



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Octobre 2017**

**Le directeur à l'épreuve des nouveaux
risques : enjeux de la sécurisation des
établissements de santé**

Gaëlle BOUVIER-MULLER

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de nombreuses personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord adresser mes sincères et chaleureux remerciements à mon maître de mémoire, Monsieur Christophe Van Der Linde. Je le remercie de m'avoir encadrée, orientée et conseillée.

Je désire également adresser ma sincère reconnaissance à mon maître de stage, Monsieur Patrick Besson pour son accompagnement tout au long de ces huit mois de stage ; Il a participé à nourrir mes connaissances et à alimenter ma réflexion.

Mes remerciements vont également à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Merci à mon père qui a su me transmettre l'envie. Sa présence immuable, son accompagnement et ses encouragements me permettent aujourd'hui de marcher dans ses pas.

Enfin, mes pensées vont à Wil qui me soutient et m'épaulé à chaque instant, ainsi qu'à Justine, Matthieu, Noé et Julia.

*Le secret du changement
c'est de concentrer toute notre énergie non pas à lutter contre le passé,
mais à construire le futur.*

Socrate

Sommaire

Introduction	1
1 La sécurisation d'un établissement de santé : entre nouvelles évolutions et contraintes réglementaires	5
1.1 De nouveaux risques à prendre en compte.....	5
A) Malveillance et violence : le nouveau quotidien des hôpitaux ?.....	5
B) Hôpital cible.....	8
a) Hôpital et terrorisme : deux notions antinomiques.....	8
b) Une menace pourtant réelle	9
c) Les conséquences d'un attentat sur la production de soins	9
1.2 La population : ses attentes et son comportement face aux risques	11
1.3 Une formalisation réglementaire de plus en plus dense et en mutation à laquelle le directeur est tenu de répondre	11
1.4 Une structuration régionale et zonale permettant de renforcer la sécurité.....	14
A) Schéma ORSAN : l'indispensable organisation du maillage territorial	14
B) Des rôles précis pour de chacun des acteurs	15
a) L'Agence Régionale de Santé	15
b) Les établissements de santé	17
c) D'autres acteurs indispensables	18
2 La sécurisation d'un établissement de santé : un enjeu managérial fort assorti d'une nécessaire politique de sécurité globale	21
2.1 Définition et objectifs d'une politique de sécurité pour un établissement de santé ...	21
2.2 Moyens et leviers d'action dont dispose le directeur pour mettre en place une sécurisation efficace	23
A) Le plan blanc.....	23
a) Une réponse organisationnelle aux différents risques	24
b) La définition d'une organisation dégradée préservant la mission première de l'hôpital	28
B) Le PSE : un outil complémentaire indissociable du plan blanc.....	31
a) Un document de référence pour la sécurisation de l'établissement en temps normal.....	31
b) Un objectif clairement affiché : la diminution des vulnérabilités	33
c) La traduction d'une véritable stratégie de protection	34
C) Le plan de continuité d'activité	35
3 Théorie et mise en œuvre : une confrontation délicate.....	39
3.1 Un financement limité au regard des enjeux	39

A)	Une part insuffisante du budget des établissements est consacrée aux dépenses de sécurité	39
B)	Des choix épineux mais cruciaux.....	40
3.2	Une culture de la sécurisation qui reste à développer.....	41
A)	L'impératif engagement des directeurs d'hôpital	41
B)	Développer une culture de la sécurité au sein de l'établissement.....	42
a)	La co-construction : la notion de gagnant-gagnant	42
b)	La formation continue: un élément majeur de l'acculturation.....	42
c)	Informers les nouveaux arrivants	43
C)	Les exercices et retours d'expérience : un outil incontournable de la gestion des SSE	43
3.3	Les GHT : de nouvelles perspectives pour la sécurité des établissements de santé ? ..	45
A)	La sureté sécurité à l'échelle d'un territoire ?.....	45
B)	Différents scénarii possibles.....	46
	Conclusion.....	48
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMAVI :	Afflux Massif de Victimes
ARS :	Agence Régionale de Santé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CHIRC :	Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir
DOS :	Directeur des opérations de secours
ES :	Etablissement de Santé
ESR :	Etablissement de Santé de Référence
ETP :	Equivalent Temps Plein
FSI :	Forces de Secours Intérieures
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
NOVI :	Nombreuses Victimes
NRBCe :	Nucléaire Radiologique Biologique, Chimique explosif
ONDAM :	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ONVS :	Observatoire National des violences en milieu de Santé
ORSAN :	Organisation de la Réponse du système de SANté
ORSEC :	ORganisation des SECours
PB :	Plan Blanc
PCA :	Plan de Continuité d'activité
PMA :	Poste Médical Avancé
PPI :	Plan Particulier d'Intervention
PSE :	Plan de Sécurité d'Etablissement
RETEX :	REtour d'EXpérience
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SINUS :	Système d'Information NUmérique Standardisé
SIVIC :	Système d'Identification des VICtimes
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSE :	Situation Sanitaire Exceptionnelle
T2A :	Tarifcation à l'Activité

Introduction

“La tâche à laquelle nous devons nous atteler, ce n’est pas de parvenir à la sécurité, c’est d’arriver à tolérer l’insécurité.”¹

Datant du début du siècle dernier, cette citation est toujours d’actualité. Bien qu’elle semble assez pessimiste, il s’avère pourtant qu’elle reflète assez bien la pensée sociale d’aujourd’hui. Si l’objectif n’est pas de parvenir à une sécurité totale (ce n’est pas possible), il s’agit plutôt d’obtenir les conditions de sécurité les plus acceptables et partant, que l’insécurité résiduelle soit acceptée par le plus grand nombre.

La sécurité reflète l’absence de danger, c’est-à-dire une situation dans laquelle quelqu’un ou quelque chose n’est pas exposé à des risques. C’est une notion protéiforme qui peut être définie à l’échelle de plusieurs dimensions. Elle peut s’entendre de manière subjective (le ressenti), mais elle peut aussi s’entendre, et c’est ce qui nous intéressera le plus, de manière objective, c’est-à-dire en s’intéressant aux causes et aux conséquences. En outre, la sécurité peut être passive, c’est alors un moyen de prévention, mais aussi active en abordant les questions de protection.

Pour la suite, il sera entendu que la sûreté traduit l’état de ce qui est sûr, exempt de danger. En ce sens, c’est un synonyme de sécurité.

Le concept de sécurisation, quant à lui, recouvre à la fois les notions de sécurité et celle de sûreté. Au sens littéral, la sécurisation se définit comme l’acte de faire passer d’un sentiment d’angoisse à un sentiment de sécurité.

Appliquées, stricto sensu, aux structures de soins, ces différentes notions traduiraient une absence de danger. Dès lors, sécuriser un établissement constitue un défi de taille pour le directeur d’hôpital puisque précisément, les hôpitaux sont soumis à une multitude de risques.

Les hôpitaux sont des établissements particuliers dans la société française. Ils ont toujours été des institutions majeures dans notre pays en raison de leur mission de soins, de prévention et d’aide. En outre, ils sont le symbole de la solidarité et de la cohésion sociale.

Cette place particulière, et le souhait qu’elle perdure, amène les pouvoirs publics à mettre en place de nombreuses réglementations dans le but d’améliorer leur fonctionnement.

Ainsi, les établissements de santé ont été soumis au fil des années à une demande de sécurisation croissante.

¹ Erich Fromm, psychanalyste américain du début du XXe siècle

Ce mémoire a pour ambition de s'intéresser à cette question de la sécurité en établissement.

Lorsque l'on aborde les questions de sécurité à l'hôpital, il faut s'interroger sur ce que l'on attend d'une politique de sécurité. Sécuriser l'hôpital c'est lui permettre de fonctionner en toute circonstance, mais c'est aussi faire en sorte que chacun (agents, usagers, prestataires...) puisse s'y sentir en sûreté.

Cela amène ensuite à s'interroger sur les raisons qui ont incité à imposer, au fil des années, des normes de plus en plus exigeantes.

Tout d'abord pour répondre à sa mission première de service public : être garant de la continuité des soins et de la permanence des soins.

Ensuite, au regard des risques d'attentat et de sur-attentat. Associé à une acceptabilité sociétale du risque de plus en plus faible, le contexte actuel d'attentat fait plus que jamais émerger le besoin de sécurité au sein de la population.

L'évolution du terrorisme nous montre que leurs auteurs recherchent avant tout à marquer les esprits en s'attaquant à des lieux et des établissements pourvus d'un fort pouvoir émotionnel. Dès lors, les crèches, les écoles ou les hôpitaux deviennent des cibles très probables.

Enfin, au-delà du terrorisme, les hôpitaux sont confrontés à de nombreux facteurs potentiellement désorganisant : malveillance, phénomènes extérieurs....

Ainsi, établir une politique de sécurité consiste à réfléchir aux actions à mettre en place pour que l'établissement, face aux crises qu'il est susceptible de rencontrer, soit le moins désorganisé possible. Car selon le Dr Alain Hugerot, « *Une crise pour un établissement de santé, est une menace sur ses priorités, son organisation : c'est une rupture, une irruption, avec débordement, physique et/ou informationnel, une submersion, l'émergence de l'urgence qui demande une décision rapide dans un horizon incertain pour des équipes insuffisamment préparées²* ».

Réfléchir à la mise en œuvre d'une politique de sécurité globale revient ainsi à s'interroger sur les enjeux et moyens pour le directeur de se préparer aux différents événements susceptibles d'entraver le bon fonctionnement de l'hôpital. Quelles sont ses marges de manœuvre, comment peut-il décliner les différents textes judicieusement et de manière coordonnée ? Comment concilier la gestion de la sécurité au quotidien et les mesures à déployer en cas de situation sanitaire exceptionnelle ? Comment mobiliser les acteurs au regard d'un risque par définition à l'occurrence incertaine ? Au final, Le directeur d'hôpital peut-il obtenir, grâce à la mise en œuvre d'une politique de sécurisation globale, une

² HUGEROT.A, L'hôpital cible : nouveaux enjeux pour nouvelles crises ; Techniques hospitalières n° mai-juin 2016. P 6-9

résilience organisationnelle satisfaisante pour son établissement de santé ? Comment peut-il décliner de façon idéale, une sécurisation globale répondant aux enjeux actuels ? D'ores et déjà la sécurisation apparaît, au travers de ce questionnement, comme une évolution significative du métier de directeur

Au cours de mon stage, m'a été confiée la mission d'actualiser le plan blanc de l'établissement ; D'abord parce qu'il n'avait pas été révisé depuis plusieurs années, ensuite parce que l'établissement a fusionné avec l'hôpital local de Carentoir au premier janvier 2017 et que de ce fait, il fallait inclure les particularités du nouveau site dans le plan. Au fur et à mesure de mon travail et des entretiens que j'ai eus pour le mener à bien, est apparu qu'une nouvelle annexe concernant le risque attentat devait être intégrée. Se posait alors la question de l'articulation avec le plan de sécurité d'établissement qui aborde également la gestion de ce risque afin que plusieurs documents traitant du même thème ne soient pas rédigés séparément.

Travailler sur la sécurisation globale des établissements de santé, dans ce contexte prend alors tout son sens. Pour ce faire plusieurs méthodes ont été employées : recherche et analyse documentaire, participation à des groupes de travail et à des réunions d'information, rencontre d'acteurs de différents établissements pour observation, recueil de bonnes pratiques, comparaison des actions mises en place ...

Le matériau récolté dans le cadre de ces démarches a permis d'enrichir, de confirmer, les hypothèses et interrogations de départ. D'autres questionnements sont apparus et des propositions concrètes ont pu émerger.

Ce mémoire tend ainsi à -essayer- de démontrer que bien que le directeur dispose d'outils performants, leur mise en œuvre est contingentée par des obstacles d'ordre financiers, humains et organisationnels. Le directeur dispose de plusieurs leviers d'action pour tendre à une sécurisation globale. Véritable cœur de rouage, le plan blanc permet de sécuriser les organisations en cas de rupture. Mais il ne peut à lui seul assurer le niveau de sécurité attendu et il est nécessaire de lui adosser deux autres outils: le plan de sécurité d'établissement déclinant les mesures à mettre en œuvre pour assurer la sécurité des personnes et des biens au quotidien, mais aussi en cas d'attentat et le plan de continuité d'activité qui traduit la trajectoire de résilience de l'établissement, c'est à dire sa capacité à rebondir après un événement exceptionnel.

Après une première partie consacrée aux évolutions et contraintes réglementaires liées à la sécurisation d'un établissement de santé où l'on observe que la recherche de sécurité, de plus en plus pressante, la menace terroriste persistante et un rapport aux soins évoluant vers l'obligation de résultat, les hôpitaux ont été positionnés comme des rouages essentiels de notre société. Face à cet état de fait et à ces nouveaux risques, la

réglementation vient définir les nouvelles obligations du directeur d'hôpital en termes de sécurisation. (I), A cette fin, faire de la sécurisation un enjeu managérial fort, permettrait probablement de parvenir à un résultat acceptable. Véritable fil rouge, elle doit être incluse dans chaque sujet et être l'affaire de tous. Pour cela, les établissements disposent de trois outils : le plan blanc, le plan de sécurité et le plan de continuité d'activité. (II). Enfin, dans une dernière partie la confrontation entre théorie et mise en œuvre mettra clairement en avant la complexité de cette dernière ; notamment en raison des nombreuses limites qui freinent le déploiement des dispositifs de sécurité. (III)

1 La sécurisation d'un établissement de santé : entre nouvelles évolutions et contraintes réglementaires

1.1 De nouveaux risques à prendre en compte

A) Malveillance et violence : le nouveau quotidien des hôpitaux ?

« Ce mardi 13 septembre, il est 22 h 49. Un homme est admis pour un traumatisme crânien, [...]. À ses côtés, son frère s'agite, s'inquiète, s'emporte. C'est le docteur Armand N. qui fait les frais des foudres fraternelles. L'homme l'agresse violemment. Il lui brise les deux mains au point que le médecin doit immédiatement être pris en charge au bloc pour une intervention. Il écopera de 50 jours d'incapacité temporaire de travail.»³

Si la mission première d'un établissement de santé est de venir en aide aux patients, il n'en demeure pas moins que le comportement de ceux-ci et de leurs proches s'est modifié au cours des dernières décennies : des situations de violence sont apparues au sein même des services hospitaliers. Il faut bien admettre que l'hôpital est un lieu particulier où l'angoisse, la douleur, l'incompréhension, mais aussi l'insatisfaction ou le refus d'attendre sont autant de facteurs pouvant déclencher des actes de violence allant de l'incivilité à l'agression physique grave. Cela paraît d'autant moins tolérable que les personnels soignants tentent de s'organiser au mieux pour répondre au besoin de chacun.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme « 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, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ».

Cette violence entraîne un sentiment grandissant d'insécurité pour les professionnels soignants qui développent progressivement une très faible tolérance à ces actes non justifiés. Ces derniers sont à l'origine de modification de la prise en charge des patients en générant d'une part, une possibilité de prise en soins altérée et d'autre part, un cadre de travail détérioré pour certains professionnels. Ainsi, le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins n'est plus à démontrer, la Haute Autorité de Santé ayant depuis 2010, intégré le paramètre de Qualité de vie au travail dans la certification.

Face à l'ampleur du phénomène et à sa cinétique, les pouvoirs publics se sont emparés de la question. Pour accompagner les établissements et prévenir ces actes de violence, l'observatoire national de violences en milieu de santé (ONVS) met à disposition des établissements, depuis 2005, une plateforme de signalement des actes d'atteinte aux

³ Journal Le Figaro.fr – Edition du 26/09/2016 à 18 :14.

personnes et d'atteinte aux biens. Sur la base du volontariat, les établissements peuvent donc déclarer les faits, permettant ainsi d'établir des statistiques à partir desquels sont élaborés des plans d'action nationaux. L'analyse des données permet de classer les événements selon leur gravité (de 1 : peu grave à 4 : gravité extrême). Selon le rapport de 2015, la moitié des signalements aux personnes sont classés en niveau 3⁴. Concernant l'atteinte aux biens, ce sont les atteintes de niveau 1 qui prédominent⁵

Les derniers chiffres publiés par l'ONVS en 2014, montrent l'ampleur du phénomène (tout en sachant que les déclarations se font sur la base du volontariat) : 18 143 victimes ont été recensées dont 85% de personnel hospitalier. Dans 90% des cas les auteurs de ces violences sont des patients, des visiteurs ou des accompagnants. Par ailleurs, dans 59 % des cas, la cause de l'acte violent portait sur la prise en charge et dans 12% sur un temps d'attente jugé trop long. Enfin, les services déclarant le plus de faits de violence sont la psychiatrie, les urgences, la médecine et la gériatrie⁶.

A travers ces différentes données chiffrées, on comprend l'enjeu, pour un directeur d'hôpital, que représente la mise en sécurité des services de soins de son établissement. Une de ses missions premières est, en effet, d'assurer la sécurité des patients hospitalisés et des agents hospitaliers. Cette notion est d'ailleurs affirmée au travers des l'article L4121-1⁷ et L.4121-1 du code du travail⁸.

Ainsi, pour diminuer, non seulement la fréquence, mais aussi la gravité des faits, le directeur doit mettre en place une véritable politique de prévention qui trouve toute sa place dans la politique de sécurisation globale qui sera développée plus loin.

Il dispose de plusieurs leviers d'actions⁹ à cet effet :

⁴ Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle – ONVS RAPPORT ANNUEL 2015 – Données 2014

⁵ Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis

⁶ Observatoire national des violences en milieu de santé – DGOS : RAPPORT ANNUEL 2015 – Données 2014

⁷ : « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.* »

⁸ « *L'employeur met en œuvre les mesures prévues à 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, tel qu'il est défini à l'article L. 1152-1 ; 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ; 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.* »

- Anticiper le risque par le biais de la prévention primaire qui consiste à prévenir le fait en amont afin d'en diminuer l'occurrence. Il est donc nécessaire d'agir sur les organisations de travail et l'environnement.
- Avoir une réaction immédiate adaptée, grâce à la prévention secondaire qui repose sur les actions directes à apporter lors de la survenue d'un évènement de violence Elle suppose également des formations à la gestion de ces situations.
- Accompagner dans le temps les agents par la prévention tertiaire qui traite des actions à mener à la suite d'un évènement. Elle s'apparente au retour d'expérience qui permet de tirer les conséquences d'une situation et d'y apporter les améliorations rendant l'organisation plus performante.

S'il convient surtout de trouver des réponses organisationnelles internes, le directeur peut également s'appuyer sur des ressources extérieures. La réaffirmation de l'intérêt des conventions « Santé-Sécurité-Justice », initiées en 2005 et 2010, engage conjointement les ministères de la santé, de la justice et de l'intérieur dans la lutte contre la violence dans les établissements de santé. L'objectif, est de renforcer les liens de proximité et faciliter les coopérations entre les établissements de santé et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

D'un point de vu sécurité publique, les hôpitaux disposent donc d'un interlocuteur privilégié au sein des forces de l'ordre qui a vocation non seulement à accompagner les professionnels, mais aussi à participer à la réflexion autour de la sécurisation de l'établissement.

Au niveau judiciaire, ces conventions se veulent également facilitatrices des échanges entre les différents acteurs en cas de besoin. Le procureur de la République du parquet de Toulouse, lors de la rédaction de la convention pour le CHU, soulignait l'objectif recherché: celui de mieux travailler ensemble ; *« Créer des circuits d'information courts, propres à assurer une réponse pénale rapide et proportionnée à l'acte commis. Il ne saurait être question de banaliser les infractions commises à l'encontre des personnels de santé, symbole à la fois de secours aux personnes et de service public. Par cette convention qui met en œuvre des principes simples, chaque partenaire doit pouvoir avoir confiance dans l'action de l'autre qu'il facilite. Quant aux auteurs d'infractions, ils doivent savoir qu'ils devront répondre, à bref délai, de leurs actes devant la justice.»*¹⁰

Le centre hospitalier intercommunal de Redon – Carentoir n'échappe pas à cette évolution des mœurs. Une augmentation des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI)

⁹ Guide méthodologique : La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé. DGOS – ONVS, Avril 2017.

¹⁰ Mr Le Procureur de la République Pierre-Yves COUILLEAU

faisant état de faits de violence et des demandes répétées du CHSCT, ont conduit l'institution à s'engager dans une démarche de prévention et de réponse à cette violence. Afin de favoriser un climat de travail plus serein, surtout aux urgences, un groupe de travail « Accompagnement et prise en charge des personnels victimes de violence par un usager » a été mis en place. Son objectif est multiple, mais le fil conducteur de la réflexion est de faire évoluer les organisations pour améliorer la satisfaction des usagers et ainsi accroître la sécurité des personnels. Pour ce faire, 7 axes de travail ont été identifiés et ont permis de balayer l'ensemble des problématiques rencontrés (circuit du patient, isolement des professionnels, situations d'addiction, refus de soins...). A l'issue de ce travail, plusieurs solutions seront mises en place :

- Un protocole qui décrira précisément la marche à suivre en cas de situation de violence
- Des formations pour les professionnels afin de les munir d'outils pour gérer, réguler et faire face à l'agressivité des usagers
- Améliorer les parcours et les organisations du service d'accueil des urgences, notamment dans le cadre du projet de modernisation.

B) Hôpital cible

a) Hôpital et terrorisme : deux notions antinomiques

Le terrorisme désigne l'usage de la violence par certaines organisations à des fins politiques, religieuses ou idéologiques. Il est souvent relié à la notion d'attentat qui se définit quant à lui, comme une action destinée à nuire. Un attentat terroriste dirigé contre un hôpital pourrait donc se définir comme un acte volontairement destiné à nuire non seulement en ciblant des personnes malades (et qui ont besoin que l'on prenne plus soins d'elles que du reste de la population), mais aussi en détruisant l'infrastructure de production de soins. Cela revient à priver la population de soins et par la même, atteint un principe constitutionnel¹¹. Cela rejoint la définition du Code pénal, disposant que sont considérés comme des actes terroristes des actes qui « *sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur* »¹².

L'hôpital est, par définition un lieu de soins, d'apaisement des souffrances, de réconfort, un lieu où l'on sauve des vies. En cela, c'est un lieu sanctuarisé : l'hôpital ne peut être un lieu où l'on porte atteinte à l'intégrité physique ou à la vie des personnes puisque son but est précisément l'inverse.

¹¹ Alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946 : le droit à la protection de la santé.

¹² Article 421-1 du Code pénal – Site Légifrance.fr – Consulté le 24/05/2017

La place occupée par l'Hôpital dans la société et la représentation que les citoyens en ont, sont étroitement corrélées à l'histoire : c'est un lieu qui a toujours eu pour mission de répondre à la détresse des individus. Les hôpitaux sont depuis toujours, étroitement corrélés à la notion d'accueil bienveillant. Les actes malveillants à l'encontre de ces établissements sont donc difficilement acceptés par la population. D'ailleurs, pour réaffirmer ce principe de lieu préservé de la violence, la première Convention de Genève, en 1864, établit le principe selon lequel les établissements sanitaires sont inviolables et ne peuvent constituer des cibles. Cet article est, en théorie, toujours d'actualité. Pour autant, l'actualité nous montre, combien ce principe n'est pas respecté.

b) Une menace pourtant réelle

En 2013, une étude menée par l'International Institute for Counter Terrorism (ICT) dénombrait une centaine d'attaques contre des hôpitaux au cours des trente dernières années, dans 43 pays, faisant 775 morts et 1217 blessés¹³.

Il ressort que les établissements de santé sont des cibles « précieuses » pour les terroristes pour plusieurs raisons. Tout d'abord il s'agit de lieux rassemblant un nombre important de personnes, qui plus est, en situation de fragilité ; ce sont donc des cibles permettant de faire beaucoup de victimes, ce qui est une priorité pour les terroristes. Ensuite, ce sont, par définition des lieux ouverts, accessible à tous (c'est la vocation première d'un établissement de santé) dans lesquels la culture du contrôle n'est absolument pas ancrée : le personnel soignant n'a pas l'habitude de contrôler les personnes qui entrent dans les services par exemple. Par ailleurs, les établissements de santé disposent de nombreux produits « intéressants » pour les terroristes (produits pharmaceutiques permettant de fabriquer des engins explosifs...). Une note en provenance des ARS et listant les produits dangereux a d'ailleurs été envoyée à tous les établissements afin que ceux-ci puissent prendre les dispositions nécessaires. Enfin, le caractère hautement symbolique d'un hôpital assure aux terroristes une couverture médiatique importante de l'évènement et une atteinte émotionnelle forte au sein de la population.

c) Les conséquences d'un attentat sur la production de soins

L'hôpital public a la mission essentielle d'accueillir à tout moment, toute personne qui nécessite des soins. C'est le principe même de la loi du 31 Décembre 1970 qui a défini la notion de service public hospitalier avec comme valeurs principales l'égalité d'accès aux soins, l'égalité de traitement et la continuité de service.

¹³ The ICT Working Papers Series, « Terrorist attacks against Hospitals – Cases studies ». Dr Boaz Ganor, Dr Miri Halperin Wernli. Octobre 2013

Les établissements n'ont de cesse de faire évoluer leurs organisations pour répondre au plus près aux besoins des usagers. Leur structuration interne permet une prise en charge optimisée des patients, selon des schémas et des filières prédéfinis.

La survenue d'un attentat entraîne une modification totale du fonctionnement d'un établissement de santé et partant une désorganisation importante.

D'abord, un attentat entraîne fatalement une perte de locaux et/ou de matériel (soit parce qu'ils sont détruits, soit parce qu'ils ne sont pas atteignables ou utilisables) générant des prises en charges médicales impossibles ou dégradées. Il est alors nécessaire de recourir à l'aide d'établissements de santé voisins pour assurer une prise en charge adéquate. Par cascade, le transport des victimes ou patients mobilise nombre de vecteurs de transport ce qui contribue à désorganiser, non plus seulement l'établissement de soins, mais l'ensemble des offreurs de soins d'un territoire.

Ensuite, il faut imaginer, lors d'un attentat, que les moyens humains sont diminués. Cette année, le 9 Mars, l'Hôpital militaire de Kaboul a subi une attaque terroriste de grande ampleur : *« Un établissement plongé dans l'effroi hier matin quand un kamikaze a fait exploser sa charge devant l'une des entrées. Trois hommes armés de grenades et de kalachnikov se sont ensuite introduits dans l'hôpital. Des individus au visage dissimulés derrière des masques médicaux, portant des blouses de médecins ou d'infirmiers [...] Les victimes sont essentiellement des membres du personnel et des patients »*¹⁴. Ainsi les personnels soignants peuvent fuir ou être blessés entraînant, là encore, une désorganisation de l'offre de soins. Le facteur psychologique ne doit pas être oublié dans ces situations : poursuivre son travail au cours d'une telle situation demande du courage et la première réaction est plus généralement de chercher à se protéger.

Enfin, les blessures balistiques ou liées à des explosions ont fait évoluer les modes de prise en charge vers le « damage control » c'est-à-dire limitant les dégâts. En pratique, le damage control consiste, dans un premier temps, à réaliser une chirurgie incomplète pour stopper l'hémorragie et stabiliser le patient. La chirurgie définitive a lieu dans un troisième temps, après une phase de réanimation. Ces nouveaux modes de prise en charge impliquent une nouvelle organisation des blocs opératoires et des services de réanimations. Il s'agit de gestes chirurgicaux rapides permettant de prendre en charge un nombre de victimes important. Partant de là, ce n'est plus seulement le bloc opératoire qui est impacté, mais aussi les services supports tels que la pharmacie, la stérilisation, le brancardage...

¹⁴ Site internet de Radio France International. Article publié le 09/03/2017 « Afghanistan : un lourd bilan après l'attaque d'un hôpital à Kaboul ». Consulté le 31/05/2017

1.2 La population : ses attentes et son comportement face aux risques

Pour comprendre l'importance de la sécurisation des établissements de santé, il importe de prendre en compte le comportement des individus face au risque dans notre société moderne.

Dans le langage courant le risque se définit comme « *Un danger éventuel plus ou moins évitable* »¹⁵. Cependant, il convient d'utiliser une définition scientifique du terme pour en comprendre le véritable sens ; Le risque est caractérisé par deux éléments : d'une part la probabilité que survienne un évènement dangereux et d'autre part, la sévérité de ses conséquences. Ainsi le risque fait référence à un double concept : d'une part à l'incertitude et d'autre part à l'enjeu qui découle de la réalisation de ce risque.

Si, au fur et à mesure du temps, notre société s'est considérablement sécurisée, paradoxalement l'acceptation du risque par les individus qui la compose est de plus en plus faible. L'ampleur des conséquences sanitaires des catastrophes crée un impact psychologique fort sur la population. L'explosion de l'usine AZF, les inondations dues à la tempête Xynthia, la menace nucléaire liée au tsunami et son impact sur la centrale nucléaire de Fukushima ou encore l'épisode de pandémie grippale de l'hiver 2009, ont laissés des empreintes importantes des conséquences de tels accidents. Dès lors, la prise de conscience des risques l'aggravation des menaces pour certains d'entre eux, se traduisent par une exigence croissante de sécurité au sein de la population. La médiatisation de ces évènements majore ce sentiment ; l'information à outrance ne fait qu'amplifier l'inquiétude, nourrir le citoyen de soupçons justifiés ou non... Enfin, la généralisation du principe de précaution dès que les effets d'une activité peuvent être potentiellement risqués pour l'individu et son environnement donne le signal qu'une prudence renforcée est préférable à un risque non maîtrisé. Le risque est donc de moins en moins accepté par la population.

1.3 Une formalisation réglementaire de plus en plus dense et en mutation à laquelle le directeur est tenu de répondre

Si la vocation première de l'hôpital public n'est pas précisément de mettre en place une politique de sécurisation, pour autant, l'évolution actuelle fait de cette dernière une nécessité pour ces établissements. La réglementation concrétise cette évolution : les

¹⁵ Définition du Petit Robert - 1997

hôpitaux doivent être dotés d'un plan blanc¹⁶ et d'un plan de sécurisation d'établissement¹⁷. En outre, ils participent au plan de mobilisation départemental.

Ainsi, les établissements de santé, acteurs majeurs dans la réponse de la nation aux situations de crise, participent étroitement à la défense du territoire contre les agressions. A cette fin, ils s'appuient sur un cadre juridique particulier prenant en considération des éléments du Code de la santé publique, de la défense, et celui de la sécurité intérieure. Ces derniers permettent de définir de manière globale et exhaustive le rôle et la place du système de santé (et donc des établissements de santé) dans la gestion des crises :

- Protéger les organismes et installation civiles qui conditionnent le maintien des activités indispensables à la défense et à la vie des populations. Les plans opérateurs des établissements publics de santé sont en cela, une réponse : plan blanc, plan de sécurisation d'établissement, plan de continuité d'activité.
- Prendre les mesures de prévention et de secours que requiert en toutes circonstances la sauvegarde des populations c'est-à-dire défendre et protéger les vies humaines, mais aussi sauvegarder les structures vitales et préserver la continuité des services publics.
- Organiser la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle en définissant le rôle et la place de chacun.

A cet égard, le Livre blanc de la défense et de la sécurité nationale, rédigé en 2013, définit la stratégie de défense et de sécurité nationale de la France ; il pose comme principe général que la réponse aux agressions devra permettre « *d'assurer la continuité des fonctions vitales de la Nation, afin que la qualité de la réponse ne dépende pas de la nature de l'agression, mais que la résilience de notre pays repose sur une démarche transverse, globale et partagée*¹⁸ ». Cela fait donc des hôpitaux, en raison de leur activité, des acteurs de premier plan.

La réglementation, étroitement liées aux évènements ayant impactés le système de santé, n'a cessé d'évoluer. D'abord centrée sur l'organisation des établissements de santé en cas d'afflux massif de victime avec la circulaire de 1987, la réglementation impose aujourd'hui la mise en place d'une véritable politique de sécurité à mettre en œuvre par l'établissement. Celle-ci se décline au travers trois documents essentiels.

¹⁶ Article R.3131-13 du Code de la santé publique

¹⁷ Instruction SG/HDFS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

¹⁸ Livre blanc Sur la Défense et la Sécurité nationale 2013 – 29 Avril 2013 – Ministère de la défense. p.11

D'abord, le plan blanc, obligatoire dans les établissements de santé depuis 1987 et qui a connu de nombreuses modifications en fonction des situations rencontrées. Ainsi, si seuls les établissements disposant d'un service d'urgence étaient concernés en 1987, depuis 2004, chaque établissement de santé doit être doté d'un plan blanc¹⁹ afin de faire face soit à un afflux massif de victimes soit à une situation sanitaire exceptionnelle. L'évolution des risques impose également qu'une « annexe NRBCe » soit incluse au plan. En effet, les événements tels que l'explosion de l'usine AZF, le SRAS ou encore les attentats récents sont venus confirmer l'impératif d'avoir réfléchi en amont à la prise en charge sanitaire qu'impliquent ces accidents dramatiques et souvent de grande ampleur. Le code de la santé publique, afin que ces plans soient vivants et corrélés aux réalités de terrain, dispose que ce plan soit évalué et révisé chaque année²⁰. En outre, afin de donner plus de force à l'importance de ce plan, les objectifs et les moyens du plan blanc doivent figurer dans le Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens conclu avec l'ARS²¹. L'établissement s'engage donc par le biais de cette contractualisation à une amélioration continue de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Cette nécessité est d'autant plus forte que la gestion de crise fait partie des critères de certification définis par la HAS dans la rubrique « Management de la qualité et de la sécurité des soins » ; la mise en œuvre du plan blanc doit ainsi répondre à des critères de qualité découlant du principe de mutabilité selon lequel un établissement doit savoir s'adapter aux évolutions sociétales et y apporter une réponse pertinente.

Ensuite, force est de constater, à la lecture de la lettre conjointe des ministres de l'intérieur et de la santé sur la sécurisation des établissements de santé²², qu'il ne s'agit plus seulement de prévoir une réponse adaptée aux situations exceptionnelles, mais d'instaurer une véritable politique de sécurité dans les établissements de santé. Cette volonté s'exprime au travers l'obligation de mise en place du plan de sécurisation d'établissement. Son objectif est double : apporter des mesures de portée générale permettant une sécurisation des établissements lors de leur activité courante et prévoir les actions à mener en cas d'attentat et de risque de sur-attentat pour l'établissement. La rédaction de ce nouveau plan doit se faire en cohérence avec les autres dispositifs de sécurité que sont les plans Vigipirates, le dispositif ORSAN ainsi que les plans opérateurs de chaque établissement (plan blanc et plan de continuité d'activité).

¹⁹ Loi du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique – Décret d'application n°2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave.

²⁰ Article R3131-5 du Code de la santé publique

²¹ Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles

²² Lettre ministérielle du 16 Novembre 2016

Enfin, le plan de continuité d'activité, s'il n'a pas encore d'obligation réglementaire revêt une importance particulière dans le cadre de la sécurisation d'établissement. Il permet d'accroître la résilience en proposant une organisation en mode dégradée lors de la survenue d'un évènement perturbateur. Ces plans, largement répandus dans le domaine bancaire notamment, ont vu leur essor dans le monde de la santé en 2009, lors de la pandémie grippale H1N1. Le Comité de la réglementation bancaire et financière (CRBF) définit le P.C.A comme « *l'ensemble de 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 service essentielles de l'entreprise puis la reprise planifiée des activités. Il permet de maintenir l'activité de l'établissement lors d'une crise* »²³.

1.4 Une structuration régionale et zonale permettant de renforcer la sécurité

La coordination de la réponse aux SSE constitue un enjeu fort pour le système de santé. D'abord élaborée à l'échelon national par la Direction Générale de la Santé, la politique de gestion des SSE est ensuite mise en œuvre par les régions. La coopération entre tous les acteurs est primordiale pour assurer une prise en charge adaptée et efficace ; il s'agit non seulement des acteurs de santé mais aussi des acteurs de la sécurité civile. Ces deux actions se formalisent au travers notamment de deux dispositifs : le dispositif ORSAN (Organisation de la Réponse du système de SANTé) piloté par l'Agence régionale de santé et le plan ORSEC (Organisation de la Réponse des SECours) sous la responsabilité du préfet. Ces deux dispositifs s'articulent pour répondre au mieux aux besoins des victimes et de la population en cas de SSE.

A) Schéma ORSAN : l'indispensable organisation du maillage territorial

Le schéma ORSAN est un outil de planification de l'Organisation de la Réponse du système de SANTé en situation sanitaire exceptionnelle. Il a ainsi 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.

Ce schéma permet de coordonner les dispositifs existants dans les 3 secteurs sanitaires en posant 3 grands principes :

²³ Arrêté du 29 Janvier 2004 portant homologation de règlements du Comité de la réglementation bancaire et financière. Article premier du règlement n° 2004-02.

- 1 – Définir les parcours de soins à l'échelle nationale ou zonale en fonction du type d'évènement
- 2 – Organiser la montée en puissance coordonnée du système de santé
- 3 – Mettre à disposition les ressources sanitaires (matérielles et humaines dont disposent les ARS) nécessaires à une bonne gestion de l'évènement en fonction de son ampleur, son impact et sa cinétique

Sa construction repose d'une part sur le projet régional de santé (PRS) et d'autre part sur les différents scénarii auxquels le système de santé peut être confronté. Il s'articule ainsi autour de 6 volets

Région			Zone		
ORSAN AMAVI	ORSAN médico-psy	ORSAN EPI-VAC	ORSAN environnemental	ORSAN NRC	ORSAN BIO
détermine 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	assure la prise en charge des victimes de traumatisme psychique par l'intermédiaire des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP)	permet la mise en place de campagnes de vaccination exceptionnelles en situation d'épidémie ou de pandémie.	assure la prise en charge de victimes d'un phénomène climatique ou environnemental (canicule, pollution, grand froid...)	répond à aux risques et menaces Nucléaires, Radiologiques	assure la prise en charge de patients présentant une maladie infectieuse transmissible afin d'enrayer rapidement une épidémie ou ralentir son introduction sur le territoire (Ex : Ebola)

B) Des rôles précis pour de chacun des acteurs

a) L'Agence Régionale de Santé

Chargée du pilotage régional du système de santé, en cas de SSE, elle a un rôle de prévention, d'organisation et de coordination des soins sur son territoire.

L'instruction du 27 Juin 2013 pose les repères des missions des agences et dispose qu'elles « *contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétant, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire.* »²⁴

En ce qui concerne la prévention, la rédaction du schéma ORSAN est la pierre angulaire de la réponse. Sa rédaction et sa mise en œuvre sont de son ressort. En outre l'agence a pour mission de définir le rôle de chacun des établissements. Chaque établissement de

²⁴ Instruction n° 2013-274 du 27 Juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

santé doit ainsi être informé des missions qui lui seront imparties dans la gestion des SSE.

Durant mon stage, le schéma ORSAN de la région Bretagne a fait l'objet d'une révision, particulièrement le volet AMAVI suite à un cadrage national lié au contexte d'attentats.

Il s'agissait d'intégrer les situations d'attentat avec des victimes balistiques ou polytraumatisées dont le parcours de soins, en lien avec le damage control, est très spécifique. La réflexion a été conduite autour de 8 grands blocs thématiques déclinés en fiches techniques ce qui a permis d'avoir une vision relativement exhaustive de la chaîne opérationnelle qui était à mettre en place.

Par ailleurs, les établissements de santé ont été classés selon 3 niveaux :

- Première ligne : concerne les établissements autorisés à assurer 24h/24 une activité d'urgence, disposant d'une activité de chirurgie permanente, d'une activité de réanimation, de soins intensifs et d'une salle de réveil. En Bretagne, cela cible 10 établissements. A noter que les 2 CHU peuvent devenir établissements de première ligne en fonction du lieu de l'évènement
- Recours : correspond aux 2 CHU (pour les activités très spécialisées), aux 15 établissements avec activités de médecine d'urgence de petites capacités et/ou n'ayant pas de continuité en chirurgie et anesthésie et aux 14 établissements sans activité de médecine d'urgence mais autorisés pour les plateaux techniques chirurgicaux publics et privés. Le centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir est répertorié comme l'un de ces établissements.
- Repli : établissements susceptibles d'être sollicités pour permettre un dégagement des lits de 1^{ère} ligne ou de recours (SSR, hôpitaux locaux et établissements publics de santé mentale)

Il est également apparu qu'une structuration de la transmission des informations (montante et descendante) était obligatoire étant observé une efficacité amoindrie en raison de la multiplicité des acteurs et de la redondance des actions pour chacun. Ainsi un schéma général de la coordination inter acteur a été élaboré en distinguant 4 types de transmission : alerte, information, commande, appui et l'objet de la transmission d'information entre les différents acteurs.

En outre, la réflexion a porté sur la réalisation d'un outil de recensement commun des capacités et des renforts disponibles au moment de la crise (T0 et T+2) permettant d'avoir une vue globale exhaustive pour tous les établissements impactés.

Enfin, les différents retours d'expérience de situation de crise ont montré que la gestion de l'identité des victimes était un des points faibles de la prise en charge. Aussi un travail sur l'identité-vigilance est actuellement en cours. Il s'agit d'améliorer la coordination entre

les logiciels SINUS (Système d'Identification NUMérique Standardisé) et SIVIC (Système d'Information des VICtimes) c'est-à-dire entre le pré-hospitalier et l'hospitalier.

L'ARS est donc le chef de fil 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 établissements de santé.

b) Les établissements de santé

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 sécurité.

➤ *Les établissements de santé de référence*

La France est divisée en 7 zones de défense et sécurité et dispose de 9 établissements de santé référence. Pour la zone Ouest, 2 établissements sont référencés : le CHU de Rennes et le CHU de Rouen. Ils ont plusieurs rôles dans la gestion des SSE. Tout d'abord, ils possèdent des ressources techniques et humaines spécifiques (exemple : chambre d'isolement à pression négative dans un service de maladies infectieuses). Ensuite, ils fournissent un appui technique à l'ARS de zone particulièrement sur les risques NRBC. De plus, ils ont un rôle d'expertise technique auprès des établissements de santé de la zone notamment pour ce qui relève de l'élaboration du plan blanc.



➤ *Les établissements de santé du territoire*

Ils ont pour mission, en fonction de la cartographie et de la hiérarchisation établies par l'ARS, de participer à la gestion des SSE, par l'intermédiaire de leur plan blanc. Celui-ci doit étroitement s'articuler dans le dispositif ORSAN.



Le plan blanc : Tableau des positionnements des ES/ EMS

PEC ORSAN AMAVI	PEC Damage Control	PEC ORSAN NRC et BIO	GHT
1er ligne : ES disposant d'un service d'urgence (et blocs pour prise en charge complète)	Capacités UA Blocs Adultes et pédiatriques	3^{ème} niveau : <u>décontamination structurée</u> (24 victimes < 2h)	?
Recours : ES ciblés en fonction plateaux techniques et spécialisation	Capacités UR Adultes et pédiatriques	2^{ème} niveau : <u>décontamination de premier recours</u>	?
Repli : ES permettant une prise en charge de patients ne nécessitant plus de soins aigus		1^{er} niveau : <u>Posture minimale protection</u>	

Figure 1 : Positionnement des établissements de santé²⁵

CHI Redon-Carentoir :	<i>AMAVI = Recours</i> <i>PEC Damage control = Capacité UR</i> <i>PEC ORSAN NRC et Bio = 2^{ème} niveau</i>
------------------------------	---

c) D'autres acteurs indispensables

Si le dispositif ORSAN organise la réponse du système sanitaire, il ne peut, dans bien des cas, être l'unique acteur de la réponse. Des dispositifs de renfort sont prévus tels que le plan départemental de mobilisation ou le plan zonal de mobilisation²⁶. Ces plans permettent la mobilisation par le préfet de ressources supplémentaires, en cas de situations ne pouvant être traitée seulement par le système sanitaire²⁷.

En outre, des liens forts existent avec le dispositif ORSEC qui a pour mission la planification de l'organisation de la réponse civile : secourir les personnes, protéger les biens et l'environnement en situation d'urgence. Il coordonne l'ensemble des secours sur le lieu de l'évènement en faisant appel à différents moyens humains (sécurité civile,

²⁵ Positionnement des établissements de santé sur un territoire. Christophe Van Der Linde professeur IDM/EHESP

²⁶ Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

²⁷ Article L.3131-8 du Code de la santé publique

forces de l'ordre, services départementaux d'incendie et de secours) sous l'autorité unique du directeur des opérations de secours (DOS).

L'articulation de ces deux dispositifs revêt une importance particulière pour les établissements de santé puisque qu'il protège les hôpitaux d'un afflux de victimes non régulés. Le plan de secours NOVI (Nombreuses Victimes) de par l'organisation d'un poste médical avancé (PMA) et la régulation médicale du SAMU permet des évacuations contrôlées et coordonnées, en lien avec les capacités de chaque établissement. En ce sens, il contribue à éviter la désorganisation au sein des établissements de santé et permet ainsi une meilleure prise en charge des victimes.

2 La sécurisation d'un établissement de santé : un enjeu managérial fort assorti d'une nécessaire politique de sécurité globale

Le management recouvre à la fois les concepts de diriger, de décider, de conduire selon une direction donnée tout en étant étroitement liés à la notion d'objectifs à atteindre. Il se situe à l'intersection de multiples composantes d'une entreprise, est pluriel et conduit par différentes personnes en fonction de leur niveau dans l'entreprise. La définition d'une politique est donc une composante du management et permet de mobiliser les équipes autour d'une problématique.

2.1 Définition et objectifs d'une politique de sécurité pour un établissement de santé

La sécurité peut se décliner de différentes manières au sein des établissements de santé.

Elle peut être l'affaire d'une seule direction plus particulièrement, celle de la « Qualité et gestion des risques » qui a pour mission la mise en œuvre des actions de sécurité. Dans ce cas, seule une équipe est mobilisée sur le sujet et les actions sont isolées, sans réel lien avec la conduite stratégique de l'établissement.

A l'inverse, la sécurité peut être un sujet porté par la direction générale et être partie prenante du management stratégique qu'elle porte. Les actions liées à la sécurité sont alors intégrées dans tous les axes stratégiques du management. La sécurité devient ainsi l'affaire de tous. Elle est ciblée à chaque décision ce qui permet de mettre en place une véritable politique de sécurité et donne du sens aux actions menées. L'adoption de cette vision est l'expression d'une approche globale et gestionnaire de la prévention des risques au sein de l'établissement.

Derrière l'expression « politique de sécurité », il faut comprendre toutes les mesures mises en œuvre pour préserver l'intégrité et la pérennité d'une structure. Ces mesures prennent différentes formes et contribuent toutes à une démarche globale de maîtrise des risques dans un souci constant de minimisation de leur survenue ou de leur impact. Son objectif est donc d'améliorer les performances de l'établissement en matière de sécurité

La mise en œuvre d'une politique de sécurité efficace au sein d'un établissement de santé provient d'une volonté managériale forte de protéger son établissement, ses agents, son organisation ; En définitive, elle fait partie intégrante du projet d'établissement.

L'élaboration d'une politique de sécurité repose sur une démarche précise en 3 phases :

Tout d'abord, une phase de **diagnostic** permet de définir la politique en fonction du contexte et des caractéristiques propres de l'établissement. Ainsi, 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 s'agit également de réaliser une cartographie des risques avec leurs origines, leurs effets, leurs impacts, leur probabilité 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 question : « **Comment protéger l'établissement ?** ». Elle concerne la réalisation des mesures sécuritaires : proposition de recommandations, 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 place et à les adapter en fonction des retours d'expérience. Une politique doit être vivante et évoluer en fonction des modifications qui interviennent.

Ce concept de sécurité contre la malveillance est relativement nouveau pour les établissements de santé dont la vocation première n'était pas précisément celle-ci. On observe de ce fait un changement de paradigme : l'hôpital, initialement considéré comme un lieu sanctuarisé ne l'est plus. Il est désormais la cible de menaces auxquelles il convient de faire face. En outre, les contraintes budgétaires évidentes conduisent à faire de l'hôpital l'acteur principal de sa propre sécurisation. Il s'agit d'un bouleversement nécessitant des adaptations importantes en termes d'acculturation et d'implication, mais aussi en termes de moyens.

A titre d'exemple, l'association des chargés de sécurité en établissement de soins (ACSES) a montré combien le métier d'agent de sécurité en établissement de santé s'est transformé au cours du temps. S'il s'agit d'un métier jeune, il n'en demeure pas moins qu'il est en pleine mutation en raison d'une part, de l'évolution de la société, et d'autre

part, de la contrainte réglementaire qui pèse sur les établissements. Au départ les équipes de sécurité avaient essentiellement pour mission d'assurer la sécurité incendie. Ces agents sont maintenant amenés à intervenir dans les situations de violence, ou en application du plan Vigipirate alors qu'ils ne sont pas formés pour ce type de mission²⁸. Leur dénomination a d'ailleurs évoluée : ils sont devenus des agents de sécurité et sureté.

Ainsi, l'enjeu pour un directeur d'hôpital est de faire de la sécurité un élément intégré à la conduite stratégique de l'établissement. Chaque prise de décision doit englober la composante sécurité afin d'assurer à chaque instant la sécurité des agents et des patients. Elle doit aussi créer des conditions favorables au développement de la résilience pour éviter toute rupture de sa mission première.

2.2 Moyens et leviers d'action dont dispose le directeur pour mettre en place une sécurisation efficace

S'il n'est pas en mesure d'éviter la survenue des risques, il appartient au directeur de définir en amont les solutions qui permettront à l'établissement de traverser la zone de turbulence dans les conditions les plus acceptables possible. Il s'agit avant tout de prévenir et d'anticiper : prévenir par une acculturation générale des risques par tous les acteurs hospitaliers ; anticiper en déterminant les voies et moyens dont doit disposer l'hôpital pour affronter les situations de crises. Pour ce dernier point, l'adoption de plans et procédures est probablement la réponse la plus adaptée.

Le directeur d'hôpital dispose à l'heure actuelle de plusieurs éléments pour parvenir à une sécurité efficace pour son établissement. Le plan blanc en est l'élément fondamental (A). Le plan de sécurité (B) et le plan de continuité d'activité (C) le complètent afin de parvenir à une sécurité globale.

A) Le plan blanc

Selon la citation de Patrick Lagadec, auteur spécialiste de la gestion de crise, « *Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face*²⁹ ». Ainsi, le maître mot relatif à la préparation des établissements de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle serait donc : anticipation.

²⁸ Techniques hospitalières n° 759 septembre-octobre 2016, p69-70.

²⁹ La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs – Patrick Lagadec

Celle-ci est réalisée à travers la conception du plan blanc qui comporte des réponses structurées aux diverses menaces et risques auxquels peut être confronté un établissement de santé.

Comme nous l'avons déjà vu à plusieurs reprises, l'hôpital a pour objectif premier la production de soins. Pour autant, cette institution n'est pas à l'abri de situations déstabilisantes risquant de nuire à son fonctionnement normal et par la même d'entraîner une rupture dans les missions qui sont au fondement d'un établissement public de santé : la continuité des soins et l'égal accès aux soins.

Sécuriser un établissement c'est donc en tout premier lieu lui permettre d'assurer ses missions en toute circonstance. Cette organisation spécifique s'obtient par l'intermédiaire du plan blanc, document rendu obligatoire par la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique³⁰ ; En effet, elle dispose 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 massif de patients ou de victimes, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle* »³¹.

Ainsi, le plan blanc, apparait comme la pierre angulaire de la sécurisation d'un établissement.

a) Une réponse organisationnelle aux différents risques

Le plan blanc s'attache à élaborer une réponse organisationnelle en fonction des dangers susceptibles d'impacter le fonctionnement de l'établissement. Il définit une organisation applicable en cas de situation sanitaire exceptionnelle ou de crise et doit concourir à :

- Prendre le relais des secours pré-hospitaliers définis par le dispositif ORSEC
- Mobiliser immédiatement des moyens de toute nature
- Eviter la désorganisation
- Assurer la continuité des soins

➤ *Elaboration*

L'élaboration du plan blanc doit, en premier lieu, être précédée de l'étude des dangers et des risques locaux qui permettront d'en faire un document spécifique à chaque établissement. En effet, replacer l'hôpital dans son environnement, c'est l'inscrire dans un contexte qui lui est propre et spécifique et permet de définir précisément les risques industriels, naturels et techniques à prendre en compte.

³⁰ Loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique

³¹ Article 20 de la loi n°2004-806

Au CHIRC, une analyse préalable des risques, réalisées grâce aux documents des risques majeurs (DDRM) mis à disposition par la commune de Redon et de Carentoir a permis d'identifier plusieurs aléas spécifiques :

- le risque inondation en raison des crues fréquentes et importantes de la Vilaine
- le risque ferroviaire en raison non seulement de la fréquentation de la ligne, mais aussi du transport de matières dangereuses
- des risques industriels liés à la présence d'une usine chimique (Cargill) et d'une usine de briquets (BJ 75) respectivement classées SEVESO seuil bas et haut.

A partir de cette cartographie, il convient de réfléchir aux effets que l'on souhaite obtenir pour maintenir une organisation satisfaisante de l'établissement. En cas d'inondation par exemple : comment faire en sorte que les agents puissent se rendre sur leur lieu de travail ? Autre exemple concernant l'usine BJ 75 : il est nécessaire de prendre en compte leur plan particulier d'intervention (PPI) pour l'articuler avec le plan blanc d'établissement afin d'obtenir une efficacité maximum et éviter les actions redondantes.

Ce préalable permet par conséquent, d'identifier les points de vulnérabilité d'un établissement, d'en étudier leur vraisemblance ainsi que leur gravité et de décliner, à la lumière de ces éléments, les actions qui seront à mettre en place.

➤ Procédure

Le plan blanc se compose d'une procédure socle et d'annexes destinées à la gestion des risques spécifiques.

Cette base précise l'organisation applicable en toute circonstance. Elle définit les principes directeurs du plan blanc en identifiant une cellule de crise et en prévoyant les dispositions organisationnelles relatives aux différents types de prise en charge. Toutefois, si l'objectif est de tenter de prévoir la réponse la plus adéquate possible aux différentes situations, il n'en demeure pas moins qu'il est impossible de toutes les prévoir; outre l'application de ce qui a été anticipé, le directeur devra donc savoir s'adapter.

Le plan blanc décline, par essence, l'organisation qui sert de base à l'accueil de nombreuses victimes³². Dans la plupart des cas, le déclenchement du plan blanc répond à « *une demande en soins ne correspondant ni en volume, ni en spécificité à l'activité usuelle de l'hôpital*³³ » ; l'établissement se trouve alors dans une situation de rupture dans laquelle la demande dépasse les moyens.

Il importe donc que le plan puisse répondre aux besoins de la gestion de la crise en reconfigurant rapidement l'établissement dans une seule direction : la prise en charge de

³² Pierre CARLI, médecin chef du SAMU de Paris et Président du conseil national de l'urgence hospitalière

³³ CAMPHIN.P, 2008, « Face à la crise : le plan blanc d'établissement », Les cahiers hospitaliers, n°243, p10-13.

victimes en grand nombre provenant d'un même évènement. A ce titre, le guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs d'établissements de santé³⁴ liste les différents principes nécessaires à la planification intra hospitalière et devant figurer dans le plan blanc: modalités de son déclenchement et de sa levée, constitution et de fonctionnement de la cellule de crise, mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement, accueil et d'orientation des victimes, communication interne et externe, plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement, plan de confinement de l'établissement et plan d'évacuation de l'établissement

Ces différents éléments sont formalisés dans un document concret et contribuent à disposer d'une trame d'actions préétablies indispensables dans les premiers moments de la crise.

Pour autant, l'élément majeur décrit dans le document socle, est probablement l'activation de **la cellule de crise**, véritable organe de commandement qui arrête un certain nombre de décisions concernant l'organisation du fonctionnement de l'ensemble des services de l'hôpital. Sa composition idéale repose sur cinq blocs répondant chacun à des missions précises.

1. Une cellule décision ayant pour rôle le pilotage de la situation de crise et la conduite stratégique. Pour ce faire elle s'appuie sur les autres cellules d'expertises. Par ailleurs, c'est elle qui assure la communication non seulement avec les autorités de tutelles, mais aussi avec le préfet.
2. Un bloc expert dédié aux soins à l'intérieur duquel on trouve le coordonnateur médical, le responsable du personnel médical et du personnel non médical, ainsi que le coordonnateur des soins. Leur mission est d'assurer une prise en charge organisée et de qualité grâce à une organisation des locaux, une structuration des flux et une gestion du personnel en fonction des besoins.
3. Un bloc expert logistique assurant l'équipement, les différents approvisionnements, la maintenance et la gestion des éléments techniques.
4. Un responsable sécurité (en relation avec les forces de l'ordre)
5. Un chargé de la communication interne, mais aussi externe.

La coordination des différents acteurs de la cellule de crise doit permettre de planifier la montée en puissance de l'établissement en fonction de la cinétique prévisible de la crise.

Il convient donc de définir avec précision les acteurs de la cellule de crise afin que son organisation et la prise de décision soit la plus fluide et efficace possible. En effet, si la prise de décision se révèle difficile, la gestion de la SSE sera difficile et l'efficacité de la cellule de crise sera mise en cause.

³⁴ Edition 2006 – Annexe à la circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 Septembre 2006

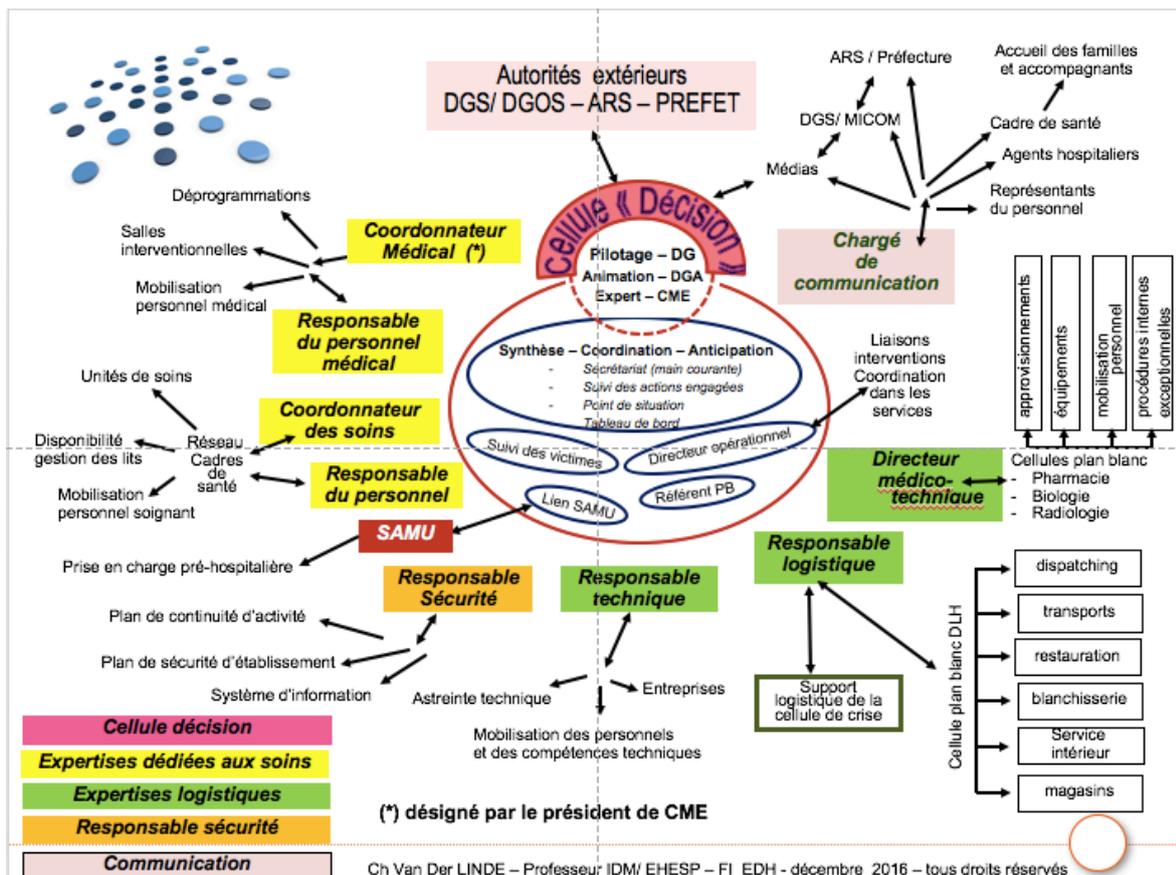


Figure 2 : Organisation de la cellule de crise³⁵

➤ Les procédures spécifiques

Depuis l'attentat au gaz sarin dans le métro de Tokyo en 1995, chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgence à l'obligation d'inscrire une annexe NRBCe dans son plan blanc³⁶. Son objectif, eu égard à la spécificité de ces accidents, est d'éviter la propagation de la contamination ; ce d'autant plus que les attentats NRBC possèdent une cinétique immédiate et exponentielle risquant de provoquer rapidement une saturation de la capacité de l'établissement impacté.

Il faut cependant garder à l'esprit que la décontamination des victimes et des impliqués incombe en premier lieu aux unités spécialisées (sécurité civile, SDIS) ; la décontamination réalisée en établissement de santé, est avant tout un dispositif de protection face à un afflux de victimes non régulées fuyant le lieu de l'accident.

Ainsi cette annexe décrit les modalités de prise en charge des victimes contaminées ou supposées comme telles, notamment au travers l'installation de la zone de décontamination, la mise en place de circuits de prise en charge particuliers, l'organisation du roulement des personnels...

Le principe développé doit être qu'aucune admission ne peut être réalisée sans un passage préalable par l'unité de décontamination notamment pour les contaminations

³⁵ Christophe Van Der Linde - Professeur IDM/EHESP

³⁶ Article D6124-23 du Code de la santé publique – 4°

biologiques ou chimiques (en cas de contamination nucléaire ou radiologique, l'urgence vitale prime sur la décontamination).

Le centre hospitalier de Redon-Carentoir, doté d'un service d'urgences, est qualifié d'établissement de 2^{ème} niveau³⁷, c'est-à-dire qu'il doit posséder une capacité de décontamination de 1^{er} recours. Il est donc tenu de posséder une unité fixe de décontamination hospitalière permettant d'assurer seul, la décontamination pendant 2 heures.

Par ailleurs, le plan blanc doit disposer d'une annexe dénommée « plan canicule » visant d'une part à prévenir l'impact d'une vague de chaleur sur les patients hospitalisés et d'autre part à gérer les conséquences sanitaire d'une vague de chaleur se traduisant par une augmentation des passage aux urgences et des hospitalisations. Cette annexe s'attache non seulement à organiser la prise en charge des patients victimes de la canicule, mais aussi à proposer un dispositif de prévention pour les personnes fragiles. Au CHIRC, il est par exemple proposé un accueil séquentiel de 10 places supplémentaires à l'EHPAD entre 14h et 16h.

Enfin, une annexe pandémie grippale figure également en annexe de chaque plan blanc. Elle diffère peu de la procédure de base puisqu'il s'agit avant tout de faire face à un afflux de patients. Pour autant, quelques adaptations doivent être prévues pour limiter le propagation virale en sectorisant l'établissement et en prévoyant une augmentation capacitaire dans les différents services clés.

b) La définition d'une organisation dégradée préservant la mission première de l'hôpital

En cas de SSE, dispenser non seulement les soins aux victimes d'une catastrophe, mais aussi assurer la continuité des soins pour les autres patients, requiert de restructurer les différents paramètres concourant à la prise en charge : organisation des locaux, gestion des ressources humaines et sécurisation du site.

Schématiquement, un plan blanc se déroule en deux phases.

PHASE 1

Elle est assez courte et correspond à l'organisation des différents services qui vont être impactés par la prise en charge des victimes issues de l'évènement.

³⁷ Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière – Direction Générale de la Santé, 4 Mai 2012.

Le premier à réorganiser est celui des urgences puisque c'est la porte d'entrée des victimes. Plusieurs zones doivent être définies afin de faciliter les prises en charge et d'adapter la présence de personnel :

- La zone de tri dans laquelle les soignants, en fonction de la gravité des blessures vont catégoriser et orienter les patients. C'est aussi à ce niveau que la procédure d'identité-vigilance est réalisée.
- La zone des urgences absolues
- La zone des urgences relatives
- La zone des personnes impliquées valides debout

Le fonctionnement du bloc opératoire est également modifié afin de pouvoir assurer la prise en charge chirurgicale des victimes. En conséquence, l'activité programmée est le plus souvent arrêtée pour libérer les salles d'intervention. En amont, la réflexion portera sur le nombre de victimes pouvant être prise en charge au bloc opératoire à T0 puis à T+2H ce qui définira la capacité d'accueil de l'établissement et permettra une régulation efficace par le SAMU.

La salle de surveillance post-interventionnelle a vocation à accueillir les patients à la sortie du bloc opératoire, mais aussi à permettre la prise en charge des urgences absolues.

Le plateau d'imagerie est nécessaire pour poser certains diagnostics et donc orienter les patients. L'activité programmée doit aussi être ralentie, voire arrêtée pour ne pas créer une stagnation des patients aux urgences et fluidifier les parcours.

Enfin dans les unités d'hospitalisation, il est nécessaire d'avoir des capacités d'accueil correspondant aux flux d'entrées. Il s'agit donc d'une part de procéder à des sorties anticipées, et d'autre part d'avoir recours à la déprogrammation.

En parallèle, des mesures de sécurisation sont appliquées : organisation de la circulation aux abords de l'établissement, facilitation de parking, fermeture des entrées non nécessaires.

Ces organisations ne peuvent s'improviser et doivent faire l'objet d'un repérage en amont, d'une organisation logistique ainsi que d'une information des agents qui seront concernés. C'est là tout l'objet du plan blanc et des fiches réflexes précisant les actions de chacun.

PHASE 2

Elle correspond à la phase d'accueil et de montée en puissance de l'établissement, sous le contrôle de la cellule de crise. Cette dernière doit impulser la gradation organisationnelle permettant un fonctionnement pérenne pendant toute la durée de la SSE en termes de gestion capacitaire, de gestion des effectifs médicaux et paramédicaux et en terme d'organisation des zones techniques.

La cellule de crise a, tout d'abord un rôle primordial d'ajustement des effectifs et de planification de rotations des équipes. Dès lors, le plan blanc doit comporter une rubrique

concernant le rappel du personnel : principe, listing de l'ensemble des personnels mis régulièrement à jour et point de rassemblement. La procédure de rappel doit être précisée selon le principe du « qui fait quoi ». Au CHIRC, en heures ouvrables, chaque cadre de proximité est responsable du rappel de son personnel sous la coordination de la directrice des soins. En heures non ouvrables, la directrice des ressources humaines et la directrice des soins se partagent la mission.

Dans un deuxième temps, la cellule de crise s'attache à gérer les différents flux : aux urgences, au niveau du plateau technique et dans les unités d'hospitalisation. Il faut bien avoir à l'esprit que deux flux vont coexister, chacun à des temps différents. Tout d'abord, l'établissement va être confronté à un flux de patients non régulés, arrivant spontanément de la zone de catastrophe. Il s'agit le plus souvent de patients présentant une atteinte peu sévère. Pour autant ce flux peut être potentiellement désorganisant pour l'hôpital puisque non prévisible. Dans un second temps, l'établissement va recevoir les victimes régulées par le PMA, dont l'état est souvent plus grave. Malgré tout, ce flux est organisé et prévisible ce qui permet à la cellule de crise de dimensionner correctement les ressources. Le coordonnateur médical et le coordonnateur des soins doivent, dans une optique conjointe, avoir connaissance de l'occupation des différents secteurs afin de pouvoir d'une part ajuster en permanence les disponibilités capacitaire et d'autre part accepter de nouvelles victimes régulées par le SAMU.

En conséquence, le plan blanc doit mettre à disposition des outils permettant aux différents acteurs de la cellule de crise d'avoir une vision globale de l'activité. Le CHIRC dispose de plusieurs outils de suivi dont un essentiel : le « Tableau de gestion des moyens »³⁸ qui reprends, de façon globale, tous les éléments importants : lits disponibles, matériel disponible ressources humaines présentes dans les différentes unités.

Enfin, cette deuxième phase correspond à la prise en charge des victimes. Il est demandé aux professionnels des actions rapides et efficaces afin non seulement d'assurer des soins de qualité aux patients, mais aussi de pouvoir accueillir le plus grand nombre de victimes sans désorganiser le processus. La mise en place de fiches réflexes³⁹ pour les différents agents est donc indispensable. Leur intérêt réside dans le fait que chacun peut, très rapidement, connaître les tâches qui lui incombent et s'organiser en conséquence.

Ainsi, le plan blanc est le document de référence permettant à un établissement de sécuriser son organisation et partant d'accroître sa résilience. Il permet aux établissements de traverser les SSE ou situations de crises en limitant les impacts déstabilisants. Il constitue un repère pour les équipes qui doivent alors concilier stress et réactivité. « *C'est comme si l'imprévisible se trouvait réduit à une routine avec ses*

³⁸ Cf annexe n°1

³⁹ Cf Annexe n°2

procédures et ses instructions »⁴⁰, Ne serait-ce pas là, in fine, l'objectif idéal recherché d'un plan blanc ?

Si le plan blanc est la pierre angulaire de la sécurisation des hôpitaux, il n'en demeure pas moins qu'il ne peut à lui seul apporter une sécurisation globale, elle-même multidimensionnelle.

B) Le PSE : un outil complémentaire indissociable du plan blanc

La vague d'attentats connue par la France en 2015 et 2016 a entraîné une modification de nos schémas de pensée. Clairement énoncés comme cible potentielle des organisations terroristes, les hôpitaux ne sont plus des lieux de sûreté absolue. Tenus par leur obligation d'assurer la sécurité des patients et des agents, les directeurs d'hôpital ont la lourde tâche de mettre en place une structuration de la sécurité au sein de leurs établissements notamment au travers du PSE.

Ce plan de sécurité est véritablement consubstantiel du plan blanc non seulement en ce qu'il s'attache à sécuriser « la vie de tous les jours » (a) d'un établissement de santé mais aussi parce que son objectif premier est de diminuer la vulnérabilité d'un établissement (b). En, outre sa configuration même en fait une des pièces maîtresse de la politique de sécurité d'un établissement (c).

a) *Un document de référence pour la sécurisation de l'établissement en temps normal*

Face à l'urgence et aux risques pour la population, les Ministres de la Santé et de l'Intérieur, ont dès la fin de l'année 2016 dans une lettre conjointe, posé les bases des attendus en matière de sécurisation des établissements de santé. A l'instar des établissements accueillant du public, ils sont tenus de développer et d'élaborer une « *politique globale de sécurité intégrant notamment la prévention des attentats* »⁴¹.

La tâche est d'autant plus complexe que les établissements de santé sont des lieux, par essence, ouverts à tous et accueillant tout type de public. C'est la valeur même du service public hospitalier et il est fondamental que ce principe soit maintenu, quelle que soit la sécurité mise en place. La réflexion des managers doit alors avant tout porter sur cette dichotomie : comment concilier accès à tous et sécurité maximum ?

Madame la Ministre Marisol Touraine, lors de son discours du 3 Octobre 2016 aux fédérations hospitalières pointait nettement cette ambition : « *Penser la sécurisation des*

⁴⁰ KONINCKX G, Les trajectoires de la résilience organisationnelle dans un contexte de crise. P 3

⁴¹ Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

établissements de santé face au risque d'attentat ou face aux violences qui s'exercent au premier chef contre les professionnels de santé, c'est réfléchir à un équilibre entre la nécessité de sécuriser les établissements d'une part et, d'autre part, de faire en sorte que les établissements restent un lieu accessible à tous »

Le plan de sécurité comprend deux volets distincts : l'un consacré à la lutte contre la violence quotidienne en établissement de santé et l'autre à la gestion de crise en cas d'attentat.

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 d'attentat, ou de sur-attentat, bien qu'existant, reste moins courant que les risques liés à l'insécurité chronique dont souffrent les établissements de santé. Il n'en reste pas moins que le deuxième volet doit être traité avec autant d'importance.

Le premier volet repose tout d'abord sur la notion de vigilance. Pour obtenir les effets attendus d'une politique de sécurité, la première étape est d'acculturer l'ensemble de la population à observer son environnement et signaler tout élément qui paraît suspect. Cette règle doit s'appliquer à l'intérieur d'un établissement de santé. Mais cela n'est possible que si l'équipe de direction élabore en amont un processus indiquant les situations à risque, les comportements suspects à signaler, le mode opératoire et les personnes à alerter. Un accompagnement attentif est nécessaire pour que ces signalements ne soient pas assimilés à de la dénonciation. Car, en raison de l'histoire de notre pays, le signalement n'est pas une action anodine et reste souvent vécu comme un acte négatif. Il appartient donc aux managers de convaincre par une pédagogie adaptée, que le signalement nécessaire pour assurer la sécurité de tous.

Ensuite, le PSE s'appuie sur un principe de prévention : identifier les risques qui pèsent sur l'établissement pour en diminuer la survenue. Cela nécessite un travail prospectif en imaginant différents scénarii quant aux événements probables. A travers ces mises en scène, qui ne peuvent appréhender qu'une petite partie du champ des possibles, il s'agit non seulement de mettre en place des mesures de précaution (contrôle d'accès, travail en partenariat avec les FSI...) mais aussi d'entraîner les équipes à faire face à des situations qui par nature sont imprévisibles.

Enfin, Il détermine les principales réactions à adopter dans les situations critiques ; c'est par exemple l'élaboration d'une procédure de gestion des actes de violence envers le personnel soignant des urgences, ou la formalisation d'un circuit d'alerte en cas d'intrusion dans l'établissement...

b) Un objectif clairement affiché : la diminution des vulnérabilités

Selon la méthodologie proposée par le guide d'aide à l'élaboration du PSE⁴², la construction de la politique de sécurité d'un établissement repose sur une analyse de risque 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 : 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.

A 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.

- Les aspects périmétriques: l'étude porte sur l'interaction de l'établissement avec son environnement immédiat, sur la configuration des bâtiments, les accès, la délimitation de l'établissement... A titre d'exemple, au CHU de Rennes, le diagnostic a montré des points de faiblesse en liés à desserte SNCF à Ponchaillou.
- Les aspects bâtimentaires : « *La sureté bâtimenaire porte en grande partie sur le contrôle des accès et le zonage*⁴³ ». Un point de fragilité des établissements de santé repose sur le nombre important d'accès qu'il est difficile de maîtriser. Le CH de Saint-Nazaire, lors de sa reconstruction en 2012 a fait le choix de mettre en place un système de contrôle d'accès par badge en fonction de l'unité d'affectation des agents. Par exemple, une sage-femme a accès à un vestiaire défini, au bloc obstétrical, aux unités d'hospitalisation de maternité et au secteur de consultations de gynécologie obstétrique. Les autres unités de l'établissement ne lui sont pas accessibles. En outre chaque porte (entre l'extérieur et l'intérieur), hormis l'entrée principale, est badgée ce qui permet de restreindre ces voies d'accès aux seules personnes autorisées. En contrepartie cela suppose une organisation efficace de la gestion du personnel par la direction des ressources humaines et un circuit d'information performant entre cette dernière et le service technique qui réalise le paramétrage des badges.
- Les risques de malveillance : le directeur de la qualité et de la gestion des risques fournit une synthèse des événements indésirables liés aux actes de malveillance. Cette analyse permet de définir les risques propres à l'établissement. De surcroit, il convient, à l'aide de l'annexe 2⁴⁴, d'établir une matrice de criticité permettant de hiérarchiser les menaces susceptibles de se produire dans un établissement de santé et de prioriser les actions de prévention ou de correction à mettre en œuvre.

⁴² Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement – DGOS – Avril 2017

⁴³ Ibid

⁴⁴ Ibid

- Les vulnérabilités spécifiques de l'établissement : chaque établissement possède des spécificités propres créant certains points névralgiques. « . *Un point névralgique se définit par l'importance et/ou la fragilité d'un équipement ou d'une activité dont la disparition ou l'arrêt aurait des conséquences importantes sur la capacité de l'établissement à assurer ses missions de soins ou de prise en charge*⁴⁵ ».

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

c) La traduction d'une véritable stratégie de protection

Le PSE traduit la volonté managériale de mise en œuvre d'une véritable politique de sécurité au sein de l'établissement. Sa déclinaison pluriannuelle en fait un document évolutif nécessitant un suivi. Il favorise l'adéquation des mesures à l'environnement de l'établissement ce qui en fait un document de référence pour chacune des structures.

Mais il traduit aussi 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 2016 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, le défaut de sécurité pouvant être assimilé au non-respect de l'obligation de moyen à laquelle est soumis le Service Public Hospitalier. Dès lors, cette nouvelle obligation est source de complexité puisque sa mise en œuvre présuppose des modifications profondes du fonctionnement des établissements de santé : investissement financier, formations, nouveaux métiers... Cela pose en outre la question du financement.

Même si sa mise en œuvre n'est pas dénuée de difficultés, l'obligation d'élaboration d'un PSE au cours de l'année 2017, représente une formidable opportunité pour les établissements de santé d'intégrer la sécurité dans la politique globale de l'établissement. Son articulation avec le plan blanc formalise la partie essentielle de la sécurisation d'un hôpital. Mais cette dernière ne serait pas complète sans un plan de continuité d'activité.

⁴⁵ Ibid

C) Le plan de continuité d'activité

Les lois de Rolland fixent quatre obligations au service public hospitalier : l'universalité, la continuité, l'adaptabilité et la neutralité. La continuité du service publique hospitalier impose que l'établissement soit, quelles que soient les circonstances, en mesure de fonctionner, c'est-à-dire de prendre en charge les patients.

« La gestion de la continuité d'activité est définie comme 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 valeurs »⁴⁶.

Dans cette perspective, un PCA a pour objet de décliner la stratégie et l'ensemble des dispositions prévues pour garantir la reprise et la continuité des activités à la suite d'un sinistre ou d'un événement perturbant gravement le fonctionnement normal d'un hôpital. L'objectif est de maintenir l'activité a minima le temps de revenir à un état normal, et non de se remettre sur pieds immédiatement et totalement. C'est donc un document comportant l'ensemble des procédures et moyens techniques visant dans un premier temps à maintenir les activités essentielles de l'établissement puis dans un deuxième temps à reprendre son activité normale.

En définitive, le PCA est une traduction du processus de résilience adopté par l'établissement. Il doit permettre à la structure de répondre à ses obligations internes (activité de soins) et/ou externes (réglementaires, législatives et contractuelles).

Dans les établissements de santé, le PCA n'est pas un document obligatoire ; aucune réglementation ne venant en imposer l'existence. Pour autant, la pandémie grippale de 2009 a relancé la réflexion et ce d'autant plus que les établissements médico-sociaux ont eu l'obligation de le mettre en place.

Le PCA est peu formalisé dans le secteur sanitaire, mais, en raison de l'obligation de continuité du service public, de nombreuses réflexions sont déjà menées, le plus souvent de manière isolée et spécifique à chaque secteur d'activité. En outre le plan blanc traite, déjà, certains risques du ressort direct du PCA : annexe perte de locaux, annexe perte électrique, annexe pandémie grippale... Dès lors, il est nécessaire de faire un état des lieux exhaustif de l'existant pour ne pas aboutir à un « mille-feuille » de documents redondants.

Dans un établissement de santé, les risques peuvent être de plusieurs ordres :

⁴⁶ Définition de la norme ISO 22301 : 2012

- Techniques : panne d'appareils (Stérilisation, bloc opératoire, imagerie...), coupure électrique
- Logistique : approvisionnement en linge, indisponibilité de fournisseurs....
- Bâtiminaire : incendie, zone inaccessible...
- Ressources humaines : indisponibilité durable d'agents (pandémie)
- Système d'information

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 à celle décrite pour le PSE, reposant sur une analyse de risques et de 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 ⁴⁷ ».

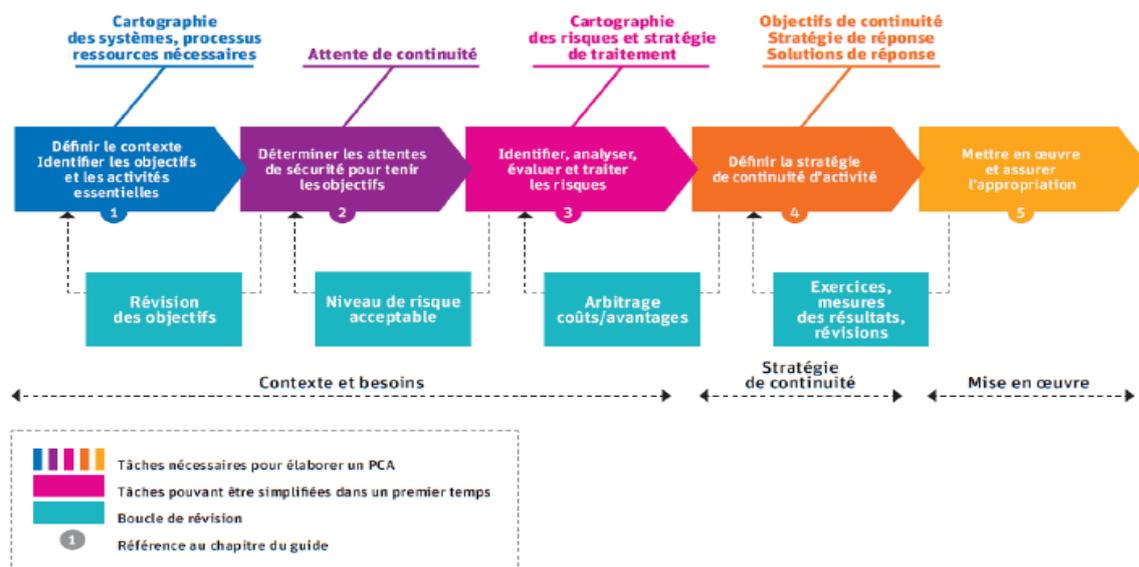


Figure 3 : Démarche d'élaboration d'un PCA ⁴⁸

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 de santé nécessite un triptyque de plans opérationnels qui ont chacun leur spécificité. Alors que le plan blanc s'attache au volet

⁴⁷ Guide méthodologique d'élaboration d'un PCA en cas de pandémie grippale – Mars 2009

⁴⁸ Guide pour réaliser un plan de continuité d'activité - Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale – Edition 2013

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.

Si, dans la théorie, ces plans sont indispensables au bon fonctionnement de l'établissement, force est de constater que leur application et leur mise en œuvre ne sont pas sans poser certaines difficultés.

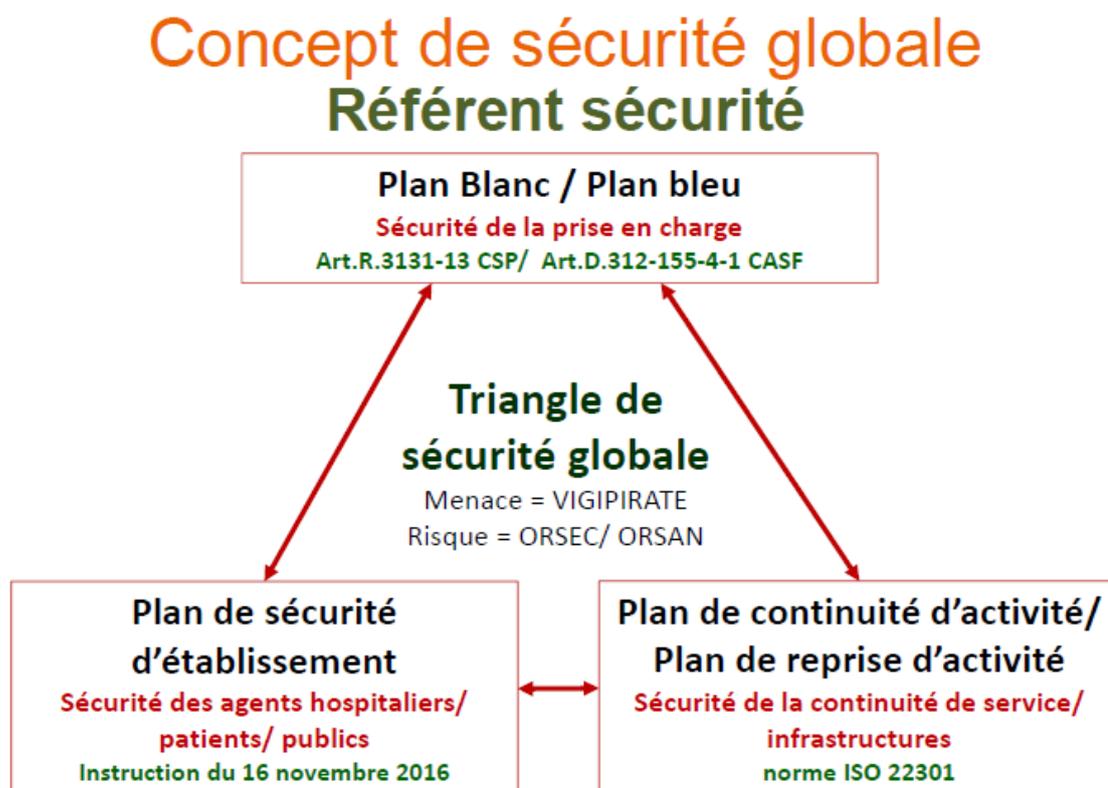


Figure 3 : Triangle de sécurité globale⁴⁹

⁴⁹ Formation « Directeurs d'hôpital 2016-2017 » - Principes, outils et méthodes pour contribuer à la maîtrise d'une situation sanitaire exceptionnelle. Christophe Van Der Linde – Professeur IDM/EHESP

3 Théorie et mise en œuvre : une confrontation délicate

Les évènements récents, la probabilité forte de survenue de nouvelles crises, l'évolution sociétale et la réglementation imposent aux établissements de santé de nouvelles normes de sécurité.

Si la sécurisation est aujourd'hui incontournable et réglementée, force est de constater que l'application des différentes injonctions n'est pas aisée. Le directeur d'hôpital est confronté à de nombreux freins dans la mise en œuvre de la politique de sécurité qu'il a déterminée. En effet, se conformer aux obligations juridiques n'est pas neutre en termes de moyens financiers (3.1). En outre il semble que le personnel des établissements de soins doit être davantage formé à la culture de la sûreté et sécurité (3.2). Enfin, à l'heure de la mise en œuvre des GHT, il est opportun de s'interroger sur une structuration territoriale de la sécurisation des établissements publics de santé (3.4)

3.1 Un financement limité au regard des enjeux

Les établissements de santé évoluent dans un contexte financier extrêmement contraint. Dans son rapport sur la dette des établissements publics de santé⁵⁰, la Cour des Comptes relève que la dette à moyen et long terme des EPS a triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 milliards d'euros en 2012 et représenter 1,4% du PIB.

Pour cette raison, le taux d'évolution de l'ONDAM (+2% en 2017) reste ces dernières années relativement faible et surtout beaucoup plus faible que l'évolution tendancielle naturelle des dépenses des hôpitaux (+4,3% en 2017). Cette situation assigne aux directeurs d'hôpital un objectif incontournable : augmenter la productivité pour dégager des marges permettant le financement des activités autre que le soin.

A) Une part insuffisante du budget des établissements est consacrée aux dépenses de sécurité

Concernant la sécurisation des établissements de santé, on observe une demande croissante de la part des pouvoirs publics envers les d'établissement : révision et réactualisation annuelle du plan blanc, réalisation d'exercices, mise en place des actions définies dans le PSE, amélioration des organisations soignantes... Toutes ces modifications imposent des dépenses supplémentaires (techniques et humains) dont le financement n'est pas assuré. Cela implique des mises en œuvre à moyens constants

⁵⁰ La dette des établissements publics de santé – Cours des comptes – Avril 2014

pour le moins difficiles. Car le décalage entre les objectifs attendus et le financement inhérent à ces missions est, aujourd'hui, flagrant.

Par ailleurs, la campagne tarifaire et budgétaire 2017⁵¹ renforce l'idée selon laquelle les questions de sûreté/sécurité relèvent principalement du financement propre des établissements ; Seulement deux MIG sont attribuées dans ce cadre :

- MIG O 02 : pour la mise en œuvre des missions des ESR dans le cadre du dispositif ORSAN ; Pour la région Bretagne, (270 000 € en 2017)
- MIG O 03 : pour l'acquisition et la maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles (650 000€ en 2017)

Proposition n°1 : Au regard des enjeux nationaux et de l'obligation d'y répondre, créer une **MIG** ayant pour objet la sûreté/ sécurité et destinée à tous les établissements de santé de façon à assoir de façon pérenne, en termes de sécurité, les priorités définies par l'ARS au niveau d'un territoire de santé.

B) Des choix épineux mais cruciaux

La sécurisation globale d'un établissement de santé implique une réflexion de fond. L'hôpital peut-il répondre aux trois impératifs suivants en même temps : assurer la continuité des soins de qualité, mettre en place des moyens de sécurisation et répondre de manière satisfaisante aux situations sanitaires exceptionnelles ?

Est-il en mesure de tout faire à la fois, sans modifier son fonctionnement ? La réponse est très certainement non. Pour autant, il doit répondre aux demandes qui lui sont faites, tant en termes de prise en charge des patients qu'en termes de prise en compte des nouvelles normes liées au contexte.

La mise en place de la tarification à l'activité en 2004 et la contrainte forte qui pèse sur l'évolution des dépenses de santé (et donc sur les établissements publics de santé) impliquent, dans le cas d'activités non financées par la T2A, de repenser l'ensemble des organisations pour dégager les moyens nécessaires à la réalisation des missions de sécurité. Cette source de « moindre dépenses » permettra ainsi d'affecter les « économies » générées à la nouvelle activité.

Il est, à cette fin, recommandé de prioriser selon 3 niveaux⁵² :

- 1/ Favoriser les mesures organisationnelles nécessitant peu d'investissement
- 2/ Budgétiser les prévisions d'investissement à moyen terme,
- 3/Recourir aux dépenses de fonctionnement si besoin à court terme

⁵¹ Circulaire n° DGOS/R1//2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé

⁵² Guide de déclinaison des mesures de sécurisation périmétriques et bâtimentaires – Ministère sociaux p7.

Dès lors, il est primordial que ces nouvelles dépenses soient prévues et par voie de conséquence inscrites à l'EPRD et dans le PGFP.

Proposition n°2 : Mettre en place une **planification budgétaire** en définissant de nouveaux postes de dépense lié à la sécurisation dans la rubrique « charges » de l'EPRD et du PGFP.

3.2 Une culture de la sécurisation qui reste à développer

A) L'impératif engagement des directeurs d'hôpital

« Intégrer la problématique de sécurité dans tous les processus de décision, notamment en faisant appel à des experts. Le but est 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 efficace »⁵³.

Une politique de sécurité ne peut se développer que si précisément ce concept de sureté/sécurité constitue un véritable « fil rouge » pour les managers. Il s'agit alors de replacer les plans opérateurs, au sein de la stratégie managériale de l'établissement. Les directeurs, chacun dans leur domaine fonctionnel, et en raison de la transversalité du sujet, doivent être concernés et mesurer l'importance que revêt ce concept. A ce titre, le projet d'établissement paraît être l'outil le mieux adapté : il permet de décliner les grands enjeux et projets issus des orientations stratégiques d'un établissement.

Proposition n°3 : Intégrer la notion de sureté/sécurité dans le **projet d'établissement** pour faire de ce sujet un axe fort et marquer l'engagement volontariste de la direction

Il convient également que la formation des directeurs soit efficace dans ce domaine. Il importe que ces futurs managers saisissent l'importance de la culture de la gestion du risque et de la sureté mais aussi qu'ils acquièrent de véritables bases dans la conduite d'une politique de sécurité d'établissement.

A cette fin, il est demandé à l'EHESP de développer à partir de Janvier 2018 un module « Sureté-sécurité » dans le cadre des formations initiales qu'elle dispense.

Proposition n°4 : Pérenniser la **formation évolutive et continue** des équipes de direction (DH, DS et AAH) afin que le niveau de gestion des SSE soit en corrélation avec les demandes et attentes des pouvoirs publics, notamment dans l'activation et la conduite d'une cellule de crise.

⁵³ Les points clés d'une politique de sécurité – DGOS – Aout 2016

B) Développer une culture de la sécurité au sein de l'établissement

La sécurité en établissement de santé n'est pas l'apanage d'un seul : chaque personne doit être impliquée (agents, patients, visiteurs, prestataires...). Le développement d'une culture se base sur une notion de savoir partagé au sein d'une entité. Or, paradoxalement, il apparait que les acteurs hospitaliers, s'ils possèdent des notions de sécurité sanitaire importantes, n'ont que peu intégré la notion de sécurité globale dans leurs pratiques.

a) La co-construction : la notion de gagnant-gagnant

L'efficacité des mesures de sécurisation globale repose sur le principe du gagnant-gagnant : chaque acteur doit pouvoir atteindre son objectif. Pour l'établissement il s'agit d'avoir une politique de sécurité fonctionnelle et adaptée ; pour les agents, il s'agit de travailler en sécurité et de s'approprier la connaissance des actions en lien avec la sécurisation. Cette efficacité doit être permanente et non un simple enjeu de la certification tous les 4 ans.

Pour ce faire, la construction des différents plans, et plus largement, la sécurisation de l'établissement doit être définie et portée par la direction générale, pilotée par le référent sécurité et reposer sur la pluridisciplinarité. A cette fin, il est nécessaire de former des groupes de travail mobilisant différentes catégories d'agents (médecins, soignants, expert qualité, expert sécurité...). Cela permet, tout d'abord, d'obtenir une vue d'ensemble complète des situations qu'il convient de traiter. De surcroit, ce travail commun favorise l'appropriation et la diffusion de ces plans par l'identification des missions de l'établissement, la distribution des différents rôles et l'identification des acteurs majeurs.

Proposition n°5 : Former, au sein de l'ES, un **comité de pilotage Sécurité-sureté** pérenne dont la mission est d'actualiser les différents plans en fonction des évolutions (notamment réglementaires et législatives) et du contexte. Ce comité stratégique doit être rattaché à la direction générale et piloté par le directeur en charge de la gestion des risques dont la place est prépondérante dans les questions de sécurité. Le rythme des réunions doit être régulier (tous les mois ou tous les trimestres) afin de réaliser les arbitrages nécessaires.

b) La formation continue : un élément majeur de l'acculturation

Globalement, la formation théorique des différentes catégories de personnel, en lien avec les questions de sécurité-sureté est insuffisante. Cela tient à plusieurs phénomènes : formations initiales peu portées sur le sujet, désintérêt des agents pour ces thèmes, turn-over et mobilité importants, temps et budget alloués à la formation limités...

Par ailleurs, la sécurité dans un établissement de santé est protéiforme ce qui suppose de nombreuses formations différentes et l'implication de nombreux agents : référent plan blanc, référent NRBCe, référent risque incendie...

Pour le CHIRC, force est de constater qu'il est difficile de motiver les agents à se former et/ou se recycler. Par ailleurs, le caractère abstrait des risques et l'idée selon laquelle la probabilité d'occurrence est relativement faible dans une zone comme celle de Redon, ne participent pas à créer une adhésion autour de ces sujets.

Proposition n°6 :

- Construire systématiquement le **plan de formation** en intégrant le thème de la sûreté sécurité
- Réaliser, dans les différentes unités de l'établissement et à destination de toutes les catégories professionnelles, des actions itératives et/ou ponctuelles d'information et de formation par les référents (par exemple à la fin des transmissions) pour que ces notions deviennent progressivement courantes
- Réaliser des « audits » de connaissance réguliers

c) Informar les nouveaux arrivants

Que ce soit les jeunes diplômés ou de nouveaux arrivants aguerris au milieu de la santé, il n'en demeure pas moins que leur arrivée dans l'établissement doit permettre de les renseigner sur les différentes spécificités de ce dernier et notamment la politique de sécurité. C'est en effet le moment propice pour les informer des différents plans existants, et vérifier qu'ils en ont bien pris connaissance. Cela peut se faire par le biais de la participation à la journée d'accueil des nouveaux arrivants, la remise documentaire, l'insertion de l'information dans le livret du nouvel arrivant, l'entretien avec le cadre de proximité... Les possibilités sont nombreuses et il convient à chaque établissement de trouver celle qui lui convient le mieux. Cette première approche permet d'enclencher le processus d'acculturation chez les agents et de les intéresser aux sujets de sûreté-sécurité.

Proposition n°7 : Faire de l'arrivée des nouveaux agents une opportunité pour la diffusion d'informations relatives à la sécurité-sûreté

C) Les exercices et retours d'expérience : un outil incontournable de la gestion des SSE

Les formations théoriques, sans exercices et donc sans mise en pratique, n'apportent qu'une plus-value minimale. En effet, ces derniers permettent la mesure d'un **écart** entre la théorie et la mise en œuvre. Rendus obligatoires par la loi du 9 Août 2004, les tests du dispositif de crise sont des leviers de mobilisation et de sensibilisation du

personnel hospitalier. En outre ils représentent l'aboutissement de la réflexion menée par l'ensemble d'une équipe.

Tout d'abord ces exercices permettent l'apprentissage. L'attendu est une réaction rapide en cas de SSE ou de crise. Les agents doivent, pour être opérationnels, avoir acquis un certain nombre d'automatismes qui ne s'obtiennent que par la mise en situation réelle selon le principe de « *on ne fait bien que ce qu'on fait souvent* ».

Ensuite, au-delà de l'aspect pédagogique, ces entraînements permettent de dédramatiser les situations de crises, de diminuer le stress et ainsi d'augmenter l'efficacité des agents. Enfin, les exercices permettent d'évaluer les plans et de les faire évoluer en fonction des résultats obtenus.

Pour autant, les exercices, tout comme les retours d'expérience sont rares dans les établissements de santé, notamment pour des questions de temps et de coûts. Le CHU de Brest, a calculé que la structuration d'un entraînement et d'ateliers représentait environ 1500 heures de travail soit l'équivalent d'un ETP/an. Sachant que chaque exercice doit comporter un nombre d'objectifs restreints, on observe rapidement que le coût en temps/agent est véritablement un frein pour les hôpitaux.

Pourtant, les divers textes de loi indiquent que la fréquence souhaitable est d'un exercice tous les ans. Force est de constater que cet objectif est déconnecté des capacités intrinsèques des établissements de santé.

Proposition n°8 : Mettre une **politique annuelle d'exercices** afin de permettre aux agents une assimilation des apports théoriques dans un contexte de RETEX pour faire évoluer les pratiques.

Par ailleurs, l'apparition de la simulation dans le monde de la santé, associant réalité virtuelle et apprentissage de procédures complexes, ouvre de nouveaux horizons pour la gestion des crises par les dirigeants. Cette méthode, très répandue dans les domaines à risques (aéronautique, nucléaire, marine...) consiste à s'entraîner à gérer des situations complexes sans risquer les conséquences liées à des erreurs de décision. Les scénarii sont élaborés en amont, en fonction des besoins, et un débriefing systématique après chaque séance permet de pointer d'une part les bonnes pratiques des participants et d'autre part les axes d'amélioration. Partant de ce fait, il apparaît que ce principe est totalement adapté à l'apprentissage des techniques de gestion de crise sanitaires. D'ailleurs, les élèves directeurs d'hôpital de la promotion 2017-2018 ont eu l'occasion de participer, au CHU d'Angers, établissement de pointe dans ce domaine, à une formation au management et à la gestion des risques par simulation. Cela est une approche didactique très intéressante qui participe à l'apprentissage et au perfectionnement individuel, mais aussi, au niveau collectif, à tester les différents plans opérateurs.

Proposition n°9 : Généralisation et pérenniser la formation à la gestion de crise par **simulation** pour les élèves directeurs d'hôpital.

3.3 Les GHT : de nouvelles perspectives pour la sécurité des établissements de santé ?

Les groupements hospitaliers de territoire, prévus par la loi de modernisation de notre système de santé⁵⁴ constitue une innovation organisationnelle importante. Au-delà de son rôle de structuration des filières de prise en charge et de gradation des soins, ils offrent la possibilité aux établissements de s'unir pour améliorer leur fonctionnement.

A) La sureté sécurité à l'échelle d'un territoire ?

Les GHT sont les promoteurs d'un changement de paradigme pour les établissements publics de santé : structures autonomes par excellence, habitués à travailler seuls, ils ont dorénavant l'obligation de coopérer avec les autres établissements de soins d'un même territoire. Ce cadre nouveau crée ou amplifie des synergies stratégiques et opérationnelles pour les établissements puisque, à l'opposé d'une approche segmentée, il favorise le « travailler ensemble ». Il décroïsonne les problématiques et permet les mises en commun. Dès lors, à l'heure où les hôpitaux s'unissent et conçoivent des réponses nouvelles, il serait dommage de ne pas aborder la question de sécurité.

A la lumière de leur objectif, les GHT constituent un outil permettant de répondre aux contingences économiques fortes qui pèse sur le système de santé ; En effet, la mise en œuvre des GHT prévoit la mutualisation obligatoire de quatre fonctions sous la responsabilité d'un établissement support⁵⁵ : la fonction achat, le département d'information médicale, la convergence des systèmes d'information hospitaliers et la coordination des écoles et institutions. Le but recherché est de gagner en stratégie, en qualité et en coûts et partant d'améliorer l'efficacité de ces fonctions.

Les nouvelles injonctions en lien avec la sécurité pourraient pleinement s'inscrire dans un objectif de mutualisation ; les difficultés de mise en œuvre rencontrées par les directeurs s'en trouveraient, sur certains points, atténuées. Il s'agirait de réfléchir à une stratégie commune de sécurisation globale conduisant à une politique, non plus d'établissement, mais de territoire. Ainsi, l'outil central de déclinaison serait une annexe à la convention constitutive des GHT dont un des deux volets est relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement du GHT.

⁵⁴ Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016

⁵⁵ Article L6132-3 du Code de la Santé Publique

De la sorte, la problématique financière pourrait être un peu moins prégnante à l'aune d'un territoire puisque répartie entre les différents établissements.

Concernant les documents (plan blanc, PSE et PCA), leur formalisation reposerait sur une équipe pluridisciplinaire de territoire avec des personnels issus de tous les établissements parties. La charge de travail pèserait ainsi moins sur chacune des structures de soins.

Enfin, à l'instar du dispositif ORSAN, l'organisation de plans blancs de GHT serait probablement plus aisée... et plus pertinente ?

Néanmoins, la mutualisation nécessite une implication plus forte des établissements ; Le déclenchement d'un plan blanc par exemple, n'impacterait plus un seul établissement, mais le GHT lui-même.

Prenons l'exemple du GHT Haute Bretagne. Actuellement ; une réflexion porte sur la mutualisation de la stérilisation par l'établissement support. Dans le quotidien, les procédures peuvent régir un fonctionnement satisfaisant. Mais si un des établissements déclenche son plan blanc, de facto, son besoin en matériel stérilisé va augmenter. Cela pose plusieurs questions : l'établissement support est-il en mesure de répondre à la demande ? Si oui, augmente-t-il son rendement ou bien diminue-t-il les dotations des autres établissements parties qui peuvent à leur tour se retrouver en difficulté ? La distribution des dispositifs stériles peut-elle être réalisée rapidement ? Autant de situations qu'il s'agit d'anticiper en amont.

B) Différents scénarii possibles

A l'heure actuelle, les questions de sécurité n'apparaissent pas comme prioritaires au sein des GHT. Si la sécurisation globale des établissements de santé doit répondre à des problématiques spécifiques liées au contexte et aux spécificités, il n'en demeure pas moins que les objectifs recherchés sont les mêmes pour tous les établissements : assurer la sécurité de toute personne au sein de l'établissement.

Les prémices d'une mise en commun des questions de sécurité apparaissent au travers la certification conjointe qui devra être effective à partir de 2020. En effet, l'un des critères évalués par la HAS est la gestion de crise (critère 8 e) : plans d'urgence, cellule de crise, réalisation d'exercices...

Que la démarche soit synchronisée ou que la certification soit commune (entre 2016 et 2019), l'objectif est de favoriser les stratégies communes en matière de qualité et gestion des risques. Cela implique que certaines thématiques soient travaillées conjointement et initient les établissements à une mutualisation progressive de la gestion des risques.

La sécurité globale des établissements d'un GHT peut s'appréhender de différente manière en fonction du niveau d'intégration que le GHT souhaite mettre en place.

Le niveau 1 correspondrait à la transparence des pratiques et à la simple communication entre les structures. Cela permettrait à chacune d'être informé des organisations des autres. L'autonomie est alors conservée.

Le niveau 2, un peu plus intégratif, mutualiserait les moyens matériels et humains eu sein du GHT. C'est une première mise en commun nécessitant en amont une réflexion conjointe sur les organisations.

Le niveau 3 consisterait à redistribuer les activités ; Il s'agit alors de prendre en compte les spécificités et les capacités de chacun afin d'obtenir l'organisation la plus efficiente possible.

Le niveau 4 correspondrait à une fusion d'activité.

Ce dernier niveau ressemble à ce qu'il serait nécessaire de mettre en place si les GHT devenaient juridiquement des personnes morales de droit public. Le GHT serait, dès lors, assimilé à un seul établissement de santé et aurait l'obligation d'assurer la sécurité des biens et des personnes en son sein.

Conclusion

La violence « ordinaire », les menaces terroristes exponentielles et une acceptation du risque en perpétuelle diminution, contribuent à une demande de sécurité et de prévention bien légitime. Les pouvoirs publics, soucieux d'assurer un niveau de sécurité satisfaisant à l'ensemble de la population, s'attachent à planifier les actions de réponses, comme en témoigne la multiplication des textes réglementaires liés à la gestion de crise et à la sécurisation.

Institution centrale, l'hôpital public, comme le reste de la société, est confronté aux nouvelles normes et exigences en matière de sécurisation.

La mise en place d'une politique de sécurité au sein des établissements de santé fait apparaître de nouvelles obligations pour le directeur d'hôpital. Engageant sa responsabilité, il doit décliner une véritable stratégie de sécurisation sans pour autant mettre en péril le bon fonctionnement de son établissement. Les outils (plan blanc, PSE et PCA) mis à sa disposition pour concevoir et piloter les actions à mettre en place, et surtout leur complémentarité, sont une réponse pertinente, en adéquation avec les besoins. Ils permettent de sécuriser l'établissement selon plusieurs axes : organisationnel pour le plan blanc, lutte contre la violence et le risque d'attentat pour le PSE et maintien d'une activité minimale pour le PCA.

En outre, appréhender ce triptyque comme un enjeu de la gouvernance des établissements de santé paraît être un gage de succès. La sécurité ne doit plus être sporadique et relever uniquement de la direction de la gestion des risques, elle doit être élevée au rang des priorités de l'établissement et être partie prenante de sa stratégie.

Cependant, le passage de la théorie à la pratique s'avère complexe. Mettre en œuvre cette politique de sécurisation nécessite un engagement humain et financier conséquent. Le contexte actuel d'évolution des hôpitaux, marqué par des nécessités d'efficience et de contrainte sur les ressources est un des freins majeurs à un déploiement optimal. Quant aux personnels, soumis à un quotidien déjà difficile, les acteurs du soin peinent à trouver leurs repères face à ces nouvelles demandes.

Enfin, à l'aube du fonctionnement des GHT et selon le vieil adage africain, « *seul, on va plus vite, ensemble, on va plus loin* », l'intensification des coopérations représente sans doute, une belle opportunité pour la sécurisation des établissements de santé.

Finalement, il est fort probable que la sécurisation des établissements de santé soit un accélérateur de l'évolution des établissements de santé puisqu'elle implique, de facto, une obligation de réorganisation.

« Dans un environnement où les ruptures et les crises sont devenues systémiques, la capacité des dirigeants et des agents à assurer la pérennité et le développement des établissements et institutions de santé publique passe par la mise en place d'une révolution culturelle et managériale⁵⁶ »

Nombreux sont les dirigeants et acteurs du monde de la santé à penser que les mentalités doivent évoluer, que les modes de pensée doivent changer. La tentation permanente de se dire que tout est sous contrôle, de s'en remettre aux experts, la confiance absolue en la doctrine, lorsqu'elle existe, peut conduire à un certain immobilisme délétère. Le monde actuel, et ses risques, pousse à inventer de nouvelles solutions. Patrick Lagadec, nous invite, par cette idée *« il faut se préparer à être surpris⁵⁷ »* à changer de paradigme puisqu'on ne peut tout prévoir. L'important réside maintenant, dans la capacité à se poser les questions qui dérangent, à fonctionner en réseau et surtout à ne pas asséner de certitudes qui le plus souvent échappent aux prévisions.

Dans l'univers complexe de notre monde d'aujourd'hui et face aux évolutions qui ne manqueront pas d'engendrer de nouveaux risques, le directeur d'hôpital doit ainsi s'interroger sans relâche et surtout avec ouverture et créativité.

⁵⁶ REGOUBY C. Le défi des comportements dans la gestion de crise. Gestion hospitalière n°462, janvier 2007, page 21

⁵⁷ Le continent des imprévus, journal de bord des temps chaotiques – Manitoba – Les belles lettres, 2015

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Instruction SG/HDFS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

Instruction DGS/DUS/2016/42 du 19 février 2016 relative à la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes

Circulaire 40245/SG du 12 novembre 2015 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

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

Décret 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles

Instruction DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des crises sanitaires exceptionnelles

Loi 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

Décret 2005-1764 du 30 novembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique

Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Circulaire DHOS/HFD/2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

Code de la santé publique, articles L3131-1 à 11 relatifs les mesures d'urgences et le Plan blanc

Code de la santé publique, articles R3131-4 et 5 relatifs au Plan blanc d'établissement

Guides de bonnes pratiques

Guide méthodologique – La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé, DGOS / ONVS, avril 2017

« Sécurisation des établissements de santé », Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement, DGOS, mars 2017

Guide de déclinaison des mesures de sécurisation périmétriques et bâtimentaires, Ministères sociaux, juillet 2016

« Vigilance attentat : les bons réflexes », Guide à destination des équipes de direction des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, Guide de bonnes pratiques, Ministère des affaires sociales et de la santé, juin 2016

Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles - 2014

Note technique de cadrage DGS/DUS/UOP/012157 du 10 mai 2012 relative à la décontamination hospitalière

« Plan blanc et gestion de crise » Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, Ministère de la santé et des solidarités, 2006

Ouvrages

LAGADEC P., 2015, Le continent des imprévus. Journal de bord des temps chaotiques, Manitoba-Les belles lettres, 268 p

LAGADEC P., 1991, La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs, 1^{ière} édition, Paris : McGraw-Hill 326 p

TABUTEAU D., mai 2002, La sécurité sanitaire, 2^e édition, Paris : Berger – Levrault, 390

Articles

BRAHIC O., mars 2008, « Les exercices de santé publique : les hôpitaux au cœur des simulations de crise », Cahiers hospitaliers, n°243, pp 14-16

BERTRAND E., MENNETRIER V., SCHLATTER J., WEISSENBURGER J., BLANCHET L., DESROCHES A., juin juillet 2008, « Conformité d'un plan blanc. Questionnaire d'évaluation et analyse préliminaire de risques », Gestions hospitalières, n°477, p 425-430

BREYSSE F., aout septembre 2006, « La mise en place d'un plan blanc », Objectifs soins, n°148, pp I-IX

CABANIS JN., mars 2008, « La crise et l'hôpital », Cahiers hospitaliers, n°243, p 5

CAMPILLO A., VIDONNEO., janvier 2007, « Plans et coordination des plans – Ou comment améliorer la réponse opérationnelle face à des menaces sanitaires majeures », Gestions hospitalières n° 462, pp 11-15

CAMPHIN P., mars 2008, « Face à la crise, le plan blanc d'établissement », Cahiers hospitaliers, n°243, pp 10-13

DERUDAS P., DEFORGE JC., janvier 2007, « La gestion des phénomènes sanitaires – Le pragmatisme et la simplicité pour être efficace », Gestions hospitalières, n°462, pp27-31

DE TIESENHAUSEN H., février 2008, « L'évaluation du dispositif plan blanc, annexe pandémie grippale », Gestions hospitalières, n°462, pp 103-106

FAVIER AL, octobre 2015, « Les risques terroristes et l'hôpital », Objectifs soins, n°239, pp 36- 38

FESSLER JM., mars 2008, « Les impacts économiques d'une crise », Cahiers hospitaliers, n°243, pp 6-9

GALARD F., VAN DER LINDE C., janvier 2007, « L'évolution des plans blancs et plans blancs élargis », Gestions hospitalières, n°462, pp 8-10

HUGEROT A., mai-juin 2016, « L'hôpital cible : nouveaux enjeux pour nouvelles crises », Techniques hospitalières, n° 757, pp 6-9

KNUCHEL P., septembre-octobre 2016, « La sécurité dans les établissements de santé : entre contraintes réglementaires et évolution », *Techniques hospitalières*, n° 759, pp 69-70

KONINCKX G., 2007, « Les trajectoires de la résilience organisationnelle dans un contexte de crise », pp 1-7

LAGADEC P., mars 2005, « Pour s'entraîner à faire face à l'imprévisible », *Le monde de l'éducation*, pp 80-85

REGOUBY C., janvier 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°, pp 21-26

REGOUBY C., mars 2008, « Se préparer au management d'une crise », *Cahiers hospitaliers*, n°243, pp 17-19

RIGAL-SASTOURNE JC, DEMAISON MJ. et GENERO-GYGAX M., mai-juin 2016, « Identification des victimes des attentats du 13 novembre 2015, Expérience de l'hôpital Bégin », *Techniques hospitalières*, n°757, pp. 10-14

VERNE E., ONDE O., HILAIRE C., DE LA COUSSAYE JE., 2004, « Comment organiser les secours à l'hôpital en prévision d'un afflux de blessés », *MAPAR*, pp 413-424

Thèses et mémoires

LESTIENNE A., 2007 « Le directeur face au risque de crise : prévoir pour prévenir. L'exemple du plan de pandémie grippale au groupe hospitalier Raymond Poincaré – Hôpital maritime de Berck », mémoire pour le diplôme de directeur d'hôpital : EHESP

BOYER C., 2016, « La cellule de crise du plan blanc : l'exemple de la cellule locale de crise du Groupement hospitalier Centre des hospices civils de Lyon », mémoire pour le diplôme de directeur d'hôpital : EHESP

Rapports

Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, n°3922, 5 juillet 2016, Tome 1 et 2 (extraits)

Liste des annexes

Annexe I : Tableau de gestion des moyens – Plan blanc du CHIRC

Annexe II : Liste des fiches réflexes – Plan blanc du CHIRC

ANNEXE I : Tableau de gestion des moyens – Plan blanc du CHIRC

Tableau de recensement des moyens																	Date :		
Capacités du service		T0	...h...																
Référent cellule de crise : Coordonnateur des soins infirmiers																			
Personnel paramédical attribué au service	Médecin	Présent																	
		Nécessaire																	
	IDE	Présent																	
		Nécessaire																	
	IADE	Présent																	
		Nécessaire																	
	IBODE	Présent																	
		Nécessaire																	
	AS	Présent																	
		Nécessaire																	
	ASH	Présent																	
		Nécessaire																	
	secrétaire	Présent																	
		Nécessaire																	
	manip radio	Présent																	
		Nécessaire																	
	autres	Présent																	
		Nécessaire																	

disponibilités(+) / besoins(-) du service		T0	...h...															
Référent cellule de crise : Directeur logistique																		
Matériel	Respirateurs																	
	débitmètres O ₂																	
	tensiomètre et saturomètre électronique																	
	pousse seringues																	
	EKG																	
	Scopes																	

Capacité du service		T0	...h...																
Référent cellule de crise : Coordonnateur médical																			
Nombre de lits	Réels	Hommes																	
		Femmes																	
		Ch.seule																	
	Prévision	Hommes																	
		Femmes																	
		Ch.seule																	

FICHES REFLEXES DE LA CELLULE DE CRISE

- Fiche réflexe n°1 : Directeur ou son représentant
- Fiche réflexe n°2 : Administrateur de garde
- Fiche réflexe n°3 : Coordonnateur médical
- Fiche réflexe n°4 : Coordonnateur des soins
- Fiche réflexe n°5 : Directeur des ressources humaines
- Fiche réflexe n°6 : Directeur de la logistique
- Fiche réflexe n°7 : Directeur des achats et du système d'information
- Fiche réflexe n°8 : Directeur responsable de la fonction accueil
- Fiche réflexe n°9 : Responsable technique
- Fiche réflexe n°10 : Responsable sécurité

FICHES REFLEXES DU PERSONNEL MEDICAL ET SOIGNANT AFFECTE A L'ACCUEIL DES VICTIMES

- Fiche réflexe n°11 : IDE du Service d'Accueil des Urgences
- Fiche réflexe n°12 : Médecin du tri
- Fiche réflexe n°13: Personnel soignant des zones UA, UR et PIVD
- Fiche réflexe n°14 : Psychologues et médecin psychiatre
- Fiche réflexe n°15 : Bloc opératoire

FICHES REFLEXES DES PERSONNELS DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES

- Fiche réflexe n°16 : Aide-soignant de la stérilisation
- Fiche réflexe n°17 : Cadre de santé « Brancardage »
- Fiche réflexe n° 18 : Pharmacien

FICHES REFLEXES DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

- Fiche réflexe n°18 : Agent du standard
- Fiche réflexe n°19 : Agent administratif affecté au tri et à l'accueil des victimes
- Fiche réflexe n°20 : Agent administratif affecté aux zones de prise en charge des victimes:
UA-UR-PIVD
- Fiche réflexe n°21 : Responsable cuisine et magasin

BOUVIER-MULLER	Gaëlle	Octobre 2017
Directeur d'hôpital Promotion 2016-2017		
Le directeur à l'épreuve des nouveaux risques : enjeux de la sécurisation des établissements de santé		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
<p>Résumé :</p> <p>La sécurisation des établissements de santé, obligatoire depuis la fin de l'année 2016, n'est pas sans poser question.</p> <p>La persistance de la malveillance et de la violence en établissement de santé, conjuguée à l'apparition de nouveaux risques tels que le terrorisme et les attentats, entraîne une demande de sécurité croissante.</p> <p>L'hôpital, institution centrale de la société française n'échappe pas, et c'est bien normal, à cette exigence normative.</p> <p>Si la communauté hospitalière, et notamment les dirigeants, n'est pas encore aguerrie à ce concept de sécurité autre que sanitaire, il n'en demeure pas moins que les clés de la réussite résident dans la mise en place d'une politique globale de sécurité. En effet, face à l'enjeu, la sécurité se doit d'être intégrée dans le projet d'établissement et déclinée dans tous les axes stratégiques de la politique managériale.</p> <p>Idéalement, le concept de sécurité globale se décline par l'intermédiaire de trois plans opérateurs (plan blanc, PSE et PCA), qui, pilotés par une équipe pluri professionnelle, se complètent habilement afin de sécuriser l'hôpital dans ses différentes composantes.</p> <p>Pour autant, la mise en œuvre est complexe, non seulement parce qu'il est nécessaire de revoir les modes de financements qui sont nécessaires, mais aussi parce que la culture de de la sécurisation, en établissement de soins, fait défaut.</p> <p>En outre, la formalisation des GHT, si elle représente une belle opportunité pour la sécurisation des établissements de santé, laisse pour l'instant un flou quant aux possibilités de mutualisation.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Sécurité, sureté, sécurisation, plan blanc, plan de sécurisation d'établissement, plan de continuité d'activité, risques, menaces, vulnérabilités, établissement de santé, politique de sécurité</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		