action violente répétée inspirant l'anxiété, employée par des acteurs clandestins individuels, en groupes ou étatiques, pour des raisons idiosyncrasiques, criminelles ou politiques, selon laquelle, par opposition à l'assassinat, les cibles directes de la violence ne sont pas les cibles principales. Les victimes humaines immédiates de la violence sont généralement choisies au hasard (cibles d'occasion) ou sélectivement (cibles représentatives ou symboliques) dans une population cible, et servent de générateurs de message. Les processus de communication basés sur la violence ou la menace entre les (organisations) terroristes, les victimes (potentielles), et les cibles principales sont utilisés pour manipuler la cible principale, en faisant une cible de la terreur,

⁶⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/terrorisme>.

⁶⁸ C. pén., art. 421-1.

⁶⁹ RD sanit. soc. 2019, p. 205.

une cible d'exigences, ou une cible d'attention, selon que l'intimidation, la coercition ou la propagande est le but premier⁷⁰ ».

À cette fin, et ce, sans vouloir entrer dans un débat doctrinal quant à la définition du terme terrorisme qui est selon le Professeur Laurent REVERSO : « une entreprise parfaitement vaine »⁷¹.

Toutefois, il est possible de s'entendre sur le fait que le risque lié au terrorisme est bien présent et peut présenter des enjeux et des défis propres aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

À ce titre, le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale a publié un guide⁷² à destination (notamment) des établissements recevant du public (EPR) et donc incluant les établissements sanitaires et médico-sociaux afin de donner des éléments permettant la protection de ces établissements, contre la menace terroriste.

Paragraphe 2 : Le risque en matière de crise sanitaire

Il est possible de définir une crise sanitaire comme étant : « un évènement ou un trouble provoqué par un problème de santé publique touchant ou pouvant toucher un nombre important de personnes, sur un territoire donné ou sur l'ensemble de la Terre. Elle peut augmenter sensiblement le taux de mortalité ou de surmortalité de la population. Elle est, en général, reprise rapidement et très largement par les médias avant que les pouvoirs publics ne la prennent en charge⁷³ ».

Pour qu'une crise sanitaire soit caractérisée, il y a deux conditions à réunir, il faut être en présence : d'une situation d'urgence qui représente une menace pour la santé de la population et que celle-ci soit inédite.

La crise sanitaire emblématique du début du XXI^e siècle (il faut remonter à la crise sanitaire relative à la pandémie grippale de l'année 1918 dite « grippe espagnole » pour retrouver une

⁷⁰ Alex P. Schmid et Albert J. Jongman, *Political Terrorism: A New Guid To Actor, Authors, Concepts, Data Bases, Theories, And Literature*, Transaction Publishers, Piscataway, 1988, p. 1-2

⁷¹ L. Reverso, Le terrorisme est-il une personne ? Droit romain, droit naturel, droit positif, droit pénal de l'ennemi, *Riséo*, 2015-2, n° 24, p. 36.

⁷² Guide des bonnes pratiques pour la sûreté des espaces publics.

⁷³ https://www.toupie.org/Dictionnaire/Crise_sanitaire.

telle ampleur) est celle relative à l'épidémie de covid-19 qui a donné lieu à un ensemble de mesures allant jusqu'au confinement de la population.

À ce titre, et ce, pour lutter contre celle-ci, il a été fait une loi d'urgence en date du 23 mars 2020⁷⁴ qui est immédiatement entrée en vigueur accompagnée d'un décret d'application du même jour⁷⁵ qui a permis d'introduire de façon provisoire, la possibilité de mettre en œuvre un état d'urgence sanitaire en cas de catastrophe sanitaire.

Bien que n'étant plus en vigueur, à ce jour, il s'agissait d'une mesure exceptionnelle qui permettait dans le cadre de la catastrophe sanitaire que nous avons tous connue de faire face à la pandémie.

Ce régime d'état d'urgence sanitaire codifié aux articles L.3131-12 et suivants⁷⁶ (depuis abrogé) du Code de la santé publique n'est pas venu pour autant mettre fin au dispositif législatif qui avait été mis en place initialement le 5 mars 2007 par une loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur et codifiée dans le chapitre relatif aux mesures d'urgence du Code de la santé publique.

En effet, le premier dispositif législatif faisait référence à une « catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité la santé de la population⁷⁷ ». Celui-ci avait vocation à s'appliquer en cas de crise sanitaire de grande ampleur, alors que le second dispositif législatif correspond aux crises sanitaires d'une moindre ampleur, c'est-à-dire en vue de répondre à une « menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence⁷⁸ ».

L'état d'urgence sanitaire permet, en pratique, d'autoriser le Premier ministre à prendre par décret, pris sur le rapport du ministre de la Santé, des mesures limitant la liberté d'aller et venir, la liberté d'entreprendre et la liberté de réunion comme les mesures de confinement, la mise en œuvre d'un couvre-feu, notamment, mais également, des mesures de réquisition de tous biens et services nécessaires afin de mettre fin à une catastrophe sanitaire comme la réquisition de masques chirurgicaux ainsi que des mesures temporaires de contrôle des prix.

⁷⁴ Loi n° 2020-290, 23 mars 2020.

⁷⁵ Décret n° 2020-293, 23 mars 2020.

⁷⁶ C. santé publ., art. L.3131-12 et suivants (abrogé).

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ C. santé publ., arti. L3131-1.

Paragraphe 3 : Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (NRBC)

Selon une définition générale, il est possible de définir le risque Nucléaire, radioactif, biologique et chimique (NRBC) comme étant : « des risques différents dont les approches nécessitent des protocoles particuliers mis en œuvre par des unités spécialisées au sein des services de défense et/ou de sécurité⁷⁹ ».

Une autre définition définit le risque NRBC comme étant : « les quatre grands risques encourus par une population liés à des activités industrielles, à l'utilisation d'arme de destruction massive ou à des pandémies pouvant entraîner un nombre élevé de victimes potentielles : le nucléaire, la biologie, la chimie et la dissémination de produits radioactifs contaminants⁸⁰ ».

Les risques nucléaires et radiologiques sont des risques qui sont essentiellement liés à des éléments qui sont radioactifs. Cependant, il existe une nuance entre les deux risques.

En effet, un accident peut être qualifié de nucléaire dès lors qu'il y a une présence forte d'émission d'éléments radioactifs au sein de l'environnement et/ou qu'il y ait une forte irradiation.

Celui-ci peut se produire au sein d'une centrale nucléaire, au sein d'une installation nucléaire de base ou qui est à proximité ou lors du transport de matières qui sont radioactives ou alors lorsque ces matières font l'objet d'une dispersion qui peut être involontaire ou malveillante. Le terme radiologique quant à lui est relatif aux rayonnements. C'est dans ce cadre qu'il est répandu en médecine et plus particulièrement en imagerie médicale.

Les risques liés aux accidents nucléaires ou radiologiques sont de deux types : l'exposition externe (rayonnement et dépôt au sol du nuage radioactif) et la contamination interne (ingestion d'aliment contaminé, inhalation d'air contaminé, absorption d'éléments radioactifs par une plaie ouverte). Les effets sur l'organisme humain dépendent de la dose absorbée.

Les risques biologiques représentent les risques liés à des micro-organismes pathogènes ou à leurs toxines. Il peut s'agir de virus, de bactéries, de champignons ou de parasites, dirigés

⁷⁹ <https://defense-zone.com/blogs/news/risque-nrbc>.

⁸⁰ <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/nrbc>.

contre des personnes, des animaux ou des cultures. La plus grande faculté du micro-organisme est de pouvoir se répliquer et donc se répandre à grande ampleur même si la concentration initiale est faible.

Les risques chimiques représentent les risques liés à des substances liquides, gazeuses ou solides dont la toxicité peut blesser, voire tuer un être vivant. Les agents chimiques se divisent en deux catégories : les produits industriels (chlore, acide cyanhydrique, thallium...) et les armes chimiques.

Ces armes sont conçues dans un but militaire pour provoquer une incapacité chez l'ennemi à court terme (agent neutralisant) ou sur le long terme (agent incapacitant), voire pour provoquer la mort (agent létal).

Conclusion du chapitre 1

De nombreux risques pèsent sur les établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces risques sont à la fois nombreux, pluriels et s'articulent essentiellement autour des activités médicales et aux soins, à l'activité professionnelle même des différents d'acteurs de ces organisations à travers (notamment) les accidents du travail, à la nature même de ces établissements, des incivilités et à la délinquance au quotidien, à des événements techniques ou logistiques comme les incendies, les risques liés aux ruptures d'électricité, les risques liés à l'eau ainsi qu'à la pollution. Ces risques s'articulent également autour des systèmes d'information dont l'actualité semble nous rappeler à quel point ceux-là sont plus présents que jamais.

L'ensemble de ces risques peuvent être qualifiés d'ordinaire, c'est-à-dire qu'un cadre législatif, réglementaire en donne un ordre repère et n'appelle pas spécifiquement à une adaptation particulière selon le temps et le lieu.

Or, il y a également les risques susceptibles d'avoir lieu en période dite extraordinaire comme ceux liés à la radicalisation, aux attentats terroristes, aux crises sanitaires exceptionnelles mais également aux risques liés aux éléments nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (NRBC) qui, par leur ampleur et leur nature sont susceptibles d'avoir des conséquences et des répercussions très importantes sur la chaîne de soins et semble dépasser le cadre des établissements.

Dès lors, ce sont essentiellement ces risques qui font l'objet d'une saisine des pouvoirs publics qui à travers un ensemble de réponses vise à intensifier la lutte contre ces risques dont les établissements sanitaires et médico-sociaux sont susceptibles de faire face.

En outre, il convient de préciser qu'à travers la présentation des risques qui a été faite, celle-ci s'est voulu être générale, il ne s'agissait pas de dresser un panorama général, global et exhaustif de l'ensemble de ces risques, mais bien d'en brosser un portrait abstrait afin de donner une idée de ce que ces risques pouvaient revêtir.

Il existe donc bien évidemment d'autres risques qui se veulent être importants, cependant à travers cette présentation, il importe qu'un éventail général des risques les plus importants ait pu être dressé.

Chapitre 2 : L'intensification des réponses apportées aux risques pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux

La multiplication des risques pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux participe à une intensification des réponses apportées par les pouvoirs publics.

Saisies de cette problématique, les réponses s'articulent à travers un ensemble de politiques dites de sécurisation.

Cependant, force est de constater que les réponses apportées s'articulent essentiellement autour des risques en période extraordinaire.

Non pas que les risques en période ordinaire (comme il en a été fait état précédemment) ne soient pas importants, mais l'ampleur et les conséquences des risques en période extraordinaire (acte terroriste, crise sanitaire d'ampleur, attaque chimique) appelle un concours des forces plus préparées, adaptées et coordonnées.

Selon une définition très générale, il est possible de définir une politique de sécurité comme étant : « un plan d'action défini pour préserver l'intégrité et la pérennité d'un groupe social. Elle reflète la vision stratégique de la direction de l'organisation⁸¹ ».

Celle-ci est supposée s'articuler autour de plusieurs objectifs comme la définition de plusieurs orientations et les différentes déclinaisons pratiques en matière technique et managériale.

S'agissant des établissements sanitaires et médico-sociaux, ces politiques dites de sécurisation font l'objet d'un portage pour certaines à l'échelle nationale à travers un ensemble de mécanismes (**Section 1**), pour d'autres, elles font l'objet d'un pilotage à l'échelle locale à travers un ensemble de normes (**Section 2**).

⁸¹ https://fr.wikipedia.org/wiki/Politique_de_s%C3%A9curit%C3%A9.

Section 1 : Des politiques de sécurisation portées à l'échelle nationale

Les politiques de sécurisation portées à l'échelle nationale s'incarnent à travers la nomination d'un Haut fonctionnaire de défense et de sécurité (**paragraphe 1**), un ensemble de plans que celui-ci a vocation à animer et à coordonner (**paragraphe 2**), mais également à travers le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (**paragraphe 3**).

Paragraphe 1 : Le Haut fonctionnaire de défense et de sécurité

« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont, par nature, des espaces ouverts, ils accueillent en permanence des usagers et leurs proches. Comme tous les organismes recevant du public, ils peuvent se trouver confrontés à toutes les formes de violence que connaît notre société⁸² ».

C'est en ces termes que débute l'instruction élaborée par le Haut fonctionnaire de défense et de sécurité et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Le Haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS) est, comme son nom l'indique, un haut fonctionnaire qui a vocation à exercer une fonction de défense et de sécurité au sein de la haute fonction publique. Celui-ci est placé auprès du ministre dont il dépend qu'il « conseille pour l'ensemble des questions qui sont relatives à la défense et aux situations d'urgence affectant la défense, la sécurité et la vie de la nation⁸³ ».

À l'échelle du ministère de la Santé et de la prévention qui a une autorité de tutelle sur les établissements sanitaires et médico-sociaux, le HFDS est le secrétaire général des ministères sociaux (ministère du Travail et ministère de la Santé), il s'agit, à ce jour de Nicole DA COSTA.

En vertu des attributions qui sont les siennes le HFDS : « anime et coordonne, au sein du département dont il relève, la politique en matière de défense, de vigilance, de prévention de

⁸² Outil d'auto-évaluation de sûreté – Modèle de fiche de sécurité – SGMS – HFDS – DGCS.

⁸³ C. défense, art. R. 1143-4.

crise et de situation d'urgence. Il contrôle la préparation des mesures d'application⁸⁴ ». Depuis 1986, le HFDS a également la charge de la sécurité des systèmes d'information.

À cette fin, il est chargé de :

« 1° veiller à la diffusion des plans, des doctrines d'emploi et des directives gouvernementales en matière de défense et de sécurité et il coordonne l'élaboration des plans ministériels et des instructions d'application ; 2° s'assure de la connaissance et de la bonne application de la planification de défense et de sécurité au sein du département ministériel dont ils relèvent, par des actions de sensibilisation et de formation et par des exercices interministériels de mise en œuvre des plans ; 3° il est chargé de l'organisation et du maintien en condition opérationnelle du dispositif ministériel de situation d'urgence ; il s'assure notamment de la mise en place et du bon fonctionnement d'un dispositif permanent de veille et d'alerte ; 4° s'assure de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de sécurité dans les secteurs d'activité relevant de son ministère, notamment lorsqu'ils sont reconnus d'importance vitale ; 5° il conseille le ministre sur les mesures de protection des biens et des personnes au sein de son ministère, il peut, en outre, être chargé de l'application de ces mesures, 6° il veille à la protection du patrimoine scientifique et technique ; 7° il veille au déploiement dans son ministère des moyens sécurisés de communication électronique gouvernementale et des outils de situation d'urgence ; il s'assure, par ailleurs, de leur bon fonctionnement, 8° il anime la politique de sécurité des systèmes d'information et contrôle l'application de celle-ci, 9° ils peuvent être appelés à participer, dans le cadre fixé par le ministre dont il dépend et sous l'égide du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, de la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'intelligence économique⁸⁵ ».

À cette fin, un Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale⁸⁶ a été élaboré et publié afin de définir les différentes vulnérabilités qui pèsent sur le territoire national, sur la population et in fine, sur les établissements sanitaires et médico-sociaux. Il s'agit : du terrorisme, des attaques majeures contre les systèmes d'information, de l'espionnage et des stratégies

⁸⁴ C. défense, art R. 1143-5.

⁸⁵ C. défense, art R. 1143-5.

⁸⁶ Livre blanc de défense et de sécurité – 2013.

d'influence, des grands trafics internationaux, des nouveaux risques sanitaires et naturels, des risques technologiques ainsi que les menaces sur les ressortissants et les intérêts français et européens à l'étranger.

Les politiques de sécurisation portées à l'échelle nationale notamment en matière de risque terroriste et d'évènements malveillants ont vocation à s'articuler autour du Plan Vigipirate, des plans d'intervention de la famille « Pirate », des plans de secours aux personnes ainsi que des plans de continuité d'activité.

Paragraphe 2 : Les plans gouvernementaux de défense

Les plans gouvernementaux de défense s'articulent essentiellement à travers le plan Vigipirate (**A**) et un ensemble de plans nationaux sanitaires (**B**).

A) Le plan Vigipirate

Créé en 1978 et modifié en 2014⁸⁷, le plan Vigipirate est un plan gouvernemental visant à assurer la vigilance, la prévention et la protection du territoire national, en mer et à l'étranger ainsi que dans les pays où les ressortissants, les représentations mais également les intérêts français pouvant être menacés, contre le risque terroriste.

Sous la responsabilité du Premier ministre, le plan Vigipirate vise à développer une culture de la vigilance et de la sécurité au sein de la société à travers la détermination d'un ensemble de stratégies et la fixation d'objectifs de sécurité visant à l'identification des mesures à mettre en œuvre afin d'atteindre ces objectifs⁸⁸.

Cependant, afin que la mise en œuvre du plan Vigipirate soit efficace, il est primordial de prendre en considération, à travers une étude des différents risques, l'évaluation de la menace

⁸⁷ Vigipirate n° 650/SGDSN/PSN/PSE du 17 janvier 2014.

⁸⁸ Rép. min. n° 64644 : JOAN Q 23 février 2016.

terroriste en France mais également à l'encontre des ressortissants ainsi que des intérêts français à l'étranger en ayant une connaissance pointue des principales cibles pouvant faire l'objet d'une ou de plusieurs attaque(s) terroriste(s) afin de déterminer une stratégie, en amont, afin de les réduire et la détermination d'un dispositif de sécurité qui est en mesure de répondre au risque en question.

Ce n'est que pour donner suite à l'évaluation de la menace terroriste et des analyses faites par les services de renseignement, le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN), en lien avec l'ensemble des ministères, élabore une posture générale de sécurité, qui spécifie les mesures de vigilance, de prévention et de protection devant être mises en œuvre.

À cette fin, il existe trois niveaux⁸⁹ qui s'articulent comme suit : « vigilance », « sécurité renforcée – risque attentat » et « urgence attentat » :

- Le niveau « vigilance » correspond à la posture permanente de sécurité et s'appuie sur la mise en œuvre de la totalité des mesures permanentes (environ une centaine de mesures actives, dites « socle »). À ce niveau, la posture vient préciser les mesures permanentes sur lesquelles un effort particulier a vocation à être porté sur la période qui est considérée et si nécessaire certains points d'application particuliers pour un secteur ou une zone géographique ;
- Le niveau « sécurité renforcée – risque attentat » traduit la réponse de l'État à une augmentation de la menace terroriste pouvant atteindre un degré qui peut être très élevé, ou de certaines vulnérabilités, sans que cela rende toutefois nécessaire le passage au niveau d'alerte maximale « urgence attentat ». Plusieurs mesures particulières additionnelles peuvent alors être activées en complément des mesures permanentes de sécurité et selon les domaines concernés par la menace (aéroports, gares, lieux de cultes, etc.). Ce niveau de sécurité renforcée peut s'appliquer à l'ensemble du territoire national ;
- Le niveau « urgence attentat » marque un état de vigilance maximum qui peut être déclenché, soit dans l'hypothèse d'une attaque terroriste imminente, soit à la suite immédiate d'un attentat. Ce niveau est mis en œuvre pour une durée qui se veut être limitée : à savoir le temps de la gestion de crise. Il permet notamment d'assurer la

⁸⁹ Instruction no SG/HFDS/PDS/2018/54 du 31 janvier 2018 relative à la mise en œuvre du plan Vigipirate au sein des périmètres des ministères sociaux.

mobilisation exceptionnelle de moyens, mais aussi de diffuser des informations susceptibles de protéger les citoyens dans une situation de crise.

Par ailleurs, ce plan Vigipirate fait l'objet d'une prolongation dans certains domaines spécifiques. Pour le secteur sanitaire et social, le plus important est le plan Pirate NRBC.

En effet, celui-ci vise à fournir une aide à la décision aux profits des pouvoirs publics et, en premier lieu, au Premier ministre ainsi qu'aux ministres, dès lors qu'un cas de menace ou d'exécution avérée d'une action malveillante ou à caractère terroriste utilisant des matières, agents ou des produits nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques survient.

Celui-ci vient prévoir les modalités d'intervention et un ensemble de mesures permettant de gérer une crise de cette nature à l'échelle nationale.

Ce plan piloté à l'échelle nationale est complété par un ensemble de circulaires visant à définir une doctrine d'emploi des moyens de secours et de soins face à une menace ou à l'exécution d'une menace NRBC :

- Pour le risque chimique⁹⁰ : elle vient déterminer les différentes procédures qui sont à mettre en œuvre afin de préserver la vie des victimes ainsi que des sauveteurs, tout en limitant les conséquences de l'agression chimique sur l'environnement et sur les individus, notamment en cas de transfert de contamination ;
- Pour le risque nucléaire et radiologique⁹¹ : elle vient déterminer la doctrine nationale en matière d'emploi des moyens de secours et de soins face à une attaque terroriste qui met en œuvre des matières radioactives ;
- Pour les agents radiologiques, biologiques et chimiques⁹² : elle vise à apporter une réponse opérationnelle, proportionnée au risque ou à la menace en cas de découverte de pli, de colis et de contenant suspectés de renfermer des agents biologiques, chimiques ou radioactifs dangereux ou de toute substance de même nature présente

⁹⁰ Circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques.

⁹¹ Circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives.

⁹² Circulaire n° 750/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011, relative à la découverte de plis, colis, contenant des substances suspectées de renfermer des agents radiologiques, biologiques ou chimiques dangereux.

dans l'environnement, l'eau de consommation, les matrices alimentaires ou tout autre vecteur consécutivement à un acte délibéré, malveillant ou dû à une malveillance.

En outre, un texte vient prévoir le dispositif de prévention ainsi que de réponse relatif au dispositif visant à faire face à la menace ou à l'exécution d'actes de terrorisme NRBC⁹³ puis un second vise à définir la doctrine de l'État en matière de prévention et de lutte contre le terrorisme NRBCe⁹⁴.

Enfin, il semble important de citer une circulaire⁹⁵ qui a vocation à intéresser les établissements sanitaires en ce qu'elle vient définir les modalités de prise en charge préhospitalière des victimes, en dehors de la zone de contamination, ainsi que celles de l'accueil hospitalier. Elle vient également préciser les mesures sanitaires préventives qui sont à mettre en œuvre dès la survenue de l'événement et les principes de la formation des professionnels de santé dans ce domaine.

B) Les plans nationaux sanitaires

Les plans nationaux sanitaires visent à répondre à l'apparition de virus pandémiques pouvant entraîner des répercussions sanitaires considérables. À ce titre, le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale (1), ainsi que le plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola » (2) en sont de parfaits exemples.

1. Le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale

Publié en 2009, en pleine pandémie de grippe aviaire, ce plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale vise à proposer des mesures afin de s'adapter à l'intensité de la pandémie. Pour ce faire, il est défini plusieurs objectifs en fonction des différents stades

⁹³ Circulaire interministérielle n° 007/SGDN/PSE/PPS du 8 octobre 2009, relative au dispositif interministériel d'intervention face à la menace ou à l'exécution d'actes de terrorisme nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC).

⁹⁴ Circulaire n° 747/SGDSN/PSE/PPS du 30 octobre 2009 relative à la doctrine de l'État en matière de prévention et de lutte contre le terrorisme NRBCe.

⁹⁵ Circulaire n° 2002/277/DHOS/HFD/DGSNR du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique.

de l'épidémie : stade 1 : freiner l'introduction du virus sur le territoire, stade 2 : freiner la propagation du virus sur le territoire, stade 3 : atténuer les effets de la vague épidémique, stade 4 : revenir à la situation antérieure et se préparer à une vague suivante éventuelle⁹⁶.

2. Le plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola »

Publié en 2014, ce plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola » vise à définir une stratégie d'ordre général et plurisectoriel de prévention et d'action contre le virus Ebola. Pour ce faire, il est défini plusieurs objectifs en fonction des différents stades de la circulation du virus : situation 1 : limiter l'introduction du virus sur le territoire, situation 2 : limiter la propagation du virus sur le territoire, situation 3 : protéger et prendre en charge les ressortissants français dans les pays touchés par l'épidémie⁹⁷.

Paragraphe 3 : Le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)

La création en mai 2007 d'un département qui était dédié à l'organisation des urgences sanitaires au sein du ministère de la Santé, le département des urgences sanitaires (DUS), a été accompagnée de la mise en place en son sein d'un centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).

Le CORRUSS du ministère de la Santé a pour mission principale d'assurer en permanence une réponse opérationnelle aux éventuelles urgences sanitaires pouvant avoir un impact considérable sur le territoire national. En effet, la nécessité de mettre en œuvre une réponse adaptée et coordonnée à l'échelle du territoire national est primordial dès lors qu'a lieu le signalement d'un événement indésirable de nature sanitaire ou environnemental devant être partagé avec les autorités sanitaires nationales, voire internationales dans l'hypothèse où la situation sanitaire l'exige.

⁹⁶ Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » - Document d'aide à la préparation et à la décision.

⁹⁷ Plan national de prévention et de lutte « Maladie à virus Ebola » - Document d'aide à la préparation et à la décision.

La gestion opérationnelle consiste en : un suivi et une gestion des événements qui peuvent avoir un impact sur l'offre de soins comme l'épidémie de grippe saisonnière, un suivi des événements qui ont une ampleur nationale comme le grand froid ou la canicule, une coordination des actions humanitaires à l'étranger en étroite relation avec le ministère des Affaires étrangères et l'Établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), une organisation du rapatriement de ressortissants français ou étrangers vers le territoire national, la coordination d'un dispositif sanitaire de grande ampleur dans le cadre de grands événements comme cela été le cas dans le cadre des cérémonies du 70e anniversaire du débarquement ou du championnat d'Europe de football qui s'est déroulé en 2016.

L'équipe du CORRUSS est multidisciplinaire et est donc composée d'un ensemble d'acteurs exerçant les professions de médecin, de pharmacien, d'ingénieur et qui sont spécialisés en santé publique et en gestion de crise. Celle-ci bénéficie de l'appui de communicants de crise, de juristes et d'autres experts du ministère.

Les acteurs du CORRUSS ont pour mission de définir et de coordonner la réponse aux urgences sanitaires identifiées à partir des signalements et des informations transmises par un vaste réseau de partenaires tel que : les agences régionales de santé (ARS), les agences de sécurité sanitaire nationale : Santé publique France, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Établissement français du sang (EFS), Agence de la biomédecine (ABM), Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Institut national du cancer (INC), Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), Autorité de sûreté nucléaire (ASN), les ministères contribuant à la sécurité sanitaire des Français sur le territoire ou à l'étranger : Intérieur, Affaires étrangères, Agriculture et Alimentation, Environnement, Transports, Armée, les institutions internationales comme : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Commission européenne, etc.

Réalisant une veille nationale et internationale permanente pour assurer la réponse à toute alerte ou urgence sanitaire, le CORRUSS réceptionne et analyse les signalements transmis par ses partenaires. Il vérifie si les mesures de gestion mises en œuvre sont adaptées pour maîtriser l'événement et si ce n'est pas le cas, il propose des mesures de gestion supplémentaires.

Par ailleurs, des mesures de gestion complémentaires peuvent aussi être décidées à l'occasion de la réunion hebdomadaire de sécurité sanitaire organisée par celui-ci.

Présidée par le directeur général de la santé (actuellement Jérôme SALOMON), cette réunion a vocation à rassembler les représentants des ministères partenaires, des agences de sécurité sanitaire nationale, du Haut Conseil de la santé publique et de l'assurance maladie afin d'échanger sur des situations sanitaires qui sont sensibles ou à risque.

Le CORRUSS dispose d'une organisation adaptée et proportionnée à la situation, allant de la gestion courante des alertes sanitaires à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle avec trois niveaux :

Niveau 1 : consistant en une veille opérationnelle pour la gestion courante des alertes sanitaires, avec réception et validation des signalements, information de la direction et du cabinet, suivi et gestion d'événements dans les établissements de santé, événement sensible et rédaction et diffusion de bulletins.

Niveau 2 : consistant en un CORRUSS renforcé avec une équipe exclusivement dédiée à la gestion d'un événement particulier ayant un impact sanitaire significatif ; événement national ou international pouvant générer un impact mineur en France ; coordination nationale du secteur santé, avec suivi de l'événement avec les ARS, analyse, synthèse et priorisation des informations, élaboration de points de synthèse, projections de moyens.

Niveau 3 : consistant en l'activation du centre de crise sanitaire (CCS) en situation sanitaire exceptionnelle, avec la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire pouvant compter jusqu'à quarante personnes ; pilotage du secteur sanitaire et suivi et coordination de la gestion de crise en relation avec les ARS ; projection de moyens humains et organisation et suivi du dispositif santé.

Selon l'impact estimé de l'alerte, le CORRUSS peut intervenir directement ou en appui d'un partenaire pour piloter et coordonner la gestion de la situation en lien avec les acteurs concernés. Il dispose à cet effet de nombreux moyens d'action comme : le recours à l'ensemble des ressources d'expertises disponibles dans les agences de sécurité sanitaire, la diffusion d'instructions à destination des ARS ou des agences sanitaires nationales, diffusion de messages « DGS-Urgent » aux professionnels de santé et de « messages d'alerte rapide sanitaire » (MARS) aux établissements de santé et aux réseaux de collectivités de petite enfance, etc. ; la mobilisation de la réserve sanitaire en lien avec Santé publique France, en appui d'une structure ou d'un territoire impacté en France ou à l'étranger ; l'utilisation du Système d'information des victimes (SIVIC) permettant l'identification et le suivi des victimes d'un accident collectif.

L'activation du centre de crise sanitaire constitue l'élément clé du dispositif de réponse de la Direction générale de la santé (DGS) à une crise sanitaire ou à impact sanitaire.

Le CCS assure les missions suivantes : le pilotage des actions du secteur sanitaire, le suivi et coordination de la gestion de crise en relation avec les ARS, le déploiement de moyens humains, l'organisation et suivi du dispositif santé.

La cellule de gestion de crise est opérationnelle 7 jours sur 7 et est composée elle-même des cellules suivantes : une salle de crise qui assure le suivi permanent de la situation nationale, la conduite opérationnelle des mesures arrêtées, les synthèses des bilans sanitaires, des actions et moyens engagés et anticipant les mesures à prendre, une cellule d'aide à la décision, composée de spécialistes et d'experts en charge de fournir des éléments d'appréciation de la situation et d'anticipation sur les événements dans les domaines sanitaire, social, économique, financier, éthique, juridique, une cellule de communication qui met en œuvre la stratégie de communication et gère les relations médias, une cellule de décision présidée par le ministre de la Santé, son représentant, ou le directeur général de la santé, qui conduit la stratégie de la crise sur la base d'une appréciation de la situation et des recommandations apportées par l'aide à la décision.

Le CCS peut être appuyé par des renforts internes dimensionnés selon les besoins recensés et en fonction des spécialités requises.

Les fonctions du CCS sont donc : la conduite stratégique de la crise, avec la préparation des décisions des autorités, la conduite opérationnelle de la crise, avec l'analyse des informations liées à la crise, la production de synthèses, la préparation des mesures de gestion en liaison avec les agences concernées et l'appui aux ARS, l'anticipation avec la préparation des éléments techniques liés à la crise (conduites à tenir, protocoles de prise en charge, etc.) et la prévision des évolutions et aggravations possibles de la crise, la communication avec une stratégie de communication pour le secteur sanitaire, et une veille médiatique.

Le CCS est en lien avec les autres centres opérationnels ministériels, notamment la cellule interministérielle de crise (CIC), le centre de crise du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères ainsi que la cellule ministérielle de veille opérationnelle et d'alerte du ministère de la Transition écologique et solidaire. Il est en contact avec les structures dédiées des instituts, établissements et agences sanitaires placés sous la tutelle du ministère chargé de la Santé (Santé publique France, réserve sanitaire, ANSM, etc.).

Le CCS est en relation permanente avec les centres de crise mis en place dans les ARS et ARS de zones, pour centraliser et analyser les remontées d'informations du terrain et pour leur venir en appui dans la gestion de l'événement.

En cas de crise majeure, l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures est cadrée par une circulaire⁹⁸. La direction politique et stratégique des crises majeures est assurée par le Premier ministre, qui peut s'appuyer sur un dispositif gouvernemental articulé autour d'une cellule interministérielle de crise.

Il confie en principe à un ministère sectoriel la conduite opérationnelle de la crise : au ministre de l'Intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national, au ministre des Affaires étrangères et du Développement international pour les crises extérieures.

Section 2 : Des politiques de sécurisation pilotées à l'échelle locale

Les politiques de sécurisation pilotées à l'échelle locale s'incarnent à travers le rôle attribué à l'Agence régionale de santé (**paragraphe 1**), celui du préfet qui est un acteur clé (**paragraphe 2**), ainsi que la détermination de la stratégie à l'échelle des établissements sanitaires et médico-sociaux dans ces politiques de sécurisation (**paragraphe 3**).

Paragraphe 1 : Le rôle majeur de l'Agence régionale de santé dans l'élaboration des politiques de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux

Les ARS sont des agences qui ont été créées par la loi-hôpital, patient, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009⁹⁹ sous l'impulsion de la ministre de l'époque Roselyne BACHELOT. L'ARS est un établissement public de l'État à caractère administratif (EPA)¹⁰⁰, placé sous la tutelle du ministère de la Santé.

⁹⁸ Circulaire n° 5567/SG relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 2 janvier 2012

⁹⁹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁰⁰ C. santé publ., arti. L1432-1.

Conformément à ses attributions, l'ARS a pour mission de définir et de coordonner un ensemble de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelle régionale, des objectifs de la politique de santé gouvernementale, des principes de l'action sociale et médico-sociale tout en respectant l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM)¹⁰¹ votée chaque année par le Parlement et visant à fixer le montant des dépenses et des recettes des branches d'assurance maladie et d'accidents du travail en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés au sein des établissements publics et privés, mais également au sein des établissements médico-sociaux.

L'ARS intervient donc dans un ensemble de domaines tels que : la veille sanitaire, l'urgence sanitaire, la promotion de la santé, l'éducation ainsi que la prévention à la santé et l'organisation de l'offre de soins hospitaliers et médico-sociaux¹⁰².

À ce titre, le schéma ORSAN qui est un outil de planification de l'Organisation de la Réponse du système de Santé en situation sanitaire exceptionnelle « est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis des préfets de département, des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires concernés et du directeur général de l'agence régionale de santé de zone¹⁰³ ».

Il a pour objectif d'identifier les modalités d'adaptation du système de santé à la survenue d'un évènement majeur tout en préservant la continuité et la qualité des soins dispensés aux usagers. Il s'agit de préserver une prise en charge sécuritaire et de qualité dans un contexte de désorganisation du système.

Celui-ci permet de coordonner les dispositifs existants dans les trois secteurs sanitaires en posant plusieurs principes tels que la définition des parcours de soins à l'échelle nationale ou zonale en fonction du type d'évènement, l'organisation de la montée en puissance coordonnée du système de santé ainsi que la mise à disposition des ressources sanitaires (matérielles et humaines) nécessaires à une bonne gestion de l'évènement en fonction de son ampleur, son impact ainsi que sa cinétique.

Sa construction repose d'une part sur le projet régional de santé (PRS) et d'autre part, sur les différents scénarios auxquels le système de santé peut être confronté. Il s'articule ainsi autour de six volets :

¹⁰¹ C. santé publ., arti. L1431-1.

¹⁰² C. santé publ., arti. L1431-2.

¹⁰³ C. santé publ., arti. R3131-10.

- ORSAN AMAVI : celui-ci vise à déterminer l'organisation du système sanitaire dans un contexte d'afflux massif de victimes non contaminées, régulées ou non, dans un cadre accidentel ou de menace terroriste ;
- ORSAN médico-psy : il vise à assurer la prise en charge des victimes de traumatisme psychique par l'intermédiaire des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques ;
- ORSAN EPIVAC : il vise à permettre la mise en place de campagnes de vaccination exceptionnelle en situation d'épidémie ou de pandémie ;
- ORSAN environnemental : il vise à assurer la prise en charge de victimes d'un phénomène climatique ou environnemental (canicule, pollution, grand froid) ;
- ORSAN NRC : il vise à répondre aux risques et menaces nucléaires, radiologiques ;
- ORSAN BIO : il vise à assurer la prise en charge de patients présentant une maladie infectieuse transmissible afin d'enrayer rapidement une épidémie ou ralentir son introduction sur le territoire (exemple : covid-19).

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, l'ARS joue un rôle de prévention, d'organisation et de coordination des soins sur son territoire. S'agissant de la prévention, la rédaction du schéma ORSAN constitue la pierre angulaire de la réponse. Sa rédaction et sa mise en œuvre sont de son ressort.

En outre, l'ARS a pour mission de définir le rôle de chacun des établissements. Chaque établissement de santé doit ainsi être informé des missions qui lui seront réparties dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

L'ARS est donc le chef de file au niveau régional de la structuration de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Pour autant, elle ne peut fonctionner sans les autres acteurs de la réponse que sont les préfetures et les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Ce dispositif ORSAN a donc pour ambition de répondre au mieux aux besoins des victimes et de la population en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Paragraphe 2 : Le préfet : un acteur clé dans la politique de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux

Le rôle du représentant de l'État sur le territoire s'articule autour du dispositif ORSEC acronyme d'organisation de la réponse de sécurité civile. Créée en 1952¹⁰⁴, le dispositif ORSEC est un plan d'urgence polyvalent français de gestion de crise.

Selon un décret¹⁰⁵ relatif au plan ORSEC pris pour application de la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile¹⁰⁶ : le plan ORSEC s'inscrit dans le dispositif général de la planification de défense et de sécurité civile. Il organise la mobilisation, la mise en œuvre et la coordination des actions de toute personne publique et privée concourant à la protection générale des populations.

Le dispositif opérationnel ORSEC constituant une organisation globale de gestion des événements est adapté à la nature, à l'ampleur et à l'évolution de l'événement par son caractère progressif et modulaire. Il organise l'échange d'informations provenant des personnes publiques et privées afin d'assurer une veille permanente.

Cette organisation globale prévoit des dispositions générales traitant des éléments nécessaires à la gestion de tout type d'événement, complétées, le cas échéant, par des dispositions spécifiques pour faire face aux conséquences prévisibles de chacun des risques et menaces recensés.

Le plan ORSEC comprend :

- Un inventaire et une analyse des risques et des effets potentiels des menaces de toute nature pour la sécurité des personnes, des biens et de l'environnement, recensés par l'ensemble des personnes publiques et privées ;
- Un dispositif opérationnel répondant à cette analyse et qui organise dans la continuité la réaction des pouvoirs publics face à l'événement ;
- Un dispositif opérationnel répondant à cette analyse et qui organise dans la continuité la réaction des pouvoirs publics face à l'événement ;

¹⁰⁴ Instruction ministérielle du 5 février 1952 sur l'organisation des secours dans le cadre départemental au cas de sinistre important.

¹⁰⁵ Décret no 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC.

¹⁰⁶ Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, article 14.

- Les modalités de préparation et d'entraînement de l'ensemble des personnes publiques et privées à leur mission de sécurité civile.

Il est organisé en dispositions générales (DG) et en dispositions spécifiques (DS). Les DG forment le tronc commun du plan avec notamment l'organisation de gestion de crise, l'alerte, la remontée d'informations, les éléments du plan rouge etc. Les DS forment une boîte à outils intégrant les éléments spécifiques aux risques particuliers. Elles intègrent les éléments des anciens PSS et PPI.

Chaque personne publique ou privée recensée dans le plan ORSEC est supposée :

- Être en mesure d'assurer en permanence les missions qui lui sont dévolues dans ce cadre par le préfet de département, le préfet de zone ou par le préfet maritime ;
- Préparer sa propre organisation de gestion de l'événement et en fournir la description sommaire au représentant de l'État ;
- Désigner en son sein un responsable correspondant du représentant de l'État ;
- Préciser les dispositions internes lui permettant à tout moment de recevoir ou de transmettre une alerte ;
- Préciser les moyens et les informations dont elle dispose pouvant être utiles dans le cadre de la mission de protection générale des populations relevant du représentant de l'État et des missions particulières qui lui sont attribuées par celui-ci.

Le plan ORSEC de zone a pour objet :

- L'appui adapté et gradué que la zone de défense et de sécurité peut apporter au dispositif opérationnel Orsec départemental lorsque les capacités de ce dernier sont insuffisantes par l'ampleur, l'intensité, la cinétique ou l'étendue de l'événement ;
- Les mesures de coordination et d'appui adaptées et graduées face à des événements affectant tout ou partie du territoire de la zone de défense et de sécurité ;
- Les moyens d'intervention que la zone peut mobiliser face à un événement, en application du cadre d'action défini au premier alinéa ;
- Les relations transfrontalières en matière de mobilisation des secours.

En outre, les dispositions générales du dispositif opérationnel ORSEC de zone comprennent :

- Les modalités d'organisation, de mobilisation et de fonctionnement de la chaîne de suivi et de coordination des opérations, et en particulier les structures de liaison avec l'officier général de zone de défense et de sécurité et le ou les préfets maritimes intéressés ;
- La synthèse des dispositifs de vigilance et de surveillance ;
- L'organisation des renforts au profit d'un ou plusieurs départements de la zone de défense et de sécurité ou d'une autre zone ;
- Le recensement des moyens dont la rareté ou la spécificité ne rend pas pertinent un recensement départemental ;
- Les modalités de coordination de l'information lorsque l'événement présente des incidences communes en mer et à terre ;
- La définition de la mise en œuvre des accords internationaux de coopération opérationnelle transfrontalière.

Paragraphe 3 : La détermination de la place des établissements sanitaires et médico-sociaux dans ces politiques de sécurisation

Outre le fait que les établissements de santé soient hiérarchisés en fonction de leurs plateaux techniques, il existe également des établissements de santé de référence pour chaque zone de défense et de sécurité. En effet, un arrêté¹⁰⁷ désigne pour chacune des sept zones de défense et de sécurité de la France métropolitaine un ou plusieurs établissements dits « référent de zone » pour les situations sanitaires exceptionnelles.

Il y a donc neuf établissements de santé de référence (L'Assistance publique des hôpitaux de Paris, l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, les hospices civils de Lyon, le centre hospitalier universitaire de Bordeaux, le centre hospitalier régional universitaire de Lille, le centre hospitalier universitaire de Nancy, le centre hospitalier universitaire de Rennes, le centre hospitalier universitaire de Strasbourg, le centre hospitalier départemental Félix Guyon de Saint-Denis-de-la-Réunion, le centre hospitalier universitaire de Fort-de-France, le centre hospitalier André Rosemon de Cayennes) sur le territoire métropolitain

¹⁰⁷ Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence

pour les sept zones de défense et de sécurité (zone de Paris, zone Nord, zone Ouest, zone Sud-Ouest, zone Sud, zone Sud-Est, zone Est).

Les établissements de santé de référence ont pour mission, en fonction de la cartographie de la hiérarchisation établie par l'ARS, de participer à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles par l'intermédiaire de leur plan blanc. Celui-ci comme il l'a été explicité précédemment doit étroitement s'articuler avec le dispositif ORSAN¹⁰⁸.

Les établissements de santé de référence sont désignés en fonction de capacités d'accueil spécifiques et des ressources humaines et techniques dont ils disposent comme le service d'aide médicale urgente (il s'agit du SAMU de coordination zonale) ; le service d'accueil des urgences ; le service de maladies infectieuses doté de chambres d'isolement à pression négative ; le service de réanimation doté de chambres d'isolement ; le service de pédiatrie doté de chambres d'isolement à pression négative ; le service de médecine nucléaire ; le laboratoire d'un niveau de confinement L3 ; l'aire permettant de poser un hélicoptère.

Les établissements sanitaires de référence fournissent un appui technique aux Agences régionales de santé (ARS) et jouent un rôle d'expertise et de coordination techniques auprès des autres établissements de santé pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Dans ce cadre, ils sont amenés essentiellement à : appuyer l'ARS de zone pour le recensement des capacités de réponse des établissements de santé de la zone ; à apporter des conseils et une expertise technique aux établissements de santé de la zone (aide à l'élaboration des plans blancs, au développement d'unités fixes de décontamination, etc.) ; à susciter la mise en œuvre d'actions de complémentarité et la mise en place de réseaux et promouvoir des actions au niveau des communautés d'établissements ; à organiser le suivi et la gestion des moyens tactiques de réponse ; à apporter un appui aux SAMU de la zone pour la régulation des flux de patients ; à organiser le processus d'identification des agents NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique), et développer les capacités des laboratoires ; à définir la prise en charge thérapeutique en cas d'accident NRBC ; à mettre à disposition et assurer la maintenance d'une dotation d'équipements de protection individuelle (tenues de protection NRBC), de soins (respirateurs, oxygène) ou de diagnostics rapides : matériel de PCR (méthode d'amplification génique in vitro), extracteurs d'acides

¹⁰⁸ Instruction DGS/DUS/SGMAS n° 2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

nucléiques, etc.) à coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du programme de formation zonale, en lien avec les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) de la zone.

Conclusion du chapitre 2

Les pouvoirs publics se sont donc saisis de la question des risques notamment ceux qui sont susceptibles de se produire en période extraordinaire afin de tenter d'y apporter un ensemble de réponses s'articulant en des politiques de sécurisation des établissements qui sont coordonnées de façon à ce que celles-ci soient portées à l'échelle nationale à travers la nomination d'un Haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS), la mise en œuvre d'un ensemble de plans de défense gouvernementaux comme le plan Vigipirate et les différents plans sanitaires incarnés par le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale et le plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola, ainsi que la mise en place d'un Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) qui a pour but d'assurer en permanence la réponse opérationnelle aux éventuelles urgences sanitaires qui pourrait avoir lieu et dont la survenance pourrait avoir un impact considérable sur le territoire national.

Cependant, bien que pilotées à l'échelle nationale, ces politiques de sécurisation des établissements ont également vocation à être portées à l'échelle locale à travers le rôle majeur qui est confié aux Agences régionales de santé (ARS) avec l'élaboration par le directeur général du dispositif ORSAN qui a pour objectif d'identifier les différentes modalités d'adaptation du système de santé à la survenance d'un évènement majeur tout en préservant la continuité et la qualité des soins dispensés aux usagers, le rôle du préfet qui est un acteur clé de ces politiques de sécurisation avec le dispositif ORSEC qui vise à organiser la mobilisation, la mise en œuvre et la coordination des actions de toute personne publique et privée concourant à la protection générale des populations. Sans oublier, l'articulation stratégique à l'échelle des établissements sanitaires et médico-sociaux à travers la mise en œuvre d'établissements de santé de référence pour chaque zone de défense et de sécurité.

Conclusion de la partie 1

Les risques qui pèsent sur les établissements sanitaires et médico-sociaux sont à la fois nombreux, pluriels et s'articulent autour d'une dichotomie selon la période dans lesquels ils se produisent : ordinaire et/ou extraordinaire.

Dès lors, l'importance que peuvent revêtir les conséquences de ces risques invite les pouvoirs publics à se saisir de la problématique de la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux et ainsi de proposer un ensemble de réponses visant à intensifier la lutte contre ces risques, dont les établissements sanitaires et médico-sociaux, sont susceptible de faire face.

Ces réponses s'articulent à l'échelle nationale à travers la nomination d'un Haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS), un ensemble de plans comme le plan Vigipirate ainsi que la mise en place d'un Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).

Cependant, bien que pilotés à l'échelle nationale, ces politiques de sécurisation des établissements ont également vocation à être portées à l'échelle locale à travers le rôle confié aux Agences régionales de santé (ARS), aux préfetures mais également à travers l'articulation stratégique à l'échelle des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Cependant, afin de faire face aux risques, les dispositifs résultant des politiques de sécurisation ne suffisent pas, du fait de la nécessaire déclinaison pratique de ceux-là.

À cette fin, pour que ces dispositifs se révèlent être effectifs, il convient qu'ils soient adaptés à leur environnement mais également qu'ils fassent l'objet d'un pilotage en interne.

Partie 2 : La sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux : une nécessaire déclinaison pratique

Rendre une politique de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux à la fois efficace et effective, c'est avant tout prendre en considération un ensemble de paramètres et d'adapter celle-ci à l'échelle de ce pourquoi elles ont vocation à être mises en œuvre (**Chapitre 1**).

Toutefois, aussi ambitieuses, novatrices et adaptées qu'elles soient, ces politiques de sécurisation se heurtent à des défis pouvant être qualifiés à la fois de structurels et à la fois de conjoncturels, forçant les décideurs, en premier lieu, les chefs d'établissement, à prendre en considération un ensemble de paramètres complémentaires (**Chapitre 2**).

Chapitre 1 : L'inévitable processus d'adaptation des politiques de sécurisation au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux

Face aux risques, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont dotés d'un ensemble de mécanismes supposé leur permettre d'y répondre.

Cependant, pour que ces mécanismes soient poursuivis avec réussite, ces réponses se doivent d'être adaptées, notamment à travers la prise en considération des spécificités de chaque structure et notamment l'échelle de risque propre à chacune.

Dès lors, ce processus d'adaptation des politiques de sécurisation s'articule à travers un mécanisme de spécialisation étant motivé par la recherche d'efficacité (**Section 1**).

Cependant, cette recherche d'efficacité n'est pas suffisante, pour atteindre ces objectifs, elle doit également être efficiente (**Section 2**).

Section 1 : Un mécanisme de spécialisation motivé par la recherche d'efficacité

La gestion du risque, c'est la capacité à anticiper la survenance des risques pouvant se produire au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux et *in fine* à s'adapter.

Pour ce faire, les établissements sanitaires et médico-sociaux disposent de plusieurs outils afin de mettre en œuvre une politique de sécurisation efficace.

Par efficacité, il convient d'entendre la définition suivante : « *qui remplit bien sa tâche, qui atteint son but, qui aboutit à des résultats utiles*¹⁰⁹ » et pour être plus précis : « *qui produit le maximum de résultats avec le minimum d'efforts et de moyens*¹¹⁰ ».

Dès lors, ces outils s'articulent à travers la conception du plan spécifique d'urgence (**paragraphe 1**), du plan de sécurisation des établissements (**paragraphe 2**) et du plan de continuité d'activité (**paragraphe 3**).

¹⁰⁹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/efficace>.

¹¹⁰ *Ibid.*

Paragraphe 1 : Le plan spécifique d'urgence : un outil majeur de gestion de crise dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

Le plan spécifique d'urgence se caractérise par l'élaboration du plan blanc au sein des établissements sanitaires (A) et par l'élaboration du plan bleu au sein des établissements médico-sociaux (B).

A) Le plan blanc : un plan d'urgence dans la gestion de crise des établissements sanitaires

Le plan blanc est un document contenant des mesures d'organisations spécifiques d'urgence sanitaire qui peuvent être mises en œuvre dans les établissements de santé publics et privés, en cas d'évènements inhabituels et/ou graves pouvant engendrer un afflux massif de victimes comme une catastrophe naturelle (événement climatique), une épidémie (celle engendrée par la Covid-19 en est un exemple).

Issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹¹¹, complétée par le décret d'application du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave¹¹² et modifiant le Code de la santé publique, qui vient prévoir que : « chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle¹¹³ ». À ce titre, il est rendu obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé privés ou publics.

À travers sa rédaction, celui-ci vise donc au recensement de l'ensemble des moyens matériels et humains susceptibles d'être mobilisés et la détermination des conditions de leur emploi, à déterminer les modalités de gestion du personnel, c'est-à-dire l'éventuel maintien sur place et rappel du personnel en repos si cela est nécessaire. Enfin, il est supposé venir

¹¹¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹¹² Décret n°2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

¹¹³ C. santé publ., art. L3131-7.

définir les modalités de formation du management à la gestion de crise, et les différentes modalités d'entraînement à la mise en œuvre de celui-ci.

En vertu de ses attributions règlementaires, celui-ci doit, tout en prenant en considération les objectifs du dispositif « ORSAN », définir :

« 1° Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ; 2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ; 3° Des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ; 4° Les modalités d'accueil et d'orientation des patients ; 5° Les modalités de communication interne et externe ; 6° Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ; 7° Un plan de sécurisation et de confinement de l'établissement ; 8° Un plan d'évacuation de l'établissement ; 9° Des mesures spécifiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ; 10° Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan¹¹⁴ ».

Le plan blanc est donc un document opérationnel à la disposition de l'établissement sanitaire et plus spécifiquement du directeur de l'établissement en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Préparé par la direction de l'établissement, l'agence régionale de santé ainsi que le préfet, il est arrêté : « après avis des instances consultatives compétentes, par le directeur après concertation avec le directoire pour les établissements publics de santé et par l'instance délibérative sur proposition de son responsable pour les établissements de santé privés. Il est transmis au représentant de l'État dans le département, au directeur général de l'agence régionale de santé et au service d'aide médicale urgente départementale¹¹⁵ ».

Par ailleurs, le plan blanc d'établissement fait l'objet d'une évaluation ainsi que d'une révision tous les ans.

¹¹⁴ C. santé publ., art. R3131-13.

¹¹⁵ C. santé publ., art. R3131-13.

Le plan blanc élargi constitue un plan de renfort à la disposition du préfet de département, réservé aux situations pour lesquelles l'organisation du système de santé renforcée ne permet pas, à elle seule, de faire face à l'évènement considéré. Il s'agit de la mobilisation par le préfet de ressources complémentaires, en cas de situation ne pouvant être traitée par le système sanitaire¹¹⁶.

Celui-ci comprend trois volets définissant les modalités d'organisation et de recours à des dispositifs d'exception tels que l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans des centres dédiés, conformément aux modalités prévues dans le guide d'aide à la préparation d'une campagne de vaccination obligatoire, l'organisation d'une distribution de produits de santé en dehors du circuit pharmaceutique, l'évacuation d'un ou plusieurs établissements de santé ou médico-sociaux lorsque les moyens propres du système de santé sont dépassés, et transfert vers d'autres établissements de santé dits « de replis ».

B) Le plan bleu : un outil déterminant dans la gestion de crise des établissements médico-sociaux

Le plan bleu est un document et un outil d'organisation interne aux établissements médico-sociaux comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées indépendantes (EHAPD) ou les établissements pour personnes handicapées. Celui-ci a pour objectif de définir les différentes modalités quant à l'organisation qui devra être mise en œuvre dans l'hypothèse où une crise sanitaire ou une crise climatique (canicule) devait avoir lieu. Il permet un déploiement rapide des différents moyens matériels et humains afin de faire face à ce type de situation exceptionnelle.

Rendu obligatoire pour donner suite à l'évènement climatique (canicule) de l'été 2003 par décret¹¹⁷ puis élargi aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap par circulaire ministérielle¹¹⁸, le plan bleu est élaboré sous la responsabilité du directeur de

¹¹⁶ C. santé publ., art. R. 3131-6.

¹¹⁷ Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

¹¹⁸ Circulaire interministérielle DGS/DGAS/DHOS/DUS no 2007-419 du 23 novembre 2007 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et maîtriser les conséquences sanitaires propres à la période hivernale.

l'établissement médico-social et ne se limite pas à un simple document qui serait destiné à satisfaire aux obligations réglementaires. L'objectif de celui-ci est d'être l'équivalent médico-social du plan blanc déjà en vigueur au sein des établissements sanitaires (voir A).

L'idée à travers la rédaction de celui-ci est de regrouper l'ensemble des risques auxquels l'établissement est susceptible de faire face et ainsi, proposer des solutions. À cette fin, l'établissement se doit d'élaborer des mesures se voulant préventives et correctives et de les faire connaître aussi bien auprès des membres du personnel que des résidents.

L'objectif du plan bleu est donc d'améliorer la réactivité en cas d'alerte et ainsi de préserver le bien-être et la santé des résidents mais également du personnel, ce quelles que soient les circonstances¹¹⁹.

Paragraphe 2 : Le plan de sécurisation des établissements

Le plan de sécurisation des établissements est une prescription initialement faite aux établissements sanitaires (A) avant de faire l'objet d'un élargissement aux établissements médico-sociaux (B).

A) Une prescription initialement faite aux établissements sanitaires

En vertu du décret du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé¹²⁰ et à l'instruction du 4 novembre 2016¹²¹, tous les établissements sont dans l'obligation d'élaborer un plan de sécurisation d'établissement (PSE).

Le PSE définit la politique et l'organisation globale pour sécuriser l'établissement. Il doit être conçu comme le document structurant la sécurité et la sûreté de l'établissement, il se

¹¹⁹ Guide d'élaboration du plan bleu à destination des établissements médico-sociaux.

¹²⁰ Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé.

¹²¹ Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016.

veut avant tout un document pratique qui doit permettre de s'interroger sur des scénarios, tant quotidiens qu'exceptionnels, et d'élaborer des réponses adaptées à la nature des activités et de l'environnement.

Le PSE doit faire sens au regard des enjeux de l'établissement et des ressources qu'il peut y consacrer. Dans ce cadre, l'analyse des risques doit tenir compte de l'appréciation des impacts, de l'analyse des vulnérabilités propres à l'établissement et de la probabilité de survenue d'événements malveillants.

Le PSE comprend deux volets distincts : l'un consacré à la lutte contre la violence quotidienne en établissement et l'autre à la gestion de crise en cas d'attaque terroriste.

En effet, le PSE est avant tout un plan qui a vocation à protéger quotidiennement les patients, les soignants et les biens de l'établissement. Le risque terroriste, bien que présent est moins courant que les risques liés aux incivilités et aux actes de malveillance dont souffre les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Selon la méthodologie proposée par le guide d'aide à l'élaboration du PSE, la construction de la politique de sécurité d'un établissement repose sur une analyse à partir de laquelle les vulnérabilités propres à la structure sont identifiées.

Il s'agit de raisonner selon les mêmes principes que ceux du plan Vigipirate, à savoir évaluer la menace et connaître les vulnérabilités, pour ensuite, à la lumière de ces deux éléments, en déduire un dispositif de sécurité.

Ce diagnostic peut être réalisé avec le concours des FSI qui apporte non seulement un regard d'expert sur les questions de délinquance, mais aussi un appui technique dans le domaine de la sûreté.

À ce titre, l'analyse de risque doit être réalisée dans trois domaines : périmétriques et bâtimentaires, les risques de malveillance et les vulnérabilités spécifiques de l'établissement.

La cartographie ainsi établie rend possible la déclinaison d'un plan d'action d'amélioration de la sûreté et de la sécurité au sein de l'établissement.

Le PSE traduit la volonté managériale de mise en œuvre d'une véritable politique de sécurité au sein des établissements. Sa déclinaison pluriannuelle en fait un document évolutif

nécessitant un suivi. Il favorise l'adéquation des mesures à l'environnement de l'établissement en ce qui en fait un document de référence pour chacune des structures.

Cependant, il traduit également un changement de paradigme. Si les établissements de santé ont toujours eu pour mission de gérer les risques liés aux soins et d'assurer leur qualité, force est de constater que leur mission première n'est pas d'assurer leur propre sécurité générale, que ce soit au quotidien ou en situation de crise.

Pour autant, l'instruction du 16 novembre 2016¹²² attribue bien cette nouvelle mission à chaque établissement de santé sous la responsabilité du chef d'établissement.

Traditionnellement, les questions de sécurité sont plutôt l'objet du ministère de l'Intérieur dont une des missions principales est de garantir l'intégrité des institutions publiques et la sécurité des personnes et des biens. Il n'en demeure pas moins que le directeur d'hôpital voit ses missions s'élargir d'autant que sa responsabilité pourra être juridiquement engagée, le cas échéant.

Dès lors, cette nouvelle obligation est source de complexité puisque sa mise en œuvre présuppose des modifications profondes du fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Cependant, même si sa mise en œuvre n'est pas dénuée de difficulté, l'obligation d'élaboration d'un PSE représente une formidable opportunité pour les établissements d'intégrer la sécurité dans la politique globale de leur établissement.

Son articulation avec le plan blanc formalise la partie essentielle de la sécurisation d'un établissement. Mais cette dernière ne serait pas complète sans un plan de continuité d'activité.

En pratique, celui-ci s'articule à travers d'un plan type à savoir : la présentation globale de l'établissement, l'analyse des risques, le processus de sécurisation de l'établissement en période ordinaire et en période extraordinaire.

¹²² Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

B) Avant de faire l'objet d'une extension aux établissements médico-sociaux

La prescription quant à l'élaboration d'un plan de sécurisation des établissements a fait l'objet par suite d'une instruction¹²³ visant à étendre ce dispositif aux établissements médico-sociaux. Celle-ci prescrit aux établissements médico-sociaux d'actualiser, selon le contexte de l'établissement, son règlement de fonctionnement en procédant aux ajouts des différentes mesures de sécurité adaptées ou d'élaborer une fiche de sécurité qui se verrait être annexée au règlement de fonctionnement.

Au même titre que pour les établissements sanitaires, cette fiche de sécurité doit faire l'objet d'une analyse des risques, et comprendre des dispositions générales ainsi que des mesures spécifiques dans l'hypothèse où une attaque terroriste devait se produire. Cette instruction recommande, en outre, aux établissements médico-sociaux de mettre en place des exercices annuels afin de déterminer si le dispositif de sécurité est fonctionnel. Les autres volets de cette instruction sont relatifs à la prévention de la radicalisation et la promotion de la sécurité des systèmes d'information. Sont également définies les modalités de sensibilisation et de formation des professionnels et usagers en matière de vigilance et de prévention au sein de l'établissement.

Paragraphe 3 : Le plan de continuité d'activité

Il est possible de définir la gestion de la continuité d'activité comme étant un « processus de management holistique qui identifie les menaces potentielles pour une organisation, ainsi que les impacts que ces menaces, si elles se concrétisent, peuvent avoir sur les opérations liées à l'activité de l'organisation, et qui fournit un cadre pour construire la résilience de l'organisation, avec une capacité de réponse efficace préservant les intérêts de ses principales parties prenantes, sa réputation, sa marque et ses activités productrices de valeurs¹²⁴ ».

¹²³ Instruction SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017.

¹²⁴ Définition de la norme ISO 22301 : 2012(F).

Le plan de continuité d'activité (PCA) est donc un plan d'anticipation dont l'objectif est de transformer des situations de crise en situation d'urgence. Il s'agit avant tout d'anticiper, en les identifiant, les différents risques et d'adapter des mesures correctives.

Un règlement en donne la définition suivante : « le PCA représente l'ensemble des mesures visant à assurer, selon divers scénarios de crises, y compris face à des chocs extrêmes, le maintien, le cas échéant de façon temporaire selon un mode dégradé, des prestations de services ou d'autres tâches opérationnelles essentielles ou importantes de l'entreprise, puis la reprise planifiée des activités¹²⁵ ».

Au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, le PCA n'est pas un document obligatoire. Le plan doit répondre à la question : « Qu'est-ce qui est indispensable au fonctionnement quotidien de l'établissement ? ».

En termes d'élaboration, la méthodologie est identique que celle décrite pour le PSE. Il repose sur une analyse des risques et leur impact sur l'activité de la structure. Cette analyse doit permettre d'une part de différencier les missions essentielles de celles qui peuvent être temporairement reportées et d'autre part « d'en déduire les conséquences sur la vie du service, l'exécution de ses activités et le fonctionnement du site ».

Le PCA est donc un plan d'anticipation dont l'objectif est de transformer des situations de crise en situation d'urgence. Il s'agit avant tout d'anticiper, en les identifiant, les différents risques et d'adapter des mesures correctives.

La sécurité globale d'un établissement nécessite un triptyque de plans opérateurs qui ont chacun leur spécificité. Alors que le plan blanc s'attache à un volet organisationnel de l'établissement en cas d'afflux massif de victimes ou de situations sanitaires exceptionnelles, le PSE a vocation à mettre en place des mesures de sécurisation du site et des organisations tandis que le PCA décline les mesures permettant de maintenir l'activité, même en mode dégradé.

¹²⁵ Règlement n° 97-02 du Comité de la réglementation bancaire et financière du 21 février 1997 relatif au contrôle interne des établissements de crédit et des entreprises d'investissement.

Section 2 : Un mécanisme de spécialisation motivé par la recherche d'efficience

Avant d'envisager les différents mécanismes de spécialisation à la disposition des établissements sanitaires et médico-sociaux en recherche d'efficience, il convient d'en définir le terme.

Il semble possible de définir l'efficience comme étant : « la capacité d'un individu, d'un ensemble d'individus, d'une machine, d'une technique » ou d'une organisation comme les établissements sanitaires et médico-sociaux, « à obtenir le maximum de résultats avec le minimum de moyens, de coûts, d'effort ou d'énergie. Il s'agit donc de l'aptitude à réaliser de manière rationnelle de bonnes performances pour une activité ou un travail donné, à optimiser les moyens disponibles ou alloués pour atteindre un résultat¹²⁶ ».

Au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, la politique de sécurisation mise en œuvre peut se décliner de différentes manières. Elle peut être pilotée par une seule direction comme celle de la qualité et de la gestion des risques qui a de façon générale pour mission de mettre en œuvre les différentes actions de sécurité.

Toutefois, la politique de sécurité des établissements peut être portée et pilotée par la direction générale (incarné par la figure du directeur général de l'établissement) à travers un management spécifique que celle-ci initie.

Les actions liées à la sécurité sont alors intégrées dans tous les axes stratégiques du management et la question de la sécurité des établissements devient un sujet majeur pour l'ensemble des acteurs de ces organisations.

En effet, devenant ciblée lors de chaque prise de décision, elle permet une véritable politique de sécurité et donne un sens certain aux actions qui sont menées.

L'adoption de cette vision est l'expression d'une approche globale et gestionnaire de la prévention des risques au sein de ces établissements.

En effet, en vertu du Code du travail : « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels ; 2° Des actions

¹²⁶ <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Efficience>.

d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés¹²⁷ ».

Les dispositions suivantes disposent que :

« L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants : 1° Éviter les risques ; 2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ; 3° Combattre les risques à la source ; 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ; 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ; 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ; 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel ainsi que ceux liés aux agissements sexistes ; 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ; 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs¹²⁸ ».

Dès lors, la mise en œuvre d'une politique de sécurité efficiente au sein d'un établissement sanitaire et/ou médico-social provient en plus d'une obligation légale, d'une volonté managériale forte de protéger son établissement, ses agents ainsi que son organisation. Elle fait partie intégrante du projet d'établissement.

Pour que celle-ci soit efficiente, il est primordial qu'elle repose sur une démarche précise pouvant se décomposer en trois phases :

Tout d'abord, il convient, dans un premier temps de mettre en œuvre une phase de diagnostic permettant de définir la politique de sécurisation de l'établissement en fonction du contexte et des caractéristiques propres de celui-ci.

¹²⁷ C. trav., art. L. 4121-1.

¹²⁸ C. trav., art. L. 4121-2.

Ainsi, pour ce faire, il est nécessaire d'établir une liste des éléments à protéger et de réfléchir aux menaces auxquelles l'établissement peut être confronté. Le contexte réglementaire et législatif influe également sur le contenu de la politique.

Il est également important de réaliser une cartographie des risques avec leurs origines, leurs effets, leurs impacts, leurs probabilités et leur gravité.

L'acceptabilité de chaque risque pour l'établissement est aussi un facteur important qui permettra de hiérarchiser les risques et de prioriser les actions. Il est également important de déterminer les acteurs qui interviendront lors du déploiement de cette politique.

La deuxième phase doit permettre de répondre à la problématique suivante : « Comment protéger l'établissement ? ». Elle concerne essentiellement la réalisation des mesures sécuritaires à travers des propositions de recommandations, de mise en place d'outils et de procédures.

Enfin, comme dans tout processus et suivant le principe d'amélioration continue, la gestion du quotidien amènera à tester les mesures mises en œuvre et à les adapter en fonction des retours d'expérience. Une politique doit être vivante et évoluer en fonction des modifications qui interviennent.

À ce titre, la Fédération hospitalière de France (FHF) et l'Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVMS) a publié un document¹²⁹ devant permettre aux établissements sanitaires et médico-sociaux de développer une politique de sécurité.

Cette sécurité passe avant tout par la prévention des incidents et l'accompagnement des victimes à travers :

- L'analyse systématique et exhaustive des atteintes aux personnes, aux biens et à l'information permettant d'objectiver et de reconnaître les situations de risques, afin de sortir du « ressenti » et de dégager la « pluri-causalité » des agressions ;
- Concevoir en améliorant l'organisation du travail et la gestion de la relation avec les usagers ;
- Le développement de la prise en charge et l'accompagnement des victimes d'agression, tant sur le plan médico-social, psychologique, professionnel que juridique ;

¹²⁹ Les points clés d'une politique de sécurité – Direction générale de l'Offre de Soins (DGOS) - 2016

- L'amélioration de l'ergonomie, de la propreté, du confort des lieux d'accueil du public, mais également la sécurité des postes de travail et des accès aux locaux de l'établissement. Il s'agit d'adapter le travail de l'agent en tenant compte de l'évolution de la technique en remplaçant ce qui est dangereux par ce qui l'est moins ;
- Sensibiliser à intervalles réguliers les équipes de l'établissement à la maîtrise des procédures de gestion des risques auxquels elles sont confrontées, mais aussi à gérer les situations conflictuelles et à désamorcer la violence des usagers ;
- La mise en place de plusieurs niveaux de communication adaptés aux objectifs visés (de la communication sur la prévention à la communication de crise) différenciant le court terme du long terme).

Conclusion du chapitre 1

Les politiques de sécurisation, pour qu'elles soient réellement effectives, doivent être infléchies de manière stratégique, dès lors que cette vue stratégique a été pensée, elle permet de mettre en œuvre un ensemble de mécanismes de spécialisation motivé par la recherche d'une certaine forme d'efficacité et d'efficience.

Cependant, si en théorie, ces plans sont indispensables au bon fonctionnement des établissements, force est de constater que leur application et leur mise en œuvre se heurtent à un ensemble de paramètres complémentaires.

Chapitre 2 : L'indispensable prise en considération de paramètres complémentaires relatifs à la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux

La déclinaison pratique des différentes mesures de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux s'accompagne d'un ensemble d'enjeux qui n'ont pas été nécessairement pris en considération initialement mais qui nécessite, toutefois, d'être menée de façon stratégique.

À cette fin, il est spécifiquement nécessaire de prendre en considération un ensemble de paramètres complémentaires et notamment les enjeux financiers que revêt une politique de sécurisation (**Section 1**), mais également les enjeux managériaux et ses différents leviers (**Section 2**).

Section 1 : La préoccupation des enjeux financiers

La déclinaison pratique d'une politique de sécurisation se fait à travers un ensemble d'outils qu'il a été explicité précédemment. Or, force est de constater que la mise en œuvre de ces mesures se heurte à une certaine forme d'insuffisance en matière financière (**paragraphe 1**) bien que des solutions soient envisageables afin de répondre à ces défis aussi importants que vitaux (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : Des moyens financiers insuffisants

Le sujet de la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux est dorénavant un sujet aussi incontournable qu'il fait l'objet d'une réglementation pointilleuse, l'actualité en est un élément d'exemple (cyberattaque à l'hôpital Sud Francilien de Corbeille-Essonne, agression d'un praticien de SOS Médecins à Mulhouse, d'un médecin et d'un infirmier à l'hôpital de Cannes, une infirmière à l'hôpital de Montpellier, etc.)

Or, la mise en œuvre des politiques de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux a tendance à se heurter à un paramètre important : le paramètre financier.

En effet, se conformer aux exigences légales et réglementaires en matière de sécurisation implique de prendre en considération la question financière. Depuis, plusieurs décennies les établissements sanitaires et médico-sociaux ont tendance à évoluer dans un contexte financier dégradé.

À ce titre, la Cour des comptes a rendu public, le 11 avril 2014, un rapport¹³⁰ relatif à la dette des établissements publics de santé (EPS) dans lequel il a été explicité que la dette à moyen et long terme des EPS avait triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 milliards d'euros à la fin de l'année 2012, soit 1,4 % du produit intérieur brut (PIB).

Cette donnée tend donc à circonscrire l'action des directeurs d'établissements sanitaires en premier lieu, mais également les directeurs d'établissements médico-sociaux qui ne sont pas exempts de difficultés en matière de financement en devant rechercher notamment des possibilités de financement opportun.

Comme il l'a été explicité précédemment, les pouvoirs publics ont mis en œuvre un ensemble de dispositifs visant à assurer la sécurité des établissements sanitaires et médico-sociaux, tels que les différents plans gouvernementaux, la déclinaison pratique du PSE, la révision annuelle du plan blanc, l'amélioration des systèmes d'information, etc.

Cependant, la mise en œuvre de cet ensemble de dispositifs impose aux établissements des dépenses supplémentaires que ceux-là ne sont pas forcément en mesure d'assurer rendant, dès lors, la mise en œuvre pratique des politiques de sécurisation difficile, d'autant plus, que leur financement résulte du financement propre des établissements bien qu'un financement régional, à travers des missions d'intérêt général (MIG) versé par les agences régionales de santé (ARS) intervienne malgré tout.

Les moyens financiers disponibles sont cependant assez peu nombreux et orientés avant tout vers les quelques quatre cents établissements de niveau 1. Pour rappel, les établissements de niveau 1 sont ceux qui : « assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients/usagers qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence

¹³⁰ Rapport sur la dette des établissements de santé – Cour des comptes – avril 2014.

des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins.¹³¹ »

En effet, malgré le caractère général des mesures de planification, les crédits supplémentaires prévus initialement, n'ont pas pu être octroyés à chacun des 3 089 établissements sanitaires. L'enveloppe qui a été attribuée, d'un montant de 75 millions d'euros au cours de la période 2018-2020 représente à l'échelle des établissements tributaires, la somme plutôt modeste de 24 280 euros, soit 8 093 euros par établissements par an.

Dès lors, il semble plutôt évident que ce volet financier visant à aider les établissements à mettre en œuvre des projets de sécurisation de leurs établissements est fortement limité.

Paragraphe 2 : Des propositions quant aux enjeux financiers

Afin de répondre aux enjeux financiers liés aux mesures de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux, il pourrait convenir de mettre en place une planification à l'instar de ce qui se fait déjà en matière d'installation et d'autorisation dans le secteur sanitaire et médico-social.

À cette fin, il s'agirait de créer un financement nouveau qui pourrait s'articuler à travers celui relatif aux missions d'intérêts générales (MIG) avec un volet de financement « sécurisation des établissements sanitaire ».

En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, bien que la question de la sécurité de ces établissements soit moins importante du fait des risques en période extraordinaire, ceci pouvant s'expliquer par une exposition un peu moindre, il pourrait convenir également pour ces établissements de définir une planification qui s'articulerait dans le cadre de la négociation annuelle avec l'autorité de tarification (Agence régionale de santé et/ou conseil départemental) suite au recensement des risques dans chaque établissement.

¹³¹ C. santé publ., arti. L6111-3-1.

Section 2 : La préoccupation des enjeux managériaux

Outre les moyens financiers utiles à la mise en œuvre d'une véritable politique de sécurisation au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, il est primordial de prendre en considération des moyens plus techniques tels que les enjeux managériaux.

Ces enjeux managériaux et les difficultés qui l'accompagnant se caractérisent par la culture de la sécurisation qu'il convient de développer (paragraphe 1), en plus d'un management pragmatique du risque (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La culture de la sécurisation

La culture de la sécurisation présente des enjeux liés à cette acculturation (**A**), qu'il convient de décliner en matière à travers un ensemble de mesures (**B**).

A) Enjeux quant à l'acculturation de la sécurisation

Malgré les affirmations de l'ARS qui affirme sur son site Internet : « qu'il est nécessaire de développer une culture permanente de vigilance et de sécurité chez l'ensemble des professionnels du secteur de la santé¹³² » force est de constater que les établissements sanitaires et médico-sociaux n'ont pas réellement de culture de la sécurisation.

Selon une définition de l'Institut pour une culture de sécurité industrielle, il est possible de définir la culture de la sécurité comme étant : « un ensemble de manières de faire et de manières de penser largement partagées par les acteurs d'une organisation à propos de la maîtrise des risques les plus importants liés à ses activités¹³³».

La Haute autorité de santé (HAS) quant à elle définit la culture de la sécurité comme étant : « un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et

¹³² <https://www.ars.sante.fr/la-securisation-des-etablissements-de-sante>.

¹³³ https://www.icsi-eu.org/sites/default/files/2020-07/Icsi_essentiel_FR_culture-securite_2017.pdf.

qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation (équipes, établissements de santé)¹³⁴ ». Développer une culture de la sécurisation permet donc d'avoir une certaine maîtrise des risques les plus importants inhérents à l'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Dès lors, afin d'avoir une meilleure maîtrise des risques, source de toute gestion des risques, il semble primordial de promouvoir une culture de la sécurisation à travers l'implication des différents acteurs de ces organisations dans un projet qui se révélerait être nécessairement fédérateur.

À ce titre, il semble paraître pertinent que cette culture de sécurisation soit impulsée par les acteurs stratégiques des établissements comme les directeurs de ces établissements, les chefs de pôle, les chefs de service dans une démarche participative associant tous les acteurs à leur échelle en établissant un degré de communication suffisant afin que celle-ci soit appliquée à chaque strate hiérarchique. En effet, comme l'affirme la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), il convient « d'intégrer la problématique de sécurité dans tous les processus de décision, notamment en faisant appel à des experts. Le but étant d'intégrer cette problématique en faisant naître une culture de la sécurité à tous les niveaux. La sécurité, si elle n'est pas intégrée dès l'origine dans tous projets, est chère et peu efficace¹³⁵ ».

In fine, cela permettrait d'insuffler une culture des risques et ainsi de sensibiliser les différents acteurs de ces organisations à l'ensemble des risques qui sont inhérents à leur activité quotidienne ainsi qu'aux mesures de prévention qu'il est possible de mettre en œuvre.

B) Propositions quant à la déclinaison pratique du projet d'acculturation de la sécurité

En premier lieu, il pourrait convenir de décliner la problématique sécuritaire au sein du projet d'établissement, à la suite d'un éventuel audit permettant de dégager les différents risques dont l'établissement en question est susceptible de faire face.

¹³⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), Culture de sécurité, Mieux comprendre pour agir plus efficacement – Juin 2019.

¹³⁵ Les points clés d'une politique de sécurité – Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) – 2016.

En second lieu, il pourrait être intéressant de mettre en œuvre un mécanisme permettant de former efficacement les acteurs clés des organisations (chef d'établissement, chef de pôle, chef de service) afin que ceux-là puissent se saisir de l'importance de développer une culture de la sécurité au sein de leur établissement.

Pour que la sécurité au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux soit efficace, il faut qu'elle se fasse sur une base collective avec une implication de tous les acteurs de l'organisation.

C'est d'ailleurs probablement dans le but de promouvoir la culture de la sécurisation au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux que des formations ont été créées notamment par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) ainsi qu'à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) qui est l'école qui forme les cadres et les cadres supérieurs de la santé publique comme les directeurs d'hôpital (DH), les directeurs d'établissements sanitaire, social et médico-social (D3S), les inspecteurs de l'action sanitaire et social (IASS) et les attachés d'administration hospitalière (AAH), notamment. À cette fin, des modules quant à leur formation sont proposés.

Paragraphe 2 : Le management du risque

Il est possible de définir le management du risque comme étant : « la discipline visant à identifier, évaluer et hiérarchiser les risques liés aux activités d'une organisation, quelles que soient la nature ou l'origine de ces risques, puis à les traiter méthodiquement, de manière coordonnée et économique, afin de réduire et contrôler la probabilité des événements redoutés, et leur impact éventuel¹³⁶ ».

Le management du risque en établissement sanitaire et médico-social consiste à mettre en œuvre une organisation qui permet d'identifier, d'analyser et de réduire les risques.

À cette fin, il convient de développer une approche qui soit transversale et orientée sur la participation des différents acteurs de l'organisation en favorisant l'échange d'information et le retour d'information.

¹³⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Management_des_risques.

Comme il en a été fait état précédemment, mettre en œuvre un management du risque au sein d'une organisation, et en particulier, au sein d'établissements sanitaires et médico-sociaux nécessite une acculturation des risques au quotidien de l'ensemble des acteurs de ce celles-ci.

À ce titre, les cadres de ces organisations comme les chefs de pôle et/ou les chefs de service semblent être les chefs de file dans le pilotage du management du risque.

Dès lors, le management du risque doit passer par quatre principes :

- La vision : en s'appuyant sur ce qui existe déjà permettant, in fine, de se projeter et projeter les exigences internes et externes sur un cadre stable qui a déjà fait ses preuves ;
- Le pragmatisme : en utilisant les bonnes pratiques, en procédant par étape et en rendant possible des pratiques utiles et sécurisées pour les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- La pédagogie : en sensibilisant et en formant l'ensemble des acteurs à la perception et à la gestion du risque ;
- L'agilité : en adaptant les réponses de protection, à travers l'apprentissage de la gestion de crises, la défense en profondeur, l'entraide (en externe et en interne), l'alerte.

Conclusion du chapitre 2

Une politique de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux quand celle-ci s'articule à l'échelle de ceux-là fait donc face à un ensemble de contraintes liées à la gestion de ces établissements.

C'est notamment le cas en matière financière du fait de l'insuffisance des moyens financiers alloués aux établissements sanitaires et médico-sociaux, il est rendu difficile de mettre en œuvre des politiques de sécurisation pour ces établissements, qui doivent le faire sur leurs fonds propres. Par ailleurs, ces établissements sont dépourvus de culture de la sécurisation ce qui entraîne d'autres difficultés.

Cependant, des leviers pour l'une et l'autre de ces difficultés existent et il est possible en faisant preuve de résilience de trouver une « issue de sécurité ».

Conclusion de la partie 2

Les différentes politiques de sécurisation sont autant de mécanismes à la disposition des établissements sanitaires et médico-sociaux pour faire face aux différents risques que l'on connaît dorénavant.

Les politiques de sécurisation, pour qu'elles soient réellement effectives, doivent être infléchies de manière stratégique, dès lors que cette vue stratégique a été pensée, elle permet de mettre en œuvre un ensemble de mécanismes de spécialisation motivé par la recherche d'une certaine forme d'efficacité et d'efficience.

Cependant, si en théorie, ces plans sont indispensables au bon fonctionnement des établissements, force est de constater que leur application et leur mise en œuvre se heurtent à un ensemble de paramètres complémentaires.

Une politique de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux quand celle-ci s'articule à l'échelle de ceux-là fait donc face à un ensemble de contraintes liées à la gestion de ces établissements.

C'est notamment le cas en matière financière du fait de l'insuffisance des moyens financiers alloués aux établissements sanitaires et médico-sociaux, il est rendu difficile de mettre en œuvre des politiques de sécurisation pour ces établissements, qui doivent le faire sur leurs fonds propres. Par ailleurs, ces établissements sont dépourvus de culture de la sécurisation ce qui entraîne d'autres difficultés.

Cependant, des leviers pour l'une et l'autre de ces difficultés existent et il est possible en faisant preuve de résilience de trouver une « issue de sécurité ».

Conclusion générale

La multiplication des risques qui pèsent sur les établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment ceux survenant en période ordinaire (risques liés aux activités médicales et aux soins, à l'activité professionnelle, à la nature même des établissements, aux incivilités et à la délinquance au quotidien, à un évènement technique ou logistique, aux systèmes d'information) ainsi que ceux en période extraordinaire (risques en matière de radicalisation/terrorisme, en matière de crise sanitaire, en matière nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques) crée une situation de fait qui justifie une juste intervention des pouvoirs publics.

Dès lors, cette intervention des pouvoirs publics s'articule à travers l'élaboration de politiques de sécurisation qui sont portées à l'échelle nationale avec la nomination d'un Haut fonctionnaire de défense et de sécurité, l'élaboration d'un ensemble de plans comme le plan Vigipirate et un Centre opérationnelle de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales mais également des politiques de sécurisation qui sont pilotées à l'échelle locale à travers le rôle majeur que jouent les agences régionales de santé dans le dispositif ORSAN et le préfet dans le cadre du dispositif ORSEC.

Ces politiques de sécurisation font l'objet d'une déclinaison pratique à travers la mise en œuvre par les établissements sanitaires et médico-sociaux de différents plans, comme le plan blanc d'établissement (pour les établissements sanitaires) et le plan bleu (pour les établissements médico-sociaux), le plan de sécurisation des établissements ainsi que le plan de continuité d'activité.

Toutefois, force est de constater que la mise en œuvre de ces politiques de sécurisation se heurtent à des difficultés, notamment en matière financière, mais également du fait qu'il n'existe pas réellement de culture de la sécurisation au sein de ces établissements, nécessitant, dès lors, afin de répondre aux différents enjeux de sécurisation de développer une culture de la sécurité au sein de ces établissements avant de développer un management propre à la gestion de ces risques qui peuvent avoir des conséquences aussi dramatiques et lourdes de conséquences.

Bibliographie

I- Traité, manuels et ouvrages généraux

- Norbert BENZAÏD, *La lumière médicale, les illusions de la prévention*, Seuil, 1981 ;
- Yves MICHAUD, *La violence*, Que sais-je, 2018 ;
- Hugues LAGRANGE, *L'épreuve des inégalités*, PUF, 2006 ;
- Sébastien ROCHE, *Le sentiment d'insécurité*, PUF, 1993 ;
- Robert REIX, *Systèmes d'information et management des organisations*, Vuiber, p.1

II- Thèses, mémoires et ouvrages spéciaux

- Jacques-René TENON, *Les hôpitaux de Paris*, mémoire, Paris, 1788 ;
- Alex P. Schmid et Albert J. Jongman, *Political Terrorism: A New Guid To Actor, Authors, Concepts, Data Bases, Theories, And Literature*, Transaction Publishers, Piscataway, 1988

III- Encyclopédies, dictionnaires

- Dictionnaire Le Robert, la sécurité ;
- Encyclopédie Focus, la sécurité ;
- Dictionnaire Le Larousse, la sécurité ;
- Dictionnaire Le Larousse, le risque ;
- Dictionnaire juridique, le risque ;
- Dictionnaire médical, évènement indésirable ;
- Dictionnaire Le Larousse, incendie ;
- Dictionnaire L'internaute, feu ;
- Wikipédia, Panne de courant ;
- Dictionnaire Le Larousse, eau ;

- Dictionnaire Le Larousse, pollution ;
- Wikipédia, Système d'information hospitalier (SIH) ;
- Wiktionary, radicalisation ;
- Dictionnaire Le Larousse, terrorisme ;
- Dictionnaire Toupie, crise sanitaire ;
- Dictionnaire La langue française, Nucléaire, Radiologique, Biochimique et Chimique ;
- Wikipédia, Politique de sécurisation ;
- Dictionnaire Le Larousse, efficace ;
- Dictionnaire Toupie, efficience

IV- Articles et contributions

- Journal *Combat* du 3 septembre 1944 ;
- Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVMS), Rapport 2020 sur les données 2019 ;
- François VIALLA, l'hôpital lieu violent, et/ou lieux de violences, Revue Droit et santé, n° 45, 2012 ;
- Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, chapitre 1 « La violence », 2002 ;
- Serge PAUGAM, « Un sentiment de délitement de la société », Le Nouvel Obs, 23 novembre 2013
- Serge PAUGAM, « Le lien social », entretien avec Serge PAUGAM, ENS Lyon ;
- Patrick JUIGNET, « La régression de l'humain dans la société occidentale », Philosophie, science et société, 2015 ;
- Sondage IFOP, Les Français et l'hôpital public en 2022 ;
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Rapport pour la santé dans le monde, 2002 ;
- Frédéric SPIBHIRNY, Sécurité à l'hôpital, Gestions hospitalières, n° 565, avril 2017, p.215 ;
- Synthèse, Ouvrage Chiffres clés du risque médical en établissements, Bilan 2020 ;
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2003

- Qu'est-ce qu'un évènement indésirable ? – Soins et maladies, site ministère des Solidarités et de la santé ;
- Guide « l'eau dans les établissements de santé » DGS-DGOS – 2005 ;
- Qualité de l'air, sources de pollution et effets sur la santé – ministère des Solidarités et de la santé
- Prévenir la radicalisation, Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR) ;
- Guide de prévention de la radicalisation dans la fonction publique, quel outils statutaires de prévention et d'action ? Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGFAP) ;
- Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme – 9 mai 2016 ;
- Plan national de prévention de la radicalisation « Prévenir Pour Protéger » - 23 février 2018 ;
- Laurent REVERSO, Le terrorisme est-il une personne ? Droit romain, droit naturel, droit positif, droit pénal de l'ennemi, Riséo, 2015-2, n° 24, p. 36 ;
- Guide des bonnes pratiques pour la sûreté des espaces publics ;
- Le risque Nucléaire, Radiologique, Biochimique et Chimique – Défense zone ;
- Outil d'auto-évaluation de sûreté – Modèle de fiche de sécurité – SGMS – HFDS – DGCS ;
- Livre blanc de défense et de sécurité – 2013 ;
- Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » - Document d'aide à la préparation et à la décision ;
- Plan national de prévention et de lutte « Maladie à virus Ebola » - Document d'aide à la préparation et à la décision ;
- La sécurisation des établissements de santé – ARS ;
- L'essentiel de la culture de la sécurité -ICSI ;
- Culture de sécurité – Mieux comprendre pour agir plus efficacement – HAS ;
- Guide d'élaboration du plan bleu à destination des établissements médico-sociaux

V- Revues

- Revue de droit sanitaire et social

VI- Codes

- Code de la santé publique ;
- Code pénal ;
- Code de la défense ;
- Code du travail

VII- Dispositions législatives

- Loi n° 2020-290, 23 mars 2020 ;
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile ;
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

VIII- Règlements

- Règlement n° 97-02 du Comité de la réglementation bancaire et financière du 21 février 1997 relatif au contrôle interne des établissements de crédit et des entreprises d'investissement

IX- Directives

- Directive Européenne 2000/60/CE du 23 octobre 2000

X- Décrets

- Décret n° 2020-293, 23 mars 2020 ;
- Décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC ;
- Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relative à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique dans ses dispositions réglementaires ;

- Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé

XI- Arrêtés

- Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence

XII- Circulaires, instructions

- Circulaire DHOS/E4 n° 2006-393 du 8 septembre 2006 ;
- Instruction ministérielle n° DGCS/DGSCGC/2015/35 du 7 décembre 2015 ;
- Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics ;
- Instruction N°SG/DSSI/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») dans les établissements et services concernés ;
- Instruction SG no 2016-14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation ;
- Vigipirate n° 650/SGDSN/PSN/PSE du 17 janvier 2014 ;
- Circulaire n° SG/Pôle ARS Santé/HFDS/DGOS/2020/215 du 31 décembre 2020 relative à la prévention de la radicalisation des agents employés par les établissements publics de santé et établissements publics médico-sociaux ;
- Instruction no SG/HFDS/PDS/2018/54 du 31 janvier 2018 relative à la mise en œuvre du plan Vigipirate au sein des périmètres des ministères sociaux ;
- Circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques ;
- Circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives ;

- Circulaire n° 750/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011, relative à la découverte de plis, colis, contenant des substances suspectées de renfermer des agents radiologiques, biologiques ou chimiques dangereux ;
- Circulaire interministérielle n° 007/SGDN/PSE/PPS du 8 octobre 2009, relative au dispositif interministériel d'intervention face à la menace ou à l'exécution d'actes de terrorisme nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC) ;
- Circulaire n° 747/SGDSN/PSE/PPS du 30 octobre 2009 relative à la doctrine de l'État en matière de prévention et de lutte contre le terrorisme NRBCe ;
- Circulaire n° 2002/277/DHOS/HFD/DGSNR du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique ;
- Instruction ministérielle du 5 février 1952 sur l'organisation des secours dans le cadre départemental au cas de sinistre important ;
- Circulaire n° 5567/SG relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 2 janvier 2012 ;
- Instruction DGS/DUS/SGMAS n° 2014-153 du 15 mars 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Circulaire interministérielle DGS/DGAS/DHOS/DUS no 2007-419 du 23 novembre 2007 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et maîtriser les conséquences sanitaires propres à la période hivernale ;
- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 ;
- Instruction SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2007 ;
- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

XIII- Recommandations

- Protocole national du 12 août 2005 ;
- Protocole national du 10 juin 2010 pour les établissements de santé ;
- Protocole national du 20 avril 2011 pour les professionnels de santé qui exercent en libéral ;
- Vigipirate n° 650/SGDSN/PSN/PSE du 17 janvier 2014 ;
- Réponse ministérielle n° 64644 : JOAN Q 23 février 2016 ;
- Définition de la norme ISO 22301 : 2012(F)

XIV- Colloque

- Séminaire AFSDS du 20 mai 2021 à CY Cergy Paris Université : Les établissements publics de santé : sécurité et défense ; coordonné par le Professeur Pierre BOURDON

XV- Rapports

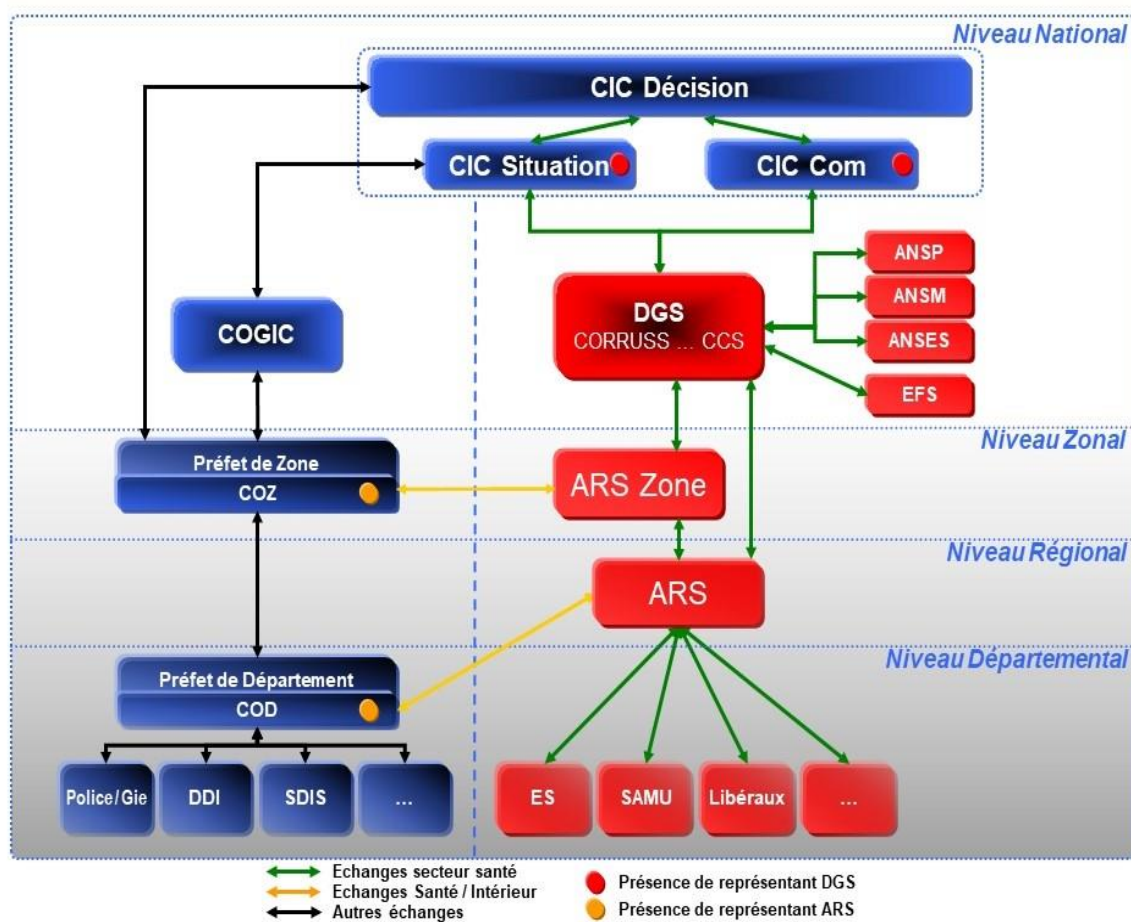
- « *Les collectivités territoriales et la prévention de la décentralisation* » par Jean-Marie Bockel et Luc Carvounas, délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat (n°483, 29 mars 2017) p. 16 ;
- Rapport d'information de la commission des lois déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les services publics face à la radicalisation. (MM. Éric Diard et Éric Poulliat) ;
- Rapport sur la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents exerçant au sein des établissements de santé - Mars 2022 ;
- Rapport sur la dette des établissements de santé – Cour des comptes - avril 2014

XVI- Autres

- Annonce du ministre de la Santé et de la prévention en visite le 26 août 2022 au Centre hospitalier Sud Francilien

Annexes

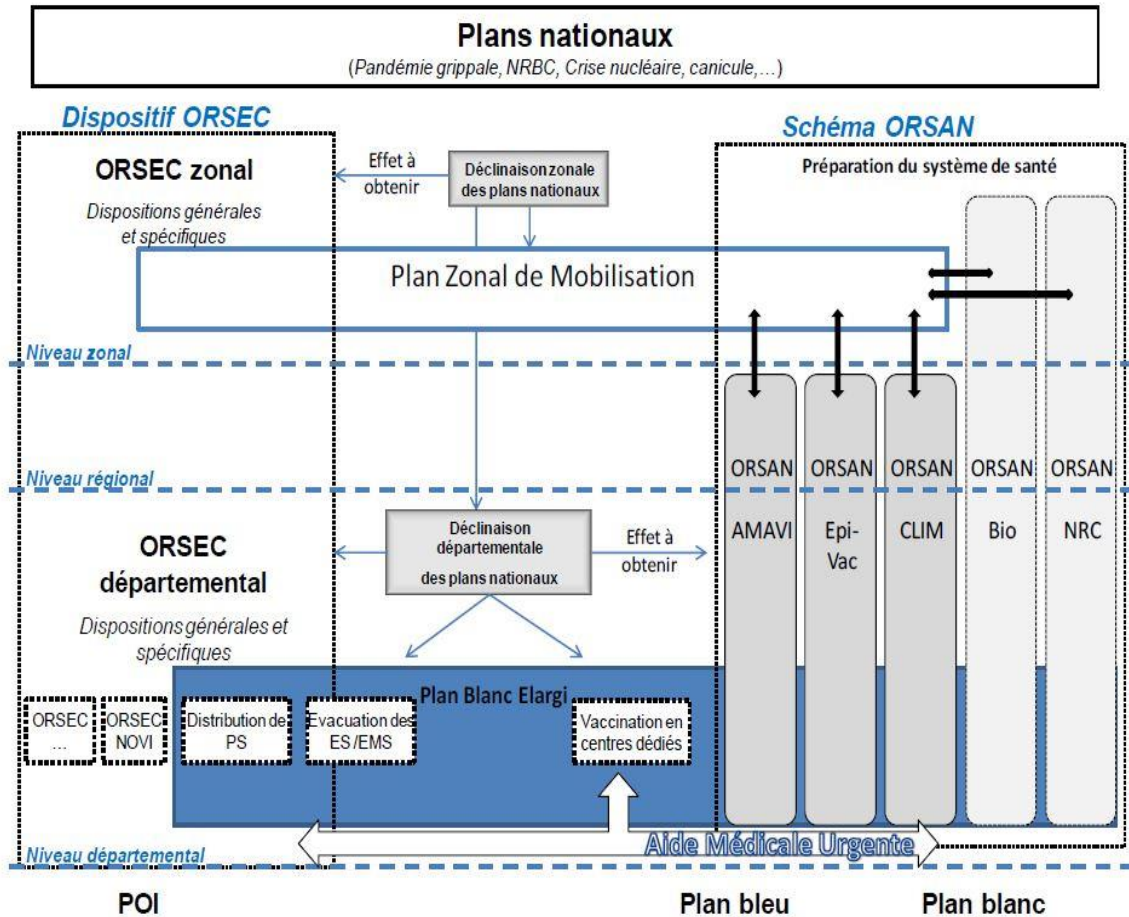
Annexe 1 : Schéma général d'organisation de la gestion de crise au niveau national



Source : ministère des Solidarités et de la santé

Annexe 2 : Schéma général d'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle

Le schéma suivant présente l'organisation de l'offre de soins en SSE.



Source : ministère des Solidarités et de la santé

Table des matières

| | |
|--|----|
| <u>Avertissement</u> | 5 |
| <u>Remerciements</u> | 7 |
| <u>Résumé</u> | 9 |
| <u>Abstract</u> | 9 |
| <u>Liste des abréviations</u> | 13 |
| <u>Sommaire :</u> | 16 |
| <u>Introduction</u> | 17 |
| <u>Partie 1 : La sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux : une conception nécessairement empirique</u> | 26 |
| <u>Chapitre 1 : La multiplication des risques pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux justifie la mise en œuvre d'un mécanisme de protection</u> | 27 |
| <u>Section 1 : La survenance des risques en période ordinaire</u> | 28 |
| <u>Paragraphe 1 : Les risques liés aux activités médicales et aux soins</u> | 28 |
| <u>Paragraphe 2 : Les risques liés à la santé en milieu professionnel</u> | 30 |
| <u>Paragraphe 3 : Les risques liés à la nature même des établissements</u> | 31 |
| <u>Paragraphe 4 : Les risques liés aux incivilités et à la délinquance au quotidien</u> | 31 |
| <u>Paragraphe 5 : Les risques liés à un évènement technique ou logistique</u> | 33 |
| A) Les risques liés aux incendies | 34 |
| B) Les risques liés aux ruptures d'électricité | 35 |
| C) Les risques liés à la gestion de l'eau | 36 |
| D) Les risques liés à la pollution | 37 |
| <u>Paragraphe 6 : Les risques liés aux systèmes d'information</u> | 38 |

| | |
|---|----|
| <u>Section 2 : L'extension des risques en période extraordinaire</u> | 40 |
| <u>Paragraphe 1 : Les risques en matière de radicalisation/terrorisme</u> | 40 |
| A) Les enjeux liés à la radicalisation | 41 |
| B) Le risque lié au terrorisme | 44 |
| <u>Paragraphe 2 : Les risques en matière de crise sanitaire</u> | 45 |
| <u>Paragraphe 3 : Le risque Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques (NRBC)</u> | 47 |
| <u>Conclusion du chapitre 1</u> | 49 |
| <u>Chapitre 2 : L'intensification des réponses apportées aux risques pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux</u> | 50 |
| <u>Section 1 : Des politiques de sécurisation portées à l'échelle nationale</u> | 51 |
| <u>Paragraphe 1 : Le Haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS)</u> | 51 |
| <u>Paragraphe 2 : Les plans gouvernementaux de défense</u> | 53 |
| A) Le plan Vigipirate | 53 |
| B) Les plans nationaux sanitaires | 56 |
| 1. Le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale | 56 |
| 2. Le plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola » | 57 |
| <u>Paragraphe 3 : Le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)</u> | 57 |
| <u>Section 2 : Des politiques de sécurisation pilotées à l'échelle locale</u> | 61 |
| <u>Paragraphe 1 : Le rôle majeur de l'Agence régionale de santé dans l'élaboration des politiques de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux</u> | 61 |
| <u>Paragraphe 2 : Le préfet : un acteur clé dans la politique de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux</u> | 64 |
| <u>Paragraphe 3 : La détermination de la place des établissements sanitaires et médico-sociaux dans ces politiques de sécurisation</u> | 66 |
| <u>Conclusion du chapitre 2</u> | 69 |
| <u>Conclusion de la partie 1</u> | 70 |

| | |
|--|----|
| <u>Partie 2 : La sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux : une nécessaire déclinaison pratique</u> | 71 |
| <u>Chapitre 1 : L'inévitable processus d'adaptation des politiques de sécurisation au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux</u> | 72 |
| <u>Section 1 : Un mécanisme de spécialisation motivé par la recherche d'efficacité</u> | 72 |
| <u>Paragraphe 1 : Le plan spécifique d'urgence : un outil majeur de gestion de crise dans les établissements sanitaires et médico-sociaux</u> | 73 |
| A) Le plan blanc : un plan d'urgence dans la gestion de crise des établissements sanitaires | 73 |
| B) Le plan bleu : un outil déterminant dans la gestion de crise des établissements médico-sociaux | 75 |
| <u>Paragraphe 2 : Le plan de sécurisation des établissements</u> | 76 |
| A) Une prescription initialement faite aux établissements sanitaires | 76 |
| B) Avant de faire l'objet d'une extension aux établissements médico-sociaux | 79 |
| <u>Paragraphe 3 : Le plan de continuité d'activité</u> | 79 |
| <u>Section 2 : Un mécanisme de spécialisation motivé par la recherche d'efficience</u> | 81 |
| <u>Conclusion du chapitre 1</u> | 85 |
| <u>Chapitre 2 : L'indispensable prise en considération de paramètres complémentaires relatifs à la sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux</u> | 86 |
| <u>Section 1 : La préoccupation des enjeux financiers</u> | 86 |
| <u>Paragraphe 1 : Des moyens financiers insuffisants</u> | 86 |
| <u>Paragraphe 2 : Des propositions quant aux enjeux financiers</u> | 88 |
| <u>Section 2 : La préoccupation des enjeux managériaux</u> | 89 |
| <u>Paragraphe 1 : La culture de la sécurisation</u> | 89 |
| A) Enjeux quant à l'acculturation de la sécurisation | 89 |
| B) Propositions quant à la déclinaison pratique du projet d'acculturation de la sécurité | 90 |
| <u>Paragraphe 2 : Le management du risque</u> | 91 |

| | |
|---|-----|
| <u>Conclusion du chapitre 2</u> | 93 |
| <u>Conclusion de la partie 2</u> | 94 |
| <u>Conclusion générale</u> | 95 |
| <u>Bibliographe</u> | 96 |
| <u>Annexes</u> | 103 |
| <u>Annexe 1 : Schéma général d'organisation de la gestion de crise au niveau national</u> | 103 |
| <u>Annexe 2 : Schéma général d'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle</u> | 104 |
| <u>Table des matières</u> | 105 |
| <u>Résumé</u> | 109 |
| <u>Abstract</u> | 109 |

Résumé

Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont des lieux emblématiques, bien connus de la population au sein desquels sont effectués chaque jour, un ensemble d'activités comme la délivrance de soins, l'enseignement, la formation professionnelle ainsi que la recherche médicale et scientifique en ce qui concerne les établissements sanitaires, l'accompagnement ainsi que la prise en charge des publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance en ce qui concerne les établissements médico-sociaux. Autrefois sanctuarisés, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont à l'image de l'évolution de la société et font face à de nouveaux dangers nécessitant une adaptation et la prise en considération d'un ensemble de mécanismes propres à cet environnement visant notamment à mettre en œuvre un processus de sécurisation de ces établissements pouvant faire l'objet d'actes de sabotages ainsi que de malveillance.

Abstract

The health and medico-social establishments are emblematic places, well known to the population within must be carried out every day, a set of activities such as the delivery of care, education, professional training as well as medical and scientific research with regard to health establishments, support and care for so-called “fragile” people, in a situation of precariousness, exclusion, disability or dependency with regard to medico-social establishments. Formerly sanctuaries, health and medico-social establishments reflect the evolution of society and face new dangers requiring adaptation and consideration of a set of mechanisms specific to this environment aimed at putting implement a process to secure these establishments that may be subject to acts of sabotage or malicious intent.