



Université de Rennes 1  
Faculté de Droit et de Science Politique  
École des Hautes Études en Santé Publique

**Master 2 Droit de la Santé**  
**Parcours « Droit et éthique des professions et des institutions de santé »**

## *Le directeur d'hôpital face à l'attentat terroriste*

---

Jean-Malo DÉAN  
SEPTEMBRE 2018

Sous la direction de Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1

Membres du jury :

- Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1 (directeur de mémoire et co-directeur de Master).
- Monsieur le Docteur Renaud BOUVET, chef du service de médecine légale et médecine pénitentiaire du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, Médecin légiste et Docteur en droit, Faculté de médecine et Institut du droit public et de la science politique, Université de Rennes 1.





Université de Rennes 1  
Faculté de Droit et de Science Politique  
École des Hautes Études en Santé Publique

**Master 2 Droit de la Santé**  
**Parcours « Droit et éthique des professions et des institutions de santé »**

## *Le directeur d'hôpital face à l'attentat terroriste*

---

Jean-Malo DÉAN  
SEPTEMBRE 2018

Sous la direction de Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1

Membres du jury :

- Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1 (directeur de mémoire et co-directeur de Master).
- Monsieur le Docteur Renaud BOUVET, chef du service de médecine légale et médecine pénitentiaire du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, Médecin légiste et Docteur en droit, Faculté de médecine et Institut du droit public et de la science politique, Université de Rennes 1.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à ma directrice de mémoire, Madame le Professeur MOQUET-ANGER, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Plus largement, je tiens à la remercier pour les enseignements qu'elle nous a dispensés avec passion ces deux dernières années.

Je tiens également à remercier mes maîtres de stage et les membres de leurs équipes. Tous ont su répondre à mes questionnements théoriques et m'enseigner leur adaptation pratique. Je retiens de ces stages l'importance primordiale de l'opérationalité des dispositifs. Ces échanges m'ont permis de mettre en perspective le Droit :

- Monsieur David POTIER, directeur des ressources humaines du Centre Hospitalier Guillaume Régnier à Rennes, pour m'avoir fait découvrir le plan blanc d'établissement.
- Madame Brigitte ALGRAIN, directrice qualité, gestion des risques et relation avec les usagers du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, et son équipe, en particulier Madame Séverine MORILLE, ingénieure qualité.
- Monsieur Guillaume BRELIVET, responsable du pôle régional de défense sanitaire à l'Agence Régionale de Santé Bretagne et son équipe, en particulier Monsieur Christophe VALNET, ingénieur d'études sanitaires, et le Docteur Gwenaëlle CONAN.
- Madame Delphine COLLE, cheffe du bureau de préparation aux crises au service de veille et de sécurité sanitaire à la Direction générale de la santé, et Pauline MAGNE son adjointe, ainsi que tous les professionnels qui les accompagnent. C'est avec honneur que j'ai pu rencontrer les penseurs du système sanitaire en situations sanitaire exceptionnelle.

Je remercie le Docteur Renaud BOUVET, Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, et Monsieur Christophe VAN DER LINDE, Enseignant Chercheur à l'École des Hautes Études en Santé Publique, pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

J'adresse mes remerciements à tous les autres professionnels qui ont accepté de me consacrer de leur temps précieux pour répondre à mes (très) nombreuses questions. Ces échanges ont participé, directement ou indirectement, à la construction de ce mémoire.

Enfin, je remercie mon frère Amaury DEAN pour sa relecture.

## **INTRODUCTION**

### **PARTIE 1 : LA RESPONSABILISATION DU DIRECTEUR D'HÔPITAL AU STADE DE LA PREPARATION DE LA CRISE**

**CHAPITRE 1 :** Une préparation face à la menace terroriste largement assurée et assumée par le directeur d'hôpital

**CHAPITRE 2 :** Une préparation en partie assistée par de multiples acteurs

### **PARTIE 2 : LE DIRECTEUR D'HÔPITAL : ACTEUR INTEGRE DANS LA GESTION DE CRISE SELON UN PRINCIPE DE SUBSIDIARITE**

**CHAPITRE 1 :** L'exercice par le directeur d'hôpital de compétences exclusives

**CHAPITRE 2 :** Le partage ou le transfert de compétences : le directeur d'hôpital en appui d'autorités extérieures

## **CONCLUSION**

---

## *Table des abréviations*

---

AMAVI : Afflux MASSif de Victimes

APJ : Agent de Police Judiciaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSZ : Agence Régionale de Santé de Zone de défense et de sécurité

CAF : Centre d'Accueil des Familles

CAI : Centre d'Accueil des Impliqués

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCH : Cellule de Crise Hospitalière

CCC : Cellule Centrale de Crise

CCL : Cellule de Crise Locale

CCS : Centre de Crise Sanitaire

CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIC : Cellule Interministérielle de Crise

CIP : Cellule d'Information du Public

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

COD : Centre Opérationnel Départemental

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

COS : Commandant des Opérations de Secours

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de la Santé Publique

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DOS : Directeur des Opérations de Secours

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EIA : Espace d'Information et d'Accompagnement des victimes d'actes de terrorisme

EPI : Équipement de Protection Individuelle

ES : Établissement de Santé

ESR : Établissement de Santé de Référence

FSI : Forces de Sécurité Intérieure

FGTI : Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions

IEP : Identifiant Externe du Patient

IPP : Identifiant Permanent du Patient

NOVI : NOmbreuses Victimes

OPJ : Officier de Police Judiciaire

ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

PB : Plan Blanc d'établissement

PCA : Plan de Continuité d'Activité

PSE : Plan de Sécurité d'Établissement

PSM : Poste Sanitaire Mobile

PUMP : Poste d'Urgence Médico-Psychologique

RETEX : RETour d'EXpérience

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SGDSN : Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale

SINUS : Système d'Information NUMérique Standardisé

SIVIC : Système d'Information pour le suivi des VICtimes

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV : Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes

VSS : Veille et Sécurité Sanitaire

## INTRODUCTION

« *Il ne peut pas y avoir de crise la semaine prochaine : mon agenda est déjà plein* ». Cette formule d'Henry Alfred KINSSINGER est applicable à toute personne ayant des responsabilités professionnelles et sujette à la gestion de crise : surchargé par les problèmes du quotidien, le manager n'a que peu de temps à consacrer aux menaces à faible probabilité de réalisation. L'attentat terroriste, aujourd'hui réalité sur le territoire français, commande pourtant au directeur d'hôpital (DH) d'organiser la gestion d'un afflux massif de victimes à l'hôpital, et ce quelque soit l'état de saturation de son agenda.

Selon une définition fonctionnelle donnée par l'article L.6111-1 du code de la santé publique (CSP), les établissements de santé sont des personnes morales de nature publique, privée ou d'intérêt collectif qui « *assurent [...] le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes* ». À la tête de chacun de ces hôpitaux se trouve un directeur. Initialement le directeur d'hôpital (qui souvent était un médecin) disposait d'un pouvoir très relatif : il était « *un agent, appointé par l'établissement, [...] chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative* »<sup>1</sup>. La loi Boulin du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a fait le choix de donner plus d'importance à ce personnage. Dans son article 20 elle indiquait que les établissements d'hospitalisation publics « *sont administrés par un conseil d'administration et [...] par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration* ». Ce conseil d'administration présidé par le maire de la commune siège de l'établissement délibérait sur des sujets essentiels (budget, acquisitions et aliénations des biens de l'hôpital, règlement intérieur, création ou suppression de services, ...), et les décisions prises étaient mises en œuvre par le directeur<sup>2</sup>. Mais la loi pris le soins d'indiquer à son article 22 que le directeur était également « *compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles [soumis à délibération du conseil d'administration]* ».

Cette prise de pouvoir par le directeur s'est poursuivie au fil des réformes hospitalières, poussée par une volonté politique affichée. En 2008 Nicolas SARKOZY, Président de la République, avait déclaré qu'il fallait « *à l'hôpital public un patron et un seul*<sup>3</sup> ». La loi Bachelot du 21 juillet 2009<sup>4</sup> lui en donne les moyens. Le conseil d'administration est transformé en un « conseil de surveillance »

---

1 Article 13 de la loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils.

2 Articles 20 et s. de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

3 Déclaration de M. Nicolas SARKOZY, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital, à Neufchâteau le 17 avril 2008 lors d'un déplacement en province sur le thème de l'organisation et des missions de l'hôpital : « *La gouvernance de l'hôpital public doit être réformée. Alors là on arrive dans le dur et pourtant, c'est si facile à comprendre. Il faut à l'hôpital public un patron et un seul, excusez-moi. Ce patron, c'est le directeur* ».

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



composé de représentants des collectivités territoriales, des usagers et du personnel médical et non médical. Le poids politique du maire à l'hôpital s'efface quelque peu puisqu'il n'est plus le seul à pouvoir prétendre à la fonction de président du conseil d'administration. Conformément à l'article L.6143-1 du CSP, « *le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère [sur des questions se rapportant à 8 domaines]* <sup>5</sup> » et il « *donne son avis [sur d'autres sujets]* ». Le conseil de surveillance n'a donc que des compétences d'attribution. Le directeur lui, dispose de la compétence générale au sein de l'établissement : l'article L.6143-7 du CSP indique que « *le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement* ». Pour mener à bien cette mission, le directeur est accompagné d'un « directoire », qui est une instance de concertation et de préparation des décisions. Sa consultation est obligatoire pour certains sujets limitativement énumérés à l'article L.6143-7 alinéa 7. Le directeur d'hôpital exerce donc des « compétences partagées » avec le conseil de surveillance et/ou le directoire. Dans tous les domaines qui ne relèvent ni du conseil de surveillance, ni du directoire, le directeur détient des « compétences propres » et peut décider seul. Bien entendu, il s'agit là de l'organisation légale d'un établissement public de santé. Les établissements de santé privés peuvent opter pour une organisation différente.

La loi Touraine du 26 janvier 2016<sup>6</sup> n'apporte pas de changement majeur dans le statut du directeur. Formé à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)<sup>7</sup>, il est en principe « *nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion (CNG), sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance* »<sup>8</sup>. Mais il peut aussi être nommé « *par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche* » s'il s'agit d'un centre hospitalier universitaire.

Aujourd'hui, on attend de lui qu'il soit un gestionnaire du « quotidien » mais également un gestionnaire de « crise ». Afin d'assurer ces nouvelles missions, le directeur doit identifier les menaces qui font peser sur l'hôpital un risque. Un risque peut se définir comme l'éventualité de survenue d'un événement pouvant causer un dommage. Cette notion intègre donc une dimension probabiliste. La plupart de ces risques sont « sanitaires », c'est à dire qu'ils concernent l'hygiène ou

---

5 Notamment le conseil de surveillance vote le projet d'établissement, document définissant la politique de l'hôpital. Mais ce projet est rédigé par le directoire et mis en œuvre par le directeur.

6 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

7 Conformément à l'article 1 de l'arrêté du 15 avril 2003 fixant les modalités de formation théorique et pratique des élèves directeurs pour l'accès aux emplois du personnel de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, l'élève directeur d'hôpital bénéficie une « *période d'enseignement, d'une durée totale de quatorze mois, et des périodes de stages, d'une durée totale de treize mois* ».

8 Article L.6143-7-2 du CSP.

la santé. Ils sont soit endogènes (internes à l'hôpital : risque infectieux notamment), soit exogènes (externes à l'hôpital : risque d'un événement entraînant de nombreux malades qui seront dirigés à l'hôpital). Naturellement, ces risques sanitaires peuvent entraîner d'autres risques de nature différente (par exemple, derrière un risque sanitaire il y a un risque politique et médiatique). Une fois cette menace identifiée, le directeur doit tout mettre en œuvre pour limiter la réalisation du risque, et en affaiblir les conséquences.

Malgré les mesures prises par le directeur, un risque peut se réaliser. Si ses conséquences ont des effets graves sur le fonctionnement de l'hôpital, alors on parle de « crise ». Certains événements débouchent nécessairement sur une « crise » parce qu'ils ont par nature des conséquences « graves ». D'autres ne sont pas graves en eux-mêmes, mais leur mauvaise gestion débouche sur une « crise ». Parce qu'elle s'attache à la gravité (difficilement mesurable, surtout lors de sa réalisation), la notion de crise est donc subjective. Le dictionnaire juridique CORNU indique qu'« *une crise est une situation troublée qui, en raison de sa gravité, justifie des mesures d'exception* »<sup>9</sup>. Cette crise, le directeur doit la « gérer ». Autrement dit, il doit mettre en œuvre toute une série de mesures adaptées afin de mettre un terme au désordre<sup>10</sup>. La question peut toutefois se poser de savoir si un événement grave mais parfaitement géré peut ou non être qualifié de « crise » ? Dès lors que l'hôpital doit bouleverser son mode de fonctionnement habituel, il faut considérer qu'il y a « crise ». Dans certains cas, une « crise sanitaire » peut également être qualifiée de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE). L'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles<sup>11</sup> définit la SSE comme « *la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise* ». Une situation sanitaire exceptionnelle peut résulter d'un événement climatique (canicule, grand froid), d'une perturbation environnementale (épisode de forte pollution), d'un événement NRBC (nucléaire, radiologique, biologique ou chimique), ou d'un afflux massif de victimes (effondrement de bâtiments, accident de la route entraînant de nombreuses victimes, attentat terroriste, ...).

---

9 CORNU, G., *Vocabulaire juridique*, 10<sup>e</sup> éd., P.U.F, 2014 (Publication de l'Association Henri Capitant).

10 Christophe ROUX-DUFORT indique à ce propos : « *Dans le terme « gestion de crise » sont associés deux termes antagonistes. La crise qui, par définition, déborde des capacités de compréhension et d'action, et la gestion qui porte les germes du contrôle et de la maîtrise des événements. Est-il possible de contrôler l'incontrôlable ? Pas toujours [...]* », in Continuité, anticipation et résilience, *Sécurité et stratégie* 2014/3 (18), p. 5-11.

11 Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » de 2017 sur l'année 2016 (bilan annuel de la victimation) indique que « le terrorisme est aujourd'hui la première source de préoccupation des français, devançant le chômage et la précarité de l'emploi, la santé, l'environnement, la délinquance, la pauvreté, la sécurité routière, le racisme et la discrimination ». Le mot terrorisme vient du latin « *terror* » (terreur, effroi). Le code pénal érige l'acte de terrorisme en infraction. La définition donnée par les articles 421-1 et 421-2 est finaliste : il s'agit d'actes qui ont toujours « *pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur* ».

Cette définition du terrorisme se rapproche de la définition de l'attentat qui est, pour une entreprise terroriste, le passage à l'acte ultime. L'article 412-1 du code pénal érige l'attentat en infraction : « *constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national* ». Il est difficile d'envisager qu'un attentat ne soit pas terroriste<sup>12</sup>. En revanche, certains actes sont qualifiés de terroristes alors qu'ils ne causent pas directement de dommage, et ne peuvent donc pas être qualifiés d'attentats. Le législateur a choisi de faire du terrorisme une « infraction obstacle » : un acte qui s'aventurerait sur le chemin du crime (*iter criminis*) terroriste pourrait être qualifié de terroriste (dans la perspective de commettre un attentat : *vol, recel, blanchiment, ...*).

Le code pénal vise toutes les formes de terrorisme connues. Sa forme traditionnelle est l'attentat balistique, l'attentat à l'arme blanche ou l'attentat à la voiture bélier. Selon l'article 421-1 du code pénal, « *Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles 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 [...] 1° Les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne [...]* ». C'est cette forme de terrorisme qui a sévi en France ces dernières années. Le terrorisme a également su s'adapter à l'évolution des technologies. Les cyber-attaques sont de plus en plus nombreuses. Aussi, l'article 421-1 vise également « *2° [...] les infractions en matière informatique définies par le livre III du présent code* ». Enfin, l'article 421-1 ajoute à cette énumération les actes terroristes NRBC : nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques. L'attentat au gaz sarin dans le métro de Tokyo le 20 mars 1995 a montré que ce volet NRBC constitue une véritable menace.

Le passage à la posture « Sécurité renforcée – Risque attentat » du plan Vigipirate en 2017 témoigne de la menace terroriste qui pèse sur la France. Dans son rapport, la Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le

---

<sup>12</sup> L'attentat à la pudeur n'est pas terroriste, mais ne correspond pas à la définition de l'attentat donnée par l'article 412-1 du code pénal.

terrorisme depuis le 7 janvier 2015 indiquait tristement que « *L'année 2015 restera à jamais endeillée par une série d'attaques coordonnées depuis le 7 janvier jusqu'au 13 novembre, totalisant le nombre de victimes le plus élevé sur notre sol depuis la fin de la seconde guerre mondiale* »<sup>13</sup>. La survenance d'un attentat entraîne *de facto* une crise. Celle-ci se déclinera en plusieurs volets selon la nature et la gravité de l'attentat.

Dans un pareil contexte, la crise politique est inévitable, puisque le gouvernement a pour mission de protéger les citoyens. Il en va de même pour la crise médiatique, puisqu'elle est alimentée par le fait politique, et l'alimente en retour.

Les services de défense nationale seront intensément mobilisés. L'armée et la police devront identifier l'origine de l'attentat, neutraliser les assaillants s'il y a lieu, puis prévenir la survenue d'un nouvel attentat.

S'agissant du volet sanitaire, il n'y aura « crise » que si, au moment de l'attentat, le nombre de victimes est trop important pour être absorbé par les services de santé. Théoriquement, la prise en charge des victimes se déroule en deux temps et en deux lieux distincts.

La première phase de prise en charge se situe sur la zone où s'est déroulé l'attentat (« chantier »), et relève des services pré-hospitaliers. Interviendront sur cette zone les forces de sécurité civile (sapeurs-pompiers) et les services mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) (médecins et infirmiers). Ces professionnels auront pour mission de dénombrer et de trier les victimes selon la gravité de leur état de santé. Ils leur prodigueront ensuite les premiers soins de secours. Dans ce cadre, un poste médical avancé (PMA) pourra être mis en place afin de stabiliser l'état des victimes pour les évacuer ensuite (doctrine « *stay for stabilize and carry away* »). Mais le PMA est une cible potentielle pour un sur-attentat. Aussi, sa mise en place n'est plus automatique : les acteurs du pré-hospitalier s'orientent de plus en plus vers un transport le plus rapide possible à l'hôpital (doctrine du « *scoop, care, sort and run* »). Quelle que soit la doctrine de prise en charge pré-hospitalière choisie, les victimes seront transportées à l'hôpital grâce à des norias d'évacuation assurées par les véhicules de secours et d'aide aux victimes (VSAV), les SMUR et les transporteurs privés requis.

La seconde phase de prise en charge se situe à l'hôpital. Dans les établissements de santé, les victimes débiteront un parcours de soin adapté à leur état de santé (réanimation, opération chirurgicale en urgence avec reprise chirurgicale le cas échéant, mise en observation...). L'hôpital s'est récemment adapté à la nature de la crise terroriste, puisque aux côtés de ces soins physiques, des soins psychiques sont à présent dispensés. Chaque département dispose désormais d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP). Composées de psychologues et de psychiatres, les

---

<sup>13</sup> Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, n°3922, 5 juillet 2016, Tome 1, p. 11 : avant-propos de M. Georges FENECH, président de la commission d'enquête.

CUMP pourront intervenir dans les murs de l'hôpital afin de s'entretenir avec les victimes directes ou indirectes de l'attentat (des postes d'urgence médico-psychologique (PUMP) pourront être installés dès le pré-hospitalier). La présente étude ne développera pas cette prise en charge spécifique. Mais il est de la responsabilité du directeur d'hôpital d'assurer la protection de la santé physique et mentale de ses agents. Le personnel hospitalier pourra donc lui aussi bénéficier de ces soins... D'ailleurs, dans les jours qui ont suivi le 13 novembre 2015, certaines institutions ont rendu obligatoires des entretiens avec la CUMP (lorsqu'ils sont facultatifs, il y a un risque à ce que ceux qui en ont besoin déclinent l'aide pour ne pas laisser voir aux collègues ce qu'ils considèrent comme une faiblesse).

Tous ces volets de la crise, déployés par plusieurs institutions, doivent incarner la notion de « résilience » de la Nation française. Un matériau est résilient lorsqu'il est capable de résister aux chocs. À l'échelle individuelle, le cerveau humain devra faire preuve de résilience pour dépasser le traumatisme. À l'échelle sociétale, ce sont les institutions et leurs organisations qui devront faire preuve de plasticité. Elles devront tout mettre en œuvre pour faire face au coup porté. Elles devront rester debout en toute circonstance : neutraliser la menace, éviter de nouvelles atteintes, soigner les victimes pour limiter le nombre de décès et accompagner les survivants à court, moyen et long terme. À ce propos, l'indemnisation des victimes d'actes de terrorismes ne sera pas évoquée dans cette étude (assurée par le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions liées, appelé FGTI). Les débats juridiques relatifs à cette indemnisation méritent en eux-même une analyse<sup>14</sup>. La résilience est une notion qui implique en outre la capacité à apprendre et à capitaliser sur les événements. Si la résilience est incarnée par les acteurs de la crise (soignants, décideurs, citoyens), le Gouvernement souhaite lui donner une forme institutionnelle avec la création d'un Centre National de Ressources et de Résilience (CNRR)<sup>15</sup>.

À l'échelle de l'hôpital, c'est le directeur qui est responsable de la plasticité hospitalière en cas d'attentat : l'établissement doit être en mesure d'absorber l'afflux massif des victimes qui lui sont adressées. Le directeur doit assurer la montée en puissance de son organisation, sans perdre de vue qu'il s'inscrit dans une démarche beaucoup plus globale : la gestion de la crise terroriste (Annexe 1). Le directeur participe donc à la construction d'une réponse globale de l'État français face à

---

14 Institut de l'Ouest : Droit et Europe (IODE), *L'indemnisation et la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme de masse* : colloque, Mardi 3 avril 2018, Couvent des Jacobins, Rennes. PESCHANSKI, D., PIERRE, P., KLEIN-PECHANSKI, C., CARTRON, H.

15 Décision prise lors du Comité interministériel de l'aide aux victimes, 10 novembre 2017. L'appel à projet vient d'être lancé (Instruction n°2018-01 relative à l'appel à projet national pour l'identification du Centre national de ressources et de résilience ; NOR : JUST1819447J).

l'attentat. Pour apporter la réponse la plus adaptée, les différents acteurs devront coopérer efficacement.

La présente étude n'a pas vocation à décliner tous les aspects de la crise terroriste. Même si globalement les logiques de prises en charge sont communes à l'attentat classique, l'attentat NRBC mobilise des connaissances physiques et médicales pointues. Les efforts déployés par les directeurs des grands hôpitaux français en la matière sont de plus en plus conséquents (acquisition d'équipements de protection individuelle, formation à la décontamination, postes sanitaires mobiles, ...). La prise en charge NRBC soulève quelques interrogations juridiques et éthiques. Notamment, un patient contaminé biologiquement ne pourra pas pénétrer au sein de l'établissement de santé (et donc recevoir les soins les plus adaptés) tant qu'il n'a pas été décontaminé à l'extérieur.

Cette étude n'envisagera pas non plus la cyber-attaque. Il s'agit pourtant d'une problématique éminemment sensible, qui peut rapidement mettre en déroute une organisation hospitalière de plus en plus dépendantes des nouvelles technologies (vol de données de santé, panne informatique, coupure des systèmes de communication pendant une crise, prise de contrôle des machines en bloc opératoire...). Un mémento à l'usage du directeur d'établissement de santé a été réalisé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour l'appuyer dans sa gestion du risque numérique<sup>16</sup>. Les formes les plus courantes d'attentat sont l'attentat balistique, par explosion, par arme blanche ou au moyen d'une voiture bélier. Bien qu'il s'agisse de spécialités médicales différentes (les plaies par balle ne se soignent pas de la même façon que les lésions de blast), le mécanisme de « montée en puissance » de l'hôpital est identique. Ce sont ces attentats qui seront visés dans cette étude.

La relation entre l'attentat terroriste et l'hôpital n'était, auparavant, appréhendée que par les gestionnaires de risque chargés de la rédaction du plan blanc. Cette question préoccupe désormais le directeur. Qu'il exerce en milieu urbain ou en milieu rural, qu'il soit directeur général ou directeur fonctionnel, le directeur d'hôpital sait aujourd'hui qu'il aura potentiellement à gérer, à son échelle, une crise terroriste.

Face à cette nouvelle mission, le décideur se posera la question suivante : *dans quelle mesure le directeur d'hôpital apporte-t-il une réponse adaptée face à un attentat terroriste ?*

Plusieurs études ont déjà été menées sur le sujet, notamment après les attentats du 13 novembre 2015. Si elles ont largement abordé les questions de montée en puissance de l'établissement de santé, rares sont celles qui se sont focalisées sur le rôle du directeur en gestion de crise. Les études juridiques sont quant à elles quasiment inexistantes. Cela s'explique aisément : s'agissant d'une problématique nouvelle, les règles applicables sont principalement issues de

---

<sup>16</sup> *Mémento de Cybersécurité à l'usage du directeur d'établissement de santé : connaître vos risques pour mieux y faire face*, Ministère des Affaires sociales et de la santé (DGOS), 2017.

dispositions très générales.

Juridiquement, le directeur occupe une place essentielle à l'hôpital : il est celui qui décide, et celui qui est responsable. En gestion de crise, ces deux facettes sont accentuées : les décisions devront être prises rapidement, et elles seront lourdes de conséquences. Pour répondre à l'afflux massif de victimes, il est possible que le Droit ait étendu le champ de ses compétences ou lui en ait attribuées de nouvelles. Il se peut aussi qu'il lui en ait retirées puisque le directeur devra coopérer avec une pluralité d'acteurs (le directeur n'est plus face à un patient *stricto sensus* : il est face à une victime d'attentat terroriste, et participe à ce titre à la mise en place d'une réponse globale de l'État).

La présente étude tente de concilier Droit et pratique. Aussi, l'étude des textes et des doctrines s'est accompagnée de la réalisation de trois stages, aux trois principaux échelons de la machine administrative en SSE. Le premier en établissement de santé (CHU), dans le service chargé de préparer le plan blanc d'établissement. Le deuxième en Agence Régionale de Santé (ARS), au sein du service en charge du pilotage et de la planification de la réponse régionale du système de santé en cas de SSE. Le troisième au bureau de préparation de crises sanitaires, au sein du ministère de la santé (Direction générale de la santé), service chargé d'élaborer la doctrine nationale du système de santé en SSE, et d'apporter un appui au pilotage en cas de crise. Les entretiens menés avec les professionnels de terrain concernés montrent combien le Droit peut sembler superfétatoire en de pareilles circonstances (Annexe 2). S'il fallait résumer en un seul mot l'objectif de tous ces professionnels, ce serait celui « d'opérationnalité ». Les questions juridiques sont donc, et c'est heureux, reléguées au second plan. Pour autant, elles ne méritent pas d'être oubliées. Le Droit permet de définir le domaine de compétences respectives de chacun des acteurs, ce qui rend la gestion de crise plus aisée. Son caractère impératif assure l'obéissance aux ordres, ce qui ne l'empêche pas de rechercher un équilibre entre les droits et les obligations de chacun (institutions, victimes, familles et proches des victimes). Le rôle du juriste peut s'appréhender d'une autre manière : il doit identifier les situations potentiellement problématiques et les résoudre pour ne pas qu'elles se posent en pratique. Il lui faut pour cela à la fois comprendre l'organisation théorique du système de crise, et être à l'écoute du terrain. Certains problèmes théoriques se résolvent en pratique grâce au bon sens et à la coopération (en particulier à l'hôpital, lieu irrigué par un fort esprit de solidarité). D'autres problèmes invitent à l'aménagement des pratiques, avec ou sans l'appui du Droit.

Le critère de la temporalité est le plus pertinent pour procéder à l'analyse du rôle du directeur d'hôpital face à l'attentat terroriste. En amont de l'attentat, le directeur doit préparer la réponse de son établissement de santé, avec l'appui stratégique de multiples autorités (Partie 1). En situation sanitaire exceptionnelle, le directeur devra piloter la crise au sein de son établissement tout en appuyant d'autres autorités dans l'exercice de leurs compétences (Partie 2).

## **PREMIERE PARTIE**

### **La responsabilisation du directeur d'hôpital au stade de la préparation de la crise**

Le directeur d'hôpital a pour mission de préparer du mieux possible la réponse de son établissement à l'éventualité d'un attentat terroriste. Cette tâche peut paraître au premier abord extrêmement lourde comparée à la probabilité de réalisation du risque. D'aucuns pourront parler de « perte de temps », de « perte d'argent » ou de « fantaisie ». Néanmoins, l'anticipation est la condition indispensable d'un pilotage de crise efficace.

En réalité, derrière cette volonté politique se cache un calcul de qualitatif. Si la probabilité de réalisation du risque est effectivement très faible, les conséquences de sa réalisation peuvent elles s'avérer très importantes. Aussi, le risque attentat a été identifié par les autorités étatiques comme nécessitant une réelle préparation des établissements de santé.

La notion de résilience, souhaitée par la Nation française, ne peut exister que si le système de santé est prêt à absorber les blessés et ainsi limiter le nombre de décès.

Ce sont les professionnels de santé de l'hôpital qui seuls dispenseront les soins aux victimes. Il convient de les préparer à un tel afflux de blessés. Responsable de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital, et bénéficiant d'une autorité sur ces professionnels, le directeur d'hôpital est par conséquent l'autorité idoine pour préparer en amont la gestion de crise. Qui plus est, le directeur jouera lui aussi un rôle majeur pendant la crise.

L'ordre public n'étant pas encore troublé, rien ne justifie un partage ou un transfert de ses compétences vers une autre autorité (le préfet notamment). Il est l'unique responsable de cette préparation (Chapitre 1).

En revanche, il est certain que le directeur n'est pas en capacité de réaliser correctement cette mission seul. Des autorités extérieures vont lui prêter main forte, notamment d'un point de vue logistique. Outre le moyen de s'assurer que le directeur se prépare bien à l'éventualité d'une crise, cela permettra aux autorités de penser de façon globale la réponse du système de santé face à cette menace (Chapitre 2).



# **CHAPITRE 1 : Une préparation face à la menace terroriste largement assurée et assumée par le directeur d'hôpital**

Parce qu'il dirige la politique générale de l'établissement, le directeur est l'autorité la plus à même de préparer l'établissement de santé à répondre à la menace terroriste.

Se préparer à la survenance d'un événement c'est l'anticiper. S'il est vrai que le directeur doit se préparer lui-même à la survenance d'un tel événement, il lui revient surtout la tâche de préparer son institution et ses équipes (Section 1).

Classiquement, la compétence a pour revers la responsabilité. Le directeur est responsable de la bonne préparation de son établissement. Cette responsabilité a une fonction principale : inciter (contraindre ?) le directeur à exercer ses compétences avec le plus de rigueur possible, de sorte que l'institution soit la plus à même de faire face à la menace (Section 2).

## **SECTION 1 : Des compétences juridiquement détenues par le directeur d'hôpital mais en pratique déléguées à ses subordonnés**

La préparation de la réponse à un attentat nécessite la définition d'un cap, d'une politique. Puisqu'il conduit la politique générale de l'établissement, c'est au directeur que revient cette mission (§1). Comme toute politique, la préparation à l'attentat se décline en actions et en programmes. Pour une réponse efficace, ces derniers devront être pertinents et tenir compte les uns des autres. Ils seront menés au quotidien par les agents de l'établissement (§2).

### **§ 1) La mise en place d'une dynamique propice à la gestion des SSE**

Pour créer une dynamique propice à la gestion des crises au sein de son établissement, le directeur va définir une politique d'établissement (A) et va s'efforcer d'identifier un budget « situations sanitaires exceptionnelles », intitulé large qui comprend entre autres l'afflux massif de victimes ayant pour origine un attentat (B).

#### **A – L'indispensable définition d'une politique d'établissement tournée vers la gestion de crise**

Il y a de réels enjeux pour le DH à affirmer son plein engagement dans la gestion de crise (1). Force est de constater que cette dynamique n'existe pas encore dans tous les établissements (2).

### 1) Les enjeux d'une politique de gestion de crise clairement affichée

Conformément à l'article L.6143-7 du code de la santé publique (CSP), le directeur d'hôpital « conduit la politique générale de l'établissement ». Sous le prisme du Droit, cette disposition est interprétée comme conférant au directeur une « compétence générale », « de principe ». En l'absence de texte désignant explicitement une autorité chargée de la préparation des SSE au sein de l'établissement, c'est bien au directeur que revient cette tâche.

Afin de définir une politique en faveur de la préparation aux SSE, le DH peut en faire mention dans le projet d'établissement, avant de le soumettre pour délibération au conseil de surveillance<sup>17</sup>. Cette dynamique pourra également être inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'établissement de santé en la personne de son directeur et l'agence régionale de santé (ARS) en la personne de son directeur général<sup>18</sup>.

Plus qu'une simple définition de cette politique, le directeur est chargé de la *conduire*. Cela signifie qu'il doit à la fois inscrire ses équipes dans la dynamique de gestion de crise, et s'assurer qu'elles disposent des moyens suffisants pour le faire. Comme le rapportent les équipes de terrain, sans le soutien de leur Direction elles ne peuvent mener à bien la préparation de la crise au sein de l'établissement. Le risque que les équipes porteuses de projets SSE s'essouffent est d'autant plus important que, si elle est ancienne dans les textes, la culture SSE ne s'infuse que depuis peu dans les hôpitaux. Aussi, il est possible que les équipes médicales, soignantes et administratives aient du mal à adhérer aux projets menés par les responsables SSE : la survenue d'un attentat relève encore pour certains de la « fiction ».

Le caractère novateur de cette dynamique doit amener le directeur à insister avec encore plus de vigueur sur cette politique. L'enjeu principal est ici l'acculturation des équipes à la gestion de crise. Ce processus s'inscrit dans la durée par des actions répétées, de la pédagogie et une politique d'établissement affichée.

Dans tous les cas, la politique de préparation de crise devra être globale et transversale. Globale parce que la survenue d'un attentat mobilise l'établissement de santé dans sa quasi-totalité. Transversale parce que chaque projet mené à l'hôpital devra s'efforcer de prendre en compte la dimension « gestion des situations sanitaires exceptionnelles ». Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes par exemple, les équipes en charge du projet de reconstruction du CHU sur le site de Pontchaillou ont pris en compte, parmi de nombreux autres critères, les aspects logistiques du plan blanc d'établissement<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Articles L.6143-7, alinéa 7, 11° et L.6143-1 du CSP.

<sup>18</sup> Articles L.6143-7, alinéa 7, 1° et L.6114-2 du CSP.

<sup>19</sup> Dossier de presse – Projet de reconstruction du CHU de Rennes sur le site de Pontchaillou – Rennes, 22 juin 2017 : « En outre, l'opération permettra d'aménager le « parvis des urgences », offrant une façade unique pour l'ensemble des prises en charge d'urgence et structurant l'ensemble des circuits nécessaires dans le cadre de la gestion des

Enfin, la réalisation de l'aléa étant par nature incertaine, les équipes risquent de se démobiliser rapidement au profit des problèmes quotidiens, qui eux sont certains<sup>20</sup>. Cela doit inviter le directeur à redoubler de vigilance et à afficher ostensiblement la dynamique de gestion de crise vers laquelle il tend.

## 2) Une réalité encore hétérogène selon le secteur géographique et la typologie de l'établissement

Malgré son caractère obligatoire et la bonne volonté du directeur, l'intensité de la politique menée en faveur de la gestion de crise dépendra de plusieurs facteurs.

Au regard de ses moyens et de son secteur géographique, l'établissement est plus ou moins en mesure d'accueillir un afflux massif de victimes balistiques (existence d'un service d'urgence, d'un plateau technique, ...). En cas d'attentat, les victimes seront dirigées vers l'établissement de santé le plus adéquat. En conséquence, plus la probabilité que les victimes soient dirigées vers son hôpital est élevée, plus la politique du directeur en matière de préparation de crise devra être volontariste.

Cette probabilité que l'établissement ait à faire face à une multitude de victimes est retranscrite dans le dispositif ORSAN AMAVI. Ce document de planification régionale en cas d'afflux massif de victimes est réalisé par l'ARS. Il classe les établissements en plusieurs catégories<sup>21</sup>. Les « établissements de première ligne » disposent d'un service d'urgence et d'une structure de réanimation en mesure d'accueillir et de traiter les urgences absolues et relatives. Les « établissements de recours » sont ciblés en fonction de leur plateau technique et/ou de leur spécialisation. Ils sont en capacité de prendre en charge des victimes en appui de l'établissement impacté, ou de dispenser une médecine spécialisée (neurochirurgie, réanimation pédiatrique, ...). Les « établissements de repli » enfin, permettent aux établissements de première ligne et de recours de monter en puissance en absorbant certains de leurs patients ne nécessitant plus de soins aigus, mais ne pouvant pas rentrer à leur domicile. Naturellement, il est attendu des « établissements de 1<sup>ère</sup> ligne » qu'ils mènent une politique de gestion de crise plus intensive que les « établissements de recours » ou les « établissements de repli ». Cette classification a toutefois vocation à évoluer. Le futur « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein

---

*crises sanitaires (plan blanc risque attentat, risque NRBC, etc.) ».*

20 BATY, B., BLOCH, C., CLAVIER, J-B., et al..., *L'organisation hospitalière dédiée aux crises sanitaires (plan blanc) est-elle toujours d'actualité face aux nouvelles menaces ?* MIP Module interprofessionnel de santé publique. École des Hautes Études en Santé Publique (E.H.E.S.P.). Rennes : 2016 : « *L'assimilation de la crise à l'hôpital tend cependant aujourd'hui à déborder sur le quotidien des établissements de santé, tant la référence à une « crise permanente de l'hôpital » est devenue un lieu commun. L'oxymore dévoile cependant les limites du développement d'une culture de crise à l'hôpital. La place des difficultés quotidiennes laisse ainsi peu de latitude à la préparation aux situations exceptionnelles, malgré les outils développés ».*

21 *Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014.

des établissements de santé » remplace la notion d'établissement de « recours » par celle d'établissement « expert ». Ce changement devrait avoir des retombées positives sur le terrain, en clarifiant le rôle de chaque établissement et en facilitant la régulation des victimes par le SAMU. La définition donnée par le futur guide pour chaque type d'établissement est plus claire.

Sur cette base, le CPOM pourra fixer à l'établissement des objectifs qui retranscriront ces exigences.

Qui plus est, conformément à l'article R.3131-7 du CSP, « *Un arrêté du ministre chargé de la santé désigne, sur proposition de l'agence régionale de santé de zone, pour chaque zone de défense et de sécurité, un ou plusieurs établissements de santé de référence (ESR) pour les situations sanitaires exceptionnelles* ». Dans le cas où un établissement serait désigné comme l'un des douze ESR par l'arrêté en question<sup>22</sup>, la politique d'établissement devra être encore plus intensive puisqu'il sera en quelque sorte leader sur ces questions (des missions supplémentaires lui seront confiées telles que la formation, l'expertise et une prise en charge de victimes importante en cas de SSE)<sup>23</sup>. Outre la probabilité de survenance d'un attentat, la réussite de la politique dépendra en grande partie du budget qui lui est alloué.

## **B – L'identification problématique d'un budget SSE**

Si la définition de cette politique SSE dépend en grande partie de l'engagement du directeur, il sera rapidement confronté à la fâcheuse réalité économique. Un hôpital en grand déficit a d'autres politiques « prioritaires », tout aussi importantes à mener (mise en conformité des locaux avec les normes de sécurité, remplacement d'un matériel désuet, recrutement d'un médecin intérimaire pour assurer tant bien que mal la permanence des soins...). Qui plus est, le rapport coût/efficacité peut sembler démesuré pour des directeurs d'hôpitaux situés en zone rurale. Doivent-ils dédier un si grand budget à un événement à si faible probabilité de réalisation ?

Dans le budget SSE, devront être pris en compte des coûts matériels et des coûts humains. L'acquisition et l'entretien du matériel SSE est coûteux<sup>24</sup>. D'un point de vue humain, il faut former le personnel, mais aussi réaliser des exercices. Dans un CHU, un exercice de grande envergure peut représenter une dépense de 10.000 euros<sup>25</sup>. Or ces exercices ne font pas l'objet d'une enveloppe spécifique attribuée à l'établissement. La réalisation d'exercices AMAVI ne fait pas l'objet d'une tarification T2A, puisqu'il ne s'agit pas d'actes de soins à proprement parler (les actes de soins

---

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

23 Sur ces missions, voir les articles L.3131-9 et R.3131-8 du CSP.

24 Par exemple, les produits de santé contenus dans les postes mobiles (armoires plan blanc) doivent être renouvelés. Une bonne organisation permet toutefois d'en réduire drastiquement les coûts. Par exemple, en intégrant ces produits dans le circuit du médicament : *renouvellement des stocks avant péremption et utilisation dans la pratique quotidienne des produits retirés.*

25 Chiffre à ramener à l'échelle d'un petit hôpital, et pouvant ne souhaiter tester qu'une partie du plan blanc.

réalisés sont fictifs)<sup>26</sup>. Il pourrait d'ailleurs y avoir des dérives à prendre en compte dans le financement T2A les actes fictivement réalisés (gonflement du nombre de victimes dans les exercices ; objectif de formation du personnel et qualitatif dévié vers un objectif financier ; forme de manipulation des participants). La sensibilisation du personnel à travers une politique d'établissement dynamique peut être un moyen d'en diminuer les coûts puisqu'elle donnera l'envie aux professionnels de participer bénévolement aux exercices.

La démarche des directeurs qui ne choisissent pas la SSE comme politique prioritaire ne doit pas être dénigrée. Elle peut d'ailleurs se comprendre d'un point de vue éthique ! Il est « éthique » de vouloir protéger la population en assurant une prise en charge optimale en cas d'une hypothétique attaque terroriste. Mais n'est-il pas plus « éthique » de concentrer ses efforts dans une prise en charge efficace des populations au quotidien ? Il est clair que le sujet SSE doit, comme tout autre sujet, être soumis au principe de priorisation des politiques d'établissement.

Malgré toutes ces barrières économiques, il demeure de la responsabilité du directeur de préparer *a minima* son hôpital. En respectant le budget imparti, tous les efforts possibles devront être déployés. Le déni total de la politique SSE serait contraire à l'éthique, voir « immoral »<sup>27</sup>. Il s'agit, finalement, pour le directeur de faire du « mieux possible » avec les moyens dont il dispose.

## **§ 2) La déclinaison de la politique en programmes d'actions pertinents et cohérents**

La politique d'établissement conduite par le directeur d'hôpital a vocation à être déclinée en programmes d'actions pertinents et cohérents. Conformément au principe de prévention, plusieurs plans seront réalisés pour préparer la réponse de l'établissement de santé face à un afflux massif de victimes (A). Toutefois leur efficacité dépend de leur maîtrise par le personnel. Sa formation est donc indispensable (B). Elle se traduira notamment par l'organisation d'exercices (C). Afin de prévenir toute infiltration de la menace terroriste au sein de l'établissement de santé, un point de vigilance sera attendu à l'égard de la radicalisation (D).

---

<sup>26</sup> Une aide financière peut être apportée par les ARS, au moyen de financements MIGAC (Circulaire n° DGOS/R1/2017/165 du 9 mai 2017 relative à la première délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2017). Pour le moment, ces aides sont essentiellement déployées vers les grands hôpitaux, pivots de la prise en charge Amavi (achat de PSM1 et PSM2, équipements de protection individuels pour la prise en charge NRBC...).

<sup>27</sup> Conscience d'un danger pour autrui, mais abstention volontaire.

## **A – La préparation de plans pour faire face à la menace : mise en œuvre d'un principe de prévention**

Le plan blanc d'établissement est le plan le plus à même d'anticiper la réponse de l'établissement de santé face à un afflux de victimes (1). Toutefois en cas d'attentat terroriste il est possible que ce plan ne suffise pas. L'établissement pourra être confronté à des problèmes de sécurité ou de continuité d'activité. Il importe donc d'élaborer des plans pour ces situations (2, 3 et 4). La mise en cohérence de tous ces plans semble tendre vers l'élaboration d'un plan unique de gestion de crise (5).

### *1) Le plan blanc d'établissement (PB)*

Le plan blanc d'établissement est le document qui permet à l'hôpital de se donner les moyens de faire face à un afflux massif de victimes. Divisé en plusieurs volets, il anticipe la réponse de l'établissement à un afflux massif de victimes quel qu'en soit l'origine (attentat terroriste, le risque NRBC, risque environnemental, ...). Un volet dédié à l'attentat est toutefois attendu.

Le premier texte à évoquer la nécessité pour l'hôpital d'adopter un plan d'organisation pour l'afflux de victimes remonte au décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux<sup>28</sup>. Une circulaire du 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital viendra préciser le contenu de ce « plan »<sup>29</sup>.

Il faudra attendre la circulaire du 3 mai 2002<sup>30</sup> pour que l'on parle pour la première fois de « plan blanc ». C'est donc au bout de 30 ans que ces textes basculeront du domaine réglementaire vers le domaine législatif<sup>31</sup>. Désormais c'est l'article L.3131-7 du CSP qui impose que « *Chaque établissement de santé [public ou privé] est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle* ».

Longtemps resté une « bible inintelligible » destinée à satisfaire les exigences réglementaires, le plan blanc se veut aujourd'hui être un document opérationnel. S'il est vrai que les textes ne définissent pas sa forme, les dispositifs ORSAN et les Guides plan blancs précisent que le plan

<sup>28</sup> Article 52 du décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux (abrogé) : « *Dans les établissements où il existe un service d'urgence individualisé, le chef de ce service et le directeur de l'établissement dressent conjointement un plan d'accueil des malades ou blessés qui ont besoin de soins urgents. Ce document, annexé au règlement intérieur de l'établissement, doit distinguer [...] L'accueil d'un nombre élevé de malades ou blessés, pour lequel des mesures particulières doivent être prises, que le plan Orsec soit déclenché ou non [...]* ».

<sup>29</sup> Circulaire DGS/3 E n°1471 DH/9 C du 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital (abrogée).

<sup>30</sup> Circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes (abrogée).

<sup>31</sup> Ancien article L.31110-7 du CSP, introduit par la loi du 9 août 2004 et transféré par la loi du 5 mars 2007.

blanc de chaque établissement sera réalisé sous forme de fiches opérationnelles (« fiches actions », « fiches réflexes »). Chaque acteur pourra ainsi avoir une connaissance solide du rôle qu'il aura à jouer, à laquelle s'ajoutera une conscience du fonctionnement global de l'établissement en mode plan blanc.

Le plan blanc a pour particularité d'être transversal. Son contenu obligatoire est défini par voie réglementaire<sup>32</sup>. Il doit toutefois aller au-delà de ce contenu obligatoire et s'étoffer selon les besoins et les spécificités de l'établissement. Il doit prévoir l'organisation de la quasi-totalité de l'établissement pour faire face à la menace (accueil des victimes, cellule de crise, sécurisation du site, logistique, communication avec les médias et les familles, ...).

La conception du plan blanc est généralement confiée à la direction qualité de l'hôpital. Les ingénieurs l'élaborent après de nombreuses rencontres avec les professionnels de terrain. Ce document est arrêté par le directeur après avis obligatoire non conforme des instances (*directoire, CME, CTE*) et information du conseil de surveillance conformément aux articles L.6143-7 et R.3131-13 du CSP.

Une fois adopté, le plan blanc pourra cependant être révisé sans que chacune des instances n'ait à émettre un avis. Il faudra simplement qu'il leur soit présenté. Il n'y a donc pas de strict parallélisme des formes et des procédures ! La simple « présentation » du plan blanc révisé devant les instances de l'établissement peut surprendre eu égard à l'importance du document. Mais cela se justifie aisément par la nécessité qu'il soit opérationnel. Le plan blanc n'a plus vocation à être un document intangible mais doit faire l'objet d'une adaptation de tous les instants.

Enfin, le plan blanc devra être transmis au directeur général de l'ARS (DGARS), mais il sera exécutoire sans qu'il soit besoin d'une approbation de la part du DGARS (Article L.6143-4 du CSP). Il devra également être transmis au préfet de département et au SAMU territorialement compétent.

Bien que ce document ait suivi une procédure d'adoption devant les instances de l'établissement, le directeur n'est pas tenu pieds et poings liés par ce plan. Pour faire face à l'imprévu, il devra s'en écarter lorsqu'il le jugera nécessaire.

Toute une série de documents pédagogiques pourront accompagner le plan blanc (fiche action « réception du message d'alerte pour déclenchement du plan blanc » à l'attention du directeur de garde ; fiche action « ouverture de la cellule de crise » ; fiche action « répartition des tâches au sein de la cellule de crise », tableau excel entrée et sortie des victimes au service radiologie, etc...). Les acteurs sont invités à s'approprier les outils et à les adapter.

---

32 Article R.3131-13 du CSP : « *Le plan blanc d'établissement [...] définit notamment [...]* ».

## 2) Le plan de sécurisation d'établissement (PSE)

C'est l'instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation des établissements de santé<sup>33</sup> qui leur impose d'élaborer un « plan de sécurité »<sup>34</sup>. Le CSP ne fait pas [encore] état de cette obligation puisqu'elle n'est imposée ni par la loi ni par un décret.

Selon l'instruction, le PSE « traduit la politique et l'organisation de la sécurité de l'établissement de santé ». Après un diagnostic des risques sécuritaires auxquels il est sujet, l'hôpital doit élaborer dans un plan toutes les procédures et organisations destinées à limiter la survenance de ces risques.

En raison de sa nature, le PSE est un document particulièrement sensible. Il fait l'objet d'une « diffusion restreinte »<sup>35</sup>. En effet, outre les mesures décidées par l'hôpital, le PSE renvoie à des mesures Vigipirate que l'établissement doit mettre en œuvre. Le PSE et les mesures Vigipirate<sup>36</sup> à l'hôpital ne se confondent toutefois pas nécessairement : des « postures » Vigipirate peuvent être imposées à l'établissement alors qu'elles ne sont pas prévues dans son PSE<sup>37</sup>.

Le PSE se divise en deux volets. Le premier traite de la sécurisation de l'établissement en temps normal. Le second traite de la sécurisation complémentaire de l'établissement en situation d'attentat ou de crise locale (attentat ou sur-attentat). D'ailleurs, c'est bien la menace terroriste qui a justifié l'obligation pour l'établissement de se doter d'un PSE. La circulaire du 4 novembre 2016 indiquait que « *Le contexte de menace terroriste et les récents attentats imposent une vigilance accrue et nécessitent d'assurer, sur l'ensemble du territoire, la mise en œuvre effective de mesures particulières de sécurité au sein des établissements de santé* ». Sa rédaction est le plus souvent confiée au service en charge de la sécurité à l'hôpital.

Ce plan participe d'une politique sécuritaire au sein de l'hôpital. Au-delà de toutes les mesures prévues par le plan, c'est une acculturation à la menace terroriste qui est en jeu. La

---

33 Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé : « Pour la fin du 1er semestre 2017, chaque établissement devra se doter d'un « plan de sécurité d'établissement » (PSE) intégrant la menace terroriste ».

34 L'instruction du 4 novembre 2016 fait à tort référence à un « plan de sécurité d'établissement ». La sécurité prévient les atteintes accidentelles, donc involontaires (par exemple, la « sécurité incendie ». La sûreté elle, prévient des atteintes volontaires. Le Guide PSE, qui intègre les atteintes volontaires, s'intitule « plan de sécurisation d'établissement », et rétablit ainsi une justesse dans la terminologie.

35 *Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE)*, Ministère des Affaires sociales et de la santé, avril 2017 : « L'accès au PSE finalisé devra être limité : en interne à l'établissement, aux seules personnes ayant besoin d'en connaître ; en externe uniquement auprès des ARS, des préfetures et des correspondants des FSI. Le PSE portera une mention "diffusion limitée". Toute publication est formellement à proscrire sur internet ou sur intranet ne permettant pas une discrimination individuelle des accès ».

36 Créé en 1995 et modifié à plusieurs reprises, ce plan comprend environ 300 mesures, en partie publiques. Leur caractère public permet une diffusion plus large et donc une meilleure protection. Des mesures permanentes s'appliquent à 12 grands domaines d'activité notamment la santé (mesures socles). Des mesures additionnelles peuvent être activées en fonction de l'évolution de la menace et des vulnérabilités (mesures qui sont classées du Niveau 1 au Niveau 4).

37 Note du 11 juin 2018 du Service spécialisé du haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS), ayant pour objet l'adaptation de la posture VIGIPIRATE « Été / Rentrée 2018 » : « La posture VIGIPIRATE « Été / Rentrée 2018 » est active à compter du 14 juin 2018 jusqu'au 20 octobre 2018, veille des départs en vacances de la Toussaint. [...] Elle met l'accent sur : [...] ».



direction de l'hôpital doit s'assurer de la vigilance de ses agents. Elle peut par exemple diffuser une note de service rappelant aux agents leur devoir de vigilance.

L'hôpital est confronté à un paradoxe. Alors qu'historiquement et culturellement il s'agit d'un lieu ouvert au public, le risque terroriste lui impose de plus en plus d'en filtrer l'accès. Martin HIRSCH le résume ainsi : « *La protection des hôpitaux est pour nous une source de préoccupation majeure, d'autant que ce sont des lieux facilement accessibles. Nous avons pris nous-mêmes des mesures visant à renforcer leur sécurité, en liaison avec la préfecture de police de Paris. Au-delà, il y a un travail très lourd à réaliser, notamment du point de vue budgétaire. Il est un cours. Selon moi, nous devons modifier dans une certaine mesure la doctrine traditionnelle des hôpitaux en matière de sécurité* »<sup>38, 39</sup>.

Enfin, le PSE permet de *formaliser* des procédures qui certes peuvent déjà exister, mais ne sont le plus souvent que le fruit d'accords tacites entre les acteurs. Plus l'établissement sera ouvert, plus la sécurisation du site sera complexe en cas d'attentat. La sûreté périmétrique intérieure dépend du directeur d'hôpital. Mais la sûreté périmétrique extérieure ne relève pas de son pouvoir<sup>40</sup>. Aussi, il conviendra de conclure des accords avec les services de transport (métros, bus, trains)<sup>41</sup> et le préfet, autorité de police administrative générale. Ils ont vocation à être retranscrits dans le PSE.

L'un des problèmes juridiques rencontré dans l'élaboration du plan de sécurité d'établissement est l'absence régulière d'habilitation du directeur au « confidentiel défense »<sup>42</sup>. Cette habilitation, délivrée par l'ARS, nécessite de constituer un dossier que les directeurs négligent souvent. Le résultat n'en demeure pas moins important... Juridiquement, le directeur ne pourra pas se rendre à une réunion relative au PSE si au cours de celle-ci une information placée sous le sceau du confidentiel défense est délivrée...<sup>43</sup>. Le PSE n'a en revanche pas vocation à faire directement état d'informations placées sous le sceau du « confidentiel défense ».

Le règlement intérieur devra faire référence à certaines mesures inscrites dans le PSE afin de les rendre opposables au personnel de l'établissement (fouille des sacs, interdiction d'accès, ...).

---

38 Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, *op. cit.*, Tome 2 : comptes rendus des auditions ; p. 102.

39 Le 16/05/18 Martin HIRSCH indiquait avoir pris des mesures fortes dans les 39 hôpitaux de l'AP-HP : « *Il y a aura 40 % de caméras supplémentaires, soit plus de 1 500 au total, installées d'ici à trois ans, là où les équipes estiment en avoir besoin* ». Cet investissement est estimé à 30 millions d'euros. La mise en place de caméras « intelligentes » capables de détecter des colis suspects apporte une sécurité supplémentaire. F.L.M, Violence : des caméras, *Le Parisien*, 16 mai 2018, p. 2.

40 *Guide de déclinaison des mesures de sécurisation périmétriques et bâtiminaire*, Ministères sociaux, 2016.

41 À titre d'exemple, le CHU de Rennes est traversé par une voie ouverte à la circulation du public (bien qu'il s'agisse de voies de desserte relevant du domaine privé de l'établissement) ; il est accessible à pied par l'Université de médecine ; une ligne de bus traverse ponctuellement le CHU ; des arrêts de métro et de train le desservent.

42 Informations et supports dont la divulgation est de nature à nuire à la défense nationale ou pourrait conduire à la découverte d'un secret classifié au niveau Très Secret Défense ou Secret Défense.

43 Dans le cas contraire, la personne dépositaire du secret s'expose à des poursuites pénales pour délit de compromission (article 413-10 du code pénal).

### 3) *Le plan de continuité d'activité (PCA)*

Le plan de continuité d'activité (PCA) n'est pas un document spécifique aux établissements de santé. Les entreprises, notamment industrielles, disposent d'un PCA afin d'assurer la continuité de leur activité. Certains l'accompagnent d'un « plan de reprise d'activité » (PRA), mais il est en réalité possible de combiner les deux dans un seul PCA.

Contrairement à ce qu'affirme le « Guide pour réaliser un PCA »<sup>44</sup>, il n'existe pas à proprement parler d'obligation législative pour l'établissement de santé de se doter d'un PCA. Sauf à considérer que l'article 34 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés qui commande au « *responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données* » impose l'adoption d'un tel plan... En revanche, si l'établissement de santé est un ouvrage d'importance vitale (OIV)<sup>45</sup>, un PCA devra obligatoirement être adopté<sup>46</sup>. Certaines mesures Vigipirate imposent à des établissements de santé ciblés l'adoption d'un PCA<sup>47</sup>. Si le Gouvernement souhaite que tous les ES se dotent d'un PCA, il serait bon qu'il l'exprime par voie réglementaire dans le CSP.

Le PCA doit permettre à l'hôpital de continuer à fonctionner en mode dégradé. Comme les autres plans, il se décline en « fiches réflexes », jusqu'à la reprise d'activité. En cas d'incident technique ou technologique (*panne, inondation, coupure de courant, ...*), les équipes s'appuieront sur le PCA pour poursuivre leur activité d'une part, et pour rétablir le plus rapidement possible l'activité « normale » d'autre part. Son utilisation est indépendante de celle du plan blanc. Le plan blanc peut être déclenché sans pour autant nécessiter le déclenchement du PCA, et inversement.

Le PCA est également le document idoine pour inviter les acteurs à s'assurer de la fiabilité de ses prestataires « critiques » (indispensables) en cas de crise (notamment d'attentat), qu'elle survienne à l'hôpital ou à l'extérieur. Le directeur doit être certain que, quelques soient les circonstances, l'établissement de santé demeure en mesure de délivrer les soins. Et cela nécessite un bon fonctionnement des installations et une fourniture en continue par les prestataires (fourniture continue d'électricité, mobilisation des équipes de réparation en cas de problème...)<sup>48</sup>. Cette

---

44 Le *Guide pour réaliser un Plan de continuité d'activité* (Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale, 2013) indique que « *les établissements de santé, les opérateurs d'importance vitale doivent déjà répondre à l'obligation légale de plan de continuité d'activité* ».

45 Il est difficile de savoir si un ES est un OIV ou non. La santé est bien un secteur d'activité d'importance vitale (SAIV), mais les OIV sont arrêtés par la Ministre de la santé et classés « confidentiel défense ». L'OIV doit alors élaborer un plan de sécurité d'opérateur (PSO). Dans ces OIV, des points d'importance vitale (PIV) sont désignés. Pour chacun de ces PIV un plan particulier de protection (PPP) devra être adopté.

46 Par renvois de textes, sur la base de l'article L.2151-1 alinéa 2 du code de la défense.

47 Mesure n°ALR 20-01 (secteur « alerter et mobiliser »).

48 *Guide pour réaliser un plan de continuité d'activité*, SGDSN, 2013, *op. cit.*, p. 45 et s.) : « *pour ce qui concerne la continuité d'activité, l'organisation doit connaître les dispositifs prévus par son partenaire, la durée maximale d'interruption d'activité acceptable qui lui est garantie, les dispositifs permettant de fournir un service minimum et*

problématique est d'autant plus vraie que, comme les entreprises, les hôpitaux fonctionnent de plus en plus en « flux tendu »<sup>49</sup>. Il semble donc pertinent que le DH associe ses prestataires à la définition de son propre PCA. Au delà du PCA, l'établissement a intérêt à contractualiser avec ses prestataires la délivrance des prestations même en cas de situation dégradée.

En pratique, les PCA ne sont pas rédigés dans tous les établissements et, lorsqu'ils sont rédigés, ils peuvent ne pas être opérationnels. Plusieurs raisons l'expliquent : l'effet taille tout d'abord, qui complexifie le document car les situations à envisager sont plus nombreuses. La nécessité d'actualisation ensuite, car comme le plan blanc le moindre changement au sein de l'hôpital peut avoir des répercussions sur le PCA. Le manque de temps enfin : l'accent a été mis sur le PB, laissant de côté dans un premier temps les PSE et PCA. Néanmoins le ministère invite de plus en plus les établissements à se pencher sur ces plans<sup>50</sup>.

#### 4) L'intégration d'un volet « attentat » dans la convention « santé – sécurité – justice »

La convention « santé-sécurité-justice » est un document très intéressant pour le directeur et la gestion de la crise. Cette convention n'a pas encore été rendue obligatoire, mais les récentes instructions ministérielles incitent fortement les ES à en adopter<sup>51</sup>. Elle doit réunir trois acteurs : l'hôpital, la police et la justice. Ensemble, ils élaborent des procédures de collaboration pour renforcer la sécurité à l'hôpital.

Ce document est d'autant plus important que lorsqu'il est rédigé, l'instruction impose aux établissements d'y intégrer un « volet attentat »<sup>52</sup>. En imposant ce volet le ministère de la santé a vu juste puisque ce sont précisément sur ces points de contacts que les référents plan blanc se trouvent le plus souvent démunis : en prévoyant unilatéralement un système de fonctionnement, il leur est difficile de savoir si les autorités extérieures se plieront à ce système (qui plus est sans même en avoir connaissance). La convention « santé-sécurité-justice » est donc le lieu privilégié où,

---

*les modalités de ce fonctionnement en mode dégradé, ainsi que l'organisation et les procédures de gestion de crise. Les termes du contrat vont donc au-delà de la simple formulation d'objectifs avec pénalités, car ils doivent permettre à l'organisation d'intégrer les risques et les mesures de sécurité et de continuité d'activité de son (ses) partenaire(s) ».*

49 CROCQ, L., HUBERSON, S., VRAIE, B., *Gérer les grandes crises – Sanitaires, écologiques, politiques et économiques*. Paris : Odile Jacob, 2009, p. 196 : « Au-delà de leur propre vulnérabilité, les entreprises doivent s'inquiéter des répercussions d'une rupture de continuité d'un flux tendu avec des fournisseurs [...] dont elles sont dépendantes. Peu nombreuses sont les organisations qui se préoccupent de la capacité de leurs partenaires ou de leurs prestataires critiques à répondre à leurs obligations de service en cas de sinistre majeur ».

50 *Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE)*, Ministère des Affaires sociales et de la santé, avril 2017, *op.cit.*

*Mémento de Cybersécurité à l'usage du directeur d'établissement de santé : connaître vos risques pour mieux y faire face*, Ministère des Affaires sociales et de la santé (DGOS), 2017, *op.cit.*

51 Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé : « Vous inciterez les établissements à conclure ou à actualiser les conventions « santé-sécurité-justice ».

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

formellement, les acteurs dressent leurs modalités de fonctionnement et de coopération : modalités d'information par l'hôpital de l'autorité judiciaire, intervention des forces de police au soutien des équipes de sécurité dans le cadre du confinement et de la sécurisation de l'établissement...

Des mesures plus opérationnelles peuvent aussi être prises : enregistrement du numéro de téléphone de l'hôpital en tant que numéro « prioritaire », communication des documents nécessaires à la planification d'une intervention : cartographie, dessertes, cheminements en galerie, modalités d'information du procureur de la République du nombre et de l'identité des victimes, accès à l'hôpital du personnel rappelé en cas de plan blanc (évitant ainsi un certain nombre de désagréments<sup>53</sup>).

Elle sera également l'occasion d'envisager les éventuelles réquisitions par le procureur des moyens matériels et humains de l'hôpital pour l'autopsie des corps. Le DH pourra ainsi mieux dimensionner ses moyens en cas de déclenchement du plan blanc. Le circuit remonté d'informations s'agissant de la radicalisation du personnel et des usagers pourra également être défini par la convention. Enfin, le protocole pourra, tout simplement, convenir d'un calendrier d'échanges entre les différents acteurs pour une plus grande fluidité dans les relations ! Ces réunions seront l'occasion de convenir de la réalisation d'exercices communs, seul moyen pour tester intégralement le bon fonctionnement du plan blanc d'établissement.

Malgré tous ses avantages, cette convention n'est pas adoptée par tous les ES<sup>54</sup>.

La question du caractère contraignant ou non de ces conventions peut se poser. En Droit, toute manifestation de volontés conjointe est qualifiable de « convention ». Mais les parties peuvent s'entendre sur le caractère contraignant ou non des volontés échangées. C'est seulement lorsque les volontés sont émises dans un but conscient de créer des effets de droit que l'on peut parler de « contrat ». Ces effets de droit consisteront en des obligations de donner, de faire ou de ne pas faire quelque chose.

La sémantique utilisée par certaines « conventions santé – sécurité - justice » n'est pas neutre : certaines s'intitulent « protocole d'accord », ce qui tend à montrer que les engagements qui sont inscrits n'ont qu'une faible portée juridique. Il est raisonnable de penser qu'une juridiction

---

53 Propos de Martin HIRSCH, *op. cit.*, in Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, Tome 2, p. 99 : « *Nous avons été alertés sur le cas d'infirmières bloquées à des barrages alors qu'elles rejoignaient, par exemple, l'hôpital Saint-Louis. J'ai appelé le préfet de police de Paris [...], et nous nous sommes mis d'accord sur le fait que, compte tenu des circonstances, tout moyen d'identification pouvait convenir [...]. Actuellement, nous travaillons la mise au point d'une carte d'identification identique au badge d'accès qui serait mise à jour plus régulièrement et que chaque membre du personnel conserverait sur lui en permanence. Tout le monde ne disposait pas d'un tel document le 13 novembre* ».

54 France Info (radio), 27 septembre 2016, Interview de Mme Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, sur le climat social et la situation à l'hôpital public : « *Des conventions entre les hôpitaux, le ministère de la Justice, les commissariats de police, ont été signées, 530 conventions ont d'ores et déjà été signées. Il faut aller plus loin, [...] avec les enjeux liés au terrorisme, on voit bien que des mesures complémentaires doivent être prises* ».

considérerait que ces « conventions » ne sont pas de véritables contrats, mais plutôt le lieu dans lequel trois institutions ont convenu d'exposer leurs modes de fonctionnement afin de les harmoniser.

##### 5) *Une articulation obligatoire des plans incitant à la mise en place d'un plan unique ?*

Mise à part la convention santé-sécurité-justice, l'ensemble de ces plans doivent, selon les textes, tenir compte les uns des autres afin que l'hôpital agisse de façon cohérente en cas de crise. L'instruction du 4 novembre 2016 l'indique à plusieurs reprises : « *Chaque établissement établira ainsi une stratégie de protection en veillant à la cohérence avec les instructions gouvernementales (plan Vigipirate, directives nationales de sécurité, etc.), les préconisations du plan blanc et leur plan de continuité d'activités* », « *Il est primordial d'assurer une articulation et une cohérence entre le PCA et le PSE* ». À cela il faut ajouter que le document phare en cas de crise (qui plus est en cas d'attentat) est le PB d'établissement. S'il est vrai que le PCA et le PSE pourront être mobilisés, ils interviendront *en soutien* du plan blanc. Le PCA et le PSE assurent que la mise en œuvre du PB ne sera pas mise en péril pour des raisons purement techniques ou sécuritaires.

En conséquence, ne vaudrait-il pas mieux regrouper ces plans en un « plan unique » ? Comme il a déjà été dit, ces plans sont souvent élaborés par des services différents au sein de l'hôpital. Leur mise en cohérence nécessite des réunions régulières, chronophages. Il y a aussi un risque à ce qu'une information nouvelle nécessitant une révision des plans soit communiquée à un service sans être communiquée à l'autre. D'un point de vue opérationnel, le plan unique permettrait au directeur de ne se référer qu'à un seul plan (bien qu'en pratique le DH ne se réfère pas vraiment au plan en gestion de crise parce qu'il en a eu connaissance en amont). Cette idée se rapproche d'une idée développée par le groupe de travail de l'EHESP<sup>55</sup>. En pratique, la difficulté de mise en place d'un « plan unique » ou « plan intégré » pourrait résider dans le fait que les concepteurs de ces plans ne disposent pas d'un d'ETP intégralement dédié aux gestions de crises. Ils doivent pouvoir continuer à mener des projets dans d'autres domaines si aucune réorganisation du service n'est entreprise.

Le ministère de la santé semble aller dans ce sens : le nouveau guide à paraître dans les prochains mois n'est pas intitulé « guide plan blanc », mais « guide d'aide à la préparation et à la gestion des SSE ». Il a ainsi vocation à globaliser la gestion de crise.

---

55 BATY, B., *op. cit.*, *L'organisation hospitalière dédiée aux crises sanitaires (plan blanc) est-elle toujours d'actualité face aux nouvelles menaces*, 2016, p. 16-17 : « *L'amélioration du « Plan blanc » doit permettre d'en faire un outil de planification unique de gestion des situations exceptionnelles [...]. Dès lors, l'unification de la gestion de ces difficultés autour d'un « Plan blanc intégré » permettrait de faire correspondre l'organisation formelle des réponses avec la pratique. Elle faciliterait l'appropriation du dispositif par les acteurs, tout en s'adaptant à la diversité des cas* ».

L'identification d'une équipe dédiée aux plans et composée d'un ingénieur qualité et d'un responsable sécurité serait de nature à garantir la cohérence des plans, sans qu'il soit besoin de les transformer en un « plan unique »... Travaillant quotidiennement ensemble, leurs connaissances seraient partagées et la qualité et la cohérence des plans n'en seraient que meilleures ! L'organisation d'exercices serait également facilitée.

## **B – L'indispensable (in)formation du personnel**

Aussi pédagogiques soient-elles, les « fiches-réflexes » contenues dans les plans de gestion de crise ne seront que d'une faible utilité en cas de crise si les acteurs n'en ont pas pris connaissance en amont. La formation du personnel est non seulement une obligation pour le directeur et le professionnel, mais aussi la condition d'une gestion optimale de la crise.

La formation professionnelle est à la fois un droit et une obligation pour le professionnel de santé. Il doit satisfaire à son obligation de « développement professionnel continu »<sup>56</sup>. En sa qualité d'employeur, le directeur doit quant à lui faciliter cette formation<sup>57</sup>. Depuis quelques temps les autorités ont pris le soin d'intégrer la formation aux SSE dans les thématiques de DPC. Après une note de cadrage<sup>58</sup> et en application de l'article L.4021-2<sup>59</sup>, l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 indique que « *Y figure également une orientation visant à préparer les professionnels de la santé à répondre aux crises sanitaires ou aux attentats par la prise en charge des patients en situations sanitaires exceptionnelles, tout en assurant la sécurité des professionnels de santé et des personnels des établissements de santé* »<sup>60</sup>.

Un professionnel qui refuserait de se former aux situations sanitaires exceptionnelles (en raison d'un manque de volonté ou d'une sensibilité trop forte à l'attentat) manquerait à son obligation de DPC. Toutefois les conséquences du non-respect de cette obligation sont relativement floues... ! Les codes de déontologie prévoyaient que le manquement à cette obligation était « *susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle* »<sup>61</sup>. Cette insuffisance professionnelle pouvait donner lieu à la suspension immédiate du professionnel par le DGARS, et à des poursuites par les chambres disciplinaires ordinaires. L'employeur pouvait alors aisément

56 Article L.4021-1 et L.4021-2 du CSP

57 Article L.6111-1 alinéa 5 du CSP : « *Les établissements de santé [...] peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical* ».

58 Note technique de cadrage – DGS 2014 – Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

59 Article L.4021-2 CSP : « *Un arrêté [...] définit les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu* ».

60 Orientation n°34.

61 Ancien article R.4133-13 (abrogé par le décret du 8 juillet 2016) pour les professions médicales.

Ancien article R.4382-13 (abrogé par le décret du 8 juillet 2016) pour les auxiliaires médicaux.

repandre cette qualification pour prononcer un licenciement pour insuffisance professionnelle<sup>62</sup>. Le décret du 8 juillet 2016<sup>63</sup> abroge les dispositions précitées, sans les remplacer par un nouveau régime de sanction.

Les formations dispensées en lien avec l'AMAVI initient les professionnels à de nouvelles techniques médicales et soignantes : la médecine de guerre appelée « *damage control* »<sup>64</sup> et les techniques de « *packing* »<sup>65</sup>. Ces formations à la prise en charge de victimes balistiques permettent aux professionnels de santé de respecter leurs obligations déontologiques en prodiguant des soins « conformes aux données acquises de la science »<sup>66</sup>.

Le futur Guide SSE rappelle cette obligation de formation et l'organise de façon judicieuse : des formations communes seraient dispensées à tous les professionnels (agents administratifs ou professionnels de santé), et seraient complétées par des formations spécialisées en fonction du rôle qui leur est attribué dans le plan blanc d'établissement. L'efficacité de ces formations risque cependant de dépendre de l'autorité qui les organise... Le fait de les confier à une organisation extérieure peut conduire à leur manque de transposabilité au plan blanc d'établissement du lieu d'exercice de l'agent. Chaque ES dispose d'un plan blanc bien spécifique, et c'est surtout vis-à-vis de lui que l'agent doit être formé. Peut-être les exercices et les campagnes d'information organisés par l'hôpital suffiront-ils à réaliser ce pont entre la formation et sa déclinaison dans l'établissement.

L'information quant à elle vise à présenter aux professionnels le plan blanc dans sa globalité et à détailler les « fiches-actions » qui sont les leurs. Se pose la question de la diffusion de ces « fiches-actions ». Disponibles sur l'intranet, leur accès doit être sélectif en fonction de la personne qui les consulte.

---

62 Article 88 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière.

63 Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé.

64 *Agression collectives par armes de guerres : conduites à tenir pour les professionnels de santé*, 2018, Ministère de l'intérieur, Ministère des armées et Ministère des solidarités et de la santé, p. 58 : « *Le terme de damage control provient de la marine de guerre des États-Unis pour désigner le protocole de prise en charge d'un bâtiment ayant subi des avaries au combat. Cette prise en charge se faisait en trois temps : 1/ Réparer les avaries les plus graves : éteindre les feux et colmater les brèches. 2/ Maintenir le bâtiment à flot jusqu'au port. 3/ Une fois au port et en sécurité, débiter les réparations définitives* ».

DE SAINT MAURICE, G., OULD-AHMED, M., Retour d'expérience des attentats du 13 novembre : Rôle de deux hôpitaux d'instruction des Armées, *Annales françaises de médecine d'urgence*, Volume 6 / Numéro 1 (Février 2016) : « *L'objectif est de conjuguer étroitement les actions de réanimation et de chirurgie, selon une temporalité spécifique pour le meilleur pronostic vital et fonctionnel du patient. Ses deux volets en sont la réanimation « damage control » et la chirurgie « damage control ». Les objectifs du premier sont triples : arrêter les hémorragies [...], lutter contre les troubles de la coagulation [...], transfuser précocement [...]. Intimement mêlés à ces actions de réanimation surviennent les gestes du chirurgien dans le cadre du second volet : la chirurgie « damage control » Ces actions ont pour objectif de sauver la vie en contrôlant les foyers hémorragiques, en prévenant les infections et en fermant les brèches aériennes* ».

65 Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : Fiche 10.

66 Notamment : article R.4127-32 du CSP pour les médecins ; article 4312-10 du CSP pour les infirmiers ; Civ.20 mai 1936, *Dr Nicolas c/ Mercier*; *GAJC*, 12<sup>e</sup> éd., 2008, n° 162-163.

En pratique, mis à part le contexte d'une préparation à un futur exercice plan blanc, ces formations peinent à se mettre en place faute de temps et parfois elles ne sont dispensées qu'au cours des formations incendies.

Dans son mémoire, Charlotte BOYER émet l'idée intéressante d'une (in)formation des nouvelles recrues dès leur arrivées à l'hôpital. Cette idée est reprise par le projet de guide SSE. Des initiatives rendant la compréhension du plan blanc plus facile pour le personnel doivent par ailleurs être saluées. C'est le cas du site de l'hôpital sud du CHU de Rennes qui a mis au point une signalétique par couleurs (« lignes de vie ») selon la filière de prise en charge (rouge pour les UA / jaune pour les UR).

Bien qu'encore insuffisante, la formation du personnel hospitalier progresse. Plus largement, elle est l'outil clé de l'introduction d'une « culture de gestion de crise » et d'une « culture de la sécurité »<sup>67</sup> dans le milieu hospitalier.

### **C – La mise en œuvre des plans à travers l'organisation d'exercices**

Si les formations permettent aux agents de connaître la nouvelle organisation des soins en cas d'attentat, une mise en pratique s'avère indispensable pour s'assurer de l'opérationnalité des acteurs le jour J. Ces exercices sont obligatoires mais l'établissement est libre d'en déterminer la forme (1). Leur organisation est facilitée par l'acculturation de la société et du monde hospitalier à la menace terroriste (2).

#### *1) Des exercices obligatoires mais une liberté de choix dans leur réalisation*

L'article R.3131-13, du CSP impose à l'établissement de santé d'organiser des exercices de mise en œuvre du plan blanc<sup>68</sup>. Le directeur a la faculté d'organiser l'exercice qu'il souhaite. Les exercices grandeur nature sont les plus efficaces, mais aussi les plus lourds à organiser... Le Guide plan blanc de 2006 invitait déjà les établissements à tester au moins 7 aspects de leur plan blanc. Le projet de guide 2018 remanie cette liste et renforce l'obligation d'exercice.

Ces exercices ne doivent pas avoir pour effet de démoraliser le personnel. Au contraire, ils doivent l'accompagner dans sa maîtrise du plan blanc. Il est conseillé de ne viser que quelques objectifs par exercice (seuil de saturation des urgences, circulation de l'information, etc...) et de les adapter au degré de maturité du plan blanc et du personnel (la dimension « sur-attentat » par exemple, ne doit

---

<sup>67</sup> Instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé : s'agissant de la « sensibilisation et formation des professionnels de santé » : « Il s'agit de développer une véritable "culture de la sécurité", propre à permettre une réaction collective face à des risques et à des menaces ».

<sup>68</sup> Article R.3131-13, 10° du CSP : « Le plan blanc d'établissement [...] définit notamment [...] Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan ».



pas être jouée dès les premiers exercices). Pendant ces exercices, des « observateurs » sont désignés pour constater l'écart entre le plan blanc tel que rédigé et sa mise en œuvre par les acteurs.

Ces exercices ne doivent pas perturber le bon fonctionnement des services de l'hôpital non impliqués dans l'exercice. Même pendant ces exercices, l'hôpital doit garantir une continuité du service public<sup>69</sup>. Il faudra être vigilant à informer l'ensemble des personnels de l'établissement (voir les usagers) de la tenue d'un exercice. Pour ces raisons, les exercices dits « inopinés » sont rares. Un certain degré de surprise doit néanmoins être maintenu : les exercices doivent, selon la formule consacrée, permettre aux acteurs de « *se préparer à être surpris* »<sup>70</sup>. La formalisation de l'organisation de gestion de crise ne doit pas faire perdre aux acteurs leurs capacités d'improvisation et d'adaptation.

Des retours d'expériences (RETEX) seront ensuite organisés afin de faire monter en compétence le personnel et d'adapter le plan blanc aux difficultés rencontrées.

## 2) Des exercices facilités par l'acculturation du monde hospitalier aux attentats terroristes

La plupart des exercices qui sont aujourd'hui réalisés par les établissements de santé ont pour scénario l'attentat terroriste. Il est difficile de se rendre compte du temps que nécessite la préparation d'un exercice. Extrêmement chronophage au départ, cette lourdeur devrait aller en diminuant au fur et à mesure de la réalisation d'exercices. Une fois confectionnés, les documents préparatoires pourront être utilisés d'un exercice à l'autre.

Organisés sur la base du volontariat, les exercices devraient également mobiliser de plus en plus de monde. Un phénomène d'acculturation du monde hospitalier aux attentats terroristes est à l'œuvre. Les attentats du 13 novembre 2015 tout d'abord, et plus encore ceux du 14 juillet 2016 ont démontré que tout professionnel de santé pouvait un jour ou l'autre être confronté à cette situation.

## **D – La prévention de la radicalisation**

Les autorités françaises définissent la radicalisation comme « *le processus par lequel un individu ou un groupe adopte une forme violente d'action, directement liée à une idéologie extrémiste à contenu politique, social, ou religieux qui conteste l'ordre établi sur le plan politique* »

---

<sup>69</sup> Ce point peut être facilement oublié par les agents chargés de la préparation d'exercices, voir par les acteurs eux-mêmes. Cela vaut dans tous les domaines. À titre d'exemple pour un exercice de simulation de crise dans un parc d'attraction : CROCO, L., *Gérer les grandes crises*, op.cit., 2009, p. 194 : « *Lors d'un exercice, la cellule de crise décide de faire converger les services de secours interne du parc d'attractions vers la zone de l'accident simulé. Cependant, la cellule n'évalue pas l'impact de cette décision sur la vie courante. Ainsi, elle décide de continuer l'activité sur le reste du site où doit être tiré un feu d'artifice ; mais ce n'est plus possible car tous les moyens de secours obligatoires sont désormais concentrés sur la situation de crise. Le feu d'artifice doit être annulé. Les visiteurs présents sont extrêmement mécontents* ».

<sup>70</sup> LAGADEC, P., *Le continent des imprévus*. Paris : Manitoba / Les belles Lettres, 2015, cité in *Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge médicale pré-hospitalière*. Ann. Fr. Med. Urgence 2016.

*social ou culturel* »<sup>71</sup>. Les attentats terroristes font peser sur l'hôpital un risque de radicalisation du personnel (1) et des patients (2). Le directeur d'hôpital doit savoir quel comportement adopter face à ces deux populations.

1) *La radicalisation du personnel : un signalement faible*

Le phénomène de radicalisation du personnel des établissements de santé préoccupe les autorités sanitaires. L'instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé indique que « *La radicalisation de personnes ayant accès aux établissements de santé peut mettre en danger la sécurité de ces établissements [...] La radicalisation de personnels de l'établissement est également possible* ». L'identification par le directeur d'hôpital ou ses équipes d'un cas de radicalisation ne peut procéder que d'un faisceau d'indices. À cet effet, des indicateurs de radicalisation ont été élaborés par le ministère<sup>72</sup>.

Alors même que dans cette situation la problématique du secret médical ne se pose pas (l'article L.1110-4 du CSP ne s'applique qu'aux « patients »), l'obligation juridique de signalement ou d'une dénonciation n'est pas claire : aucun texte juridique ne vise explicitement l'obligation pour le directeur de signaler un cas de radicalisation.

S'agissant de la dénonciation à l'autorité judiciaire, elle se trouve empêchée par le fait que la radicalisation n'est pas constitutive en elle-même d'un crime ou d'un délit<sup>73</sup>. Aussi, l'article 40 du code de procédure pénale qui dispose que « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs* » n'est pas applicable... L'article 223-6 du code pénal qui sanctionne la non-assistance à personne en péril<sup>74</sup> ne semble pas plus applicable puisque la radicalisation (malgré son caractère violent) ne suffit pas à caractériser l'imminence du péril.

Pour finir, l'infraction de non-dénonciation d'un crime à venir prévue par l'article 434-1 du code pénal<sup>75</sup> n'est pas non plus applicable dès lors que la personne s'en tient au processus de

71 Instruction n° SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation : reprenant la définition de Farhad Khosrokhavar in *Radicalisation*, Éditions de la maison des sciences de l'homme, 2014.

72 Instruction n° SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation – Annexe 1 (référentiel interministériel des indicateurs de basculement dans la radicalisation : tableau de synthèse).

73 Qui plus est, en droit pénal l'interprétation des textes est « stricte », c'est à dire qu'elle n'admet pas l'analogie.

74 Article 223-6 du code pénal : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende* ».

75 Article 434-1 code pénal : « *Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui*

radicalisation et que le directeur n'a pas connaissance d'un projet de crime.

Une procédure de « signalement administratif » de criblage (au moment du recrutement) et de rétro-criblage (en fonction) a été prévue pour certaines administrations (nouvelle rédaction de l'article L114-1 du code de la défense<sup>76</sup>). Ce signalement peut donner lieu à une « enquête administrative » réalisée par les autorités préfectorales. À l'issue de l'enquête, une décision de radiation peut être prononcée. Les établissements de santé sont toutefois exclus de ce dispositif.

Enfin, la radicalisation ne constituant pas une infraction pénale, aucune mesure conservatoire de suspension<sup>77</sup> ne pourra être prise par le directeur !

Finalement, c'est une solution intermédiaire qui a pour le moment été décidée par les autorités. Comme prescrit par une instruction du 8 janvier 2016<sup>78</sup>, le directeur pourra décider de signaler le cas supposé auprès du centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation (0800.005.696)<sup>79</sup>. Les acteurs de la chaîne d'alerte seront vigilants à respecter une stricte confidentialité dans la remontée d'information jusqu'au directeur.

Cet état du Droit pose réellement la question de la pénalisation de la radicalisation. Une telle disposition serait certes de nature à donner un meilleur cadre juridique aux signalements du directeur d'hôpital, mais serait également susceptible de menacer les droits et libertés fondamentaux.

Dans ce contexte, le Protocole d'accord « santé - sécurité - justice » peut prévoir la manière dont seront signalés ces cas de radicalisation supposée (par exemple : signalement par le référent radicalisation à la gendarmerie, qui transmettra au service zonal de renseignement territorial, qui informera le cas échéant l'autorité judiciaire).

## 2) La radicalisation des patients : une balance délicate entre dénonciation et secret médical

La radicalisation des patients au sein de l'établissement de santé est une problématique beaucoup plus complexe. Elle met en balance l'exigence de sûreté nationale et la nécessité de préserver le rapport de confiance entre le professionnel de santé et le patient.

Avant qu'elle ne se pose en matière terroriste, cette question a suscité des réactions à la suite du crash de l'Airbus A320-211 le 24 mars 2015 causé par un acte volontaire du copilote (suicide)<sup>80</sup>.

---

*pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».*

76 Article issu de la loi n° 2017-1510 du 30 octobre 2017 renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme.

77 Article 30 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

78 Instruction n° SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation.

79 Numéro commun aux familles et aux acteurs institutionnels. La permanence est réalisée par des réservistes de la Police spécialement formés à la prévention de la radicalisation.

80 L'avion s'est crashé dans les Alpes du Sud françaises.

L'Ordre des médecins avait alors publié un communiqué de presse<sup>81</sup> rappelant que « *L'obligation de respect du secret est générale et absolue* ». Néanmoins, il avait ajouté que « *à titre exceptionnel en cas de risque grave et imminent de mise en danger d'autrui, qu'il ne peut prévenir autrement, et après avoir épuisé toute autre solution, le médecin peut selon le Conseil national de l'Ordre s'affranchir du secret médical en [...] saisissant le Procureur de la République. Le médecin serait alors justifié à invoquer l'état de nécessité absolue, par analogie avec les dispositions de l'article 122-7 du code pénal, qui exonère de toute responsabilité pénale la personne qui accomplit « face à un danger actuel et imminent » un acte nécessaire et proportionné à la gravité de la menace* ».

Le secret médical tel qu'entendu par les articles L.1110-4 du CSP et 226-13 du code pénal couvre largement les données personnelles non médicales telles que les opinions personnelles (et par conséquent l'éventuelle radicalisation)<sup>82</sup>. Le directeur d'hôpital est lui aussi tenu par ce secret. Sa divulgation constitue une atteinte à une liberté fondamentale, ce qui exige qu'elle soit prévue par la loi<sup>83</sup>. Or, la loi n'envisage que certaines dérogations au secret<sup>84</sup>: sous certaines conditions les maladies à déclaration obligatoire, la détention d'une arme ou l'intention d'en acquérir une et sous certaines conditions, les sévices infligés à un tiers. Le cas de la radicalisation n'est pas prévu par la loi. En conséquence, aucune dérogation au secret médical ne devrait pouvoir être justifiée.

Pour autant, le Conseil de l'Ordre dans un rapport de janvier 2017<sup>85</sup> a souhaité donner son interprétation des textes, tout en indiquant que toute poursuite disciplinaire en la matière serait traitée avec bienveillance<sup>86</sup>.

S'agissant du cas d'un patient ayant un proche radicalisé ou en voie de radicalisation, l'Ordre rejoint le comportement prescrit par l'annexe d'une instruction du 8 janvier 2016 : « *Le médecin doit lui conseiller de se rapprocher du Centre National d'Assistance et de Prévention de la Radicalisation (numéro vert)* ».

---

81 Conseil national de l'Ordre des médecins, *Secret Médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui*, Communiqué de presse du 3 avril 2015.

82 Article L.1110-4 du CSP : « [...] ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ».

Article R.4126-4 du CSP : « Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Article 226-13 du Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

83 CE, 31 mai 1989, n°35296, Lebon.

84 Article 226-14 3° du Code pénal.

85 Conseil national de l'Ordre des médecins, *Risque terroriste et secret professionnel du médecin*, Rapport adopté lors de la session de janvier 2017.

86 *Ibid.*, « le Conseil national entend assurer de son soutien et de son accompagnement tout médecin qui, devant une situation personnelle particulière aurait pu, en toute bonne foi, s'estimer libéré de son obligation de secret en application de ces textes et serait néanmoins regardé comme ayant manqué à ses obligations et ferait l'objet de poursuites ».

S'agissant du cas du mineur radicalisé ou en voie de radicalisation, la loi prévoit une dérogation au secret professionnel. Ce comportement peut constituer une « information préoccupante » telle que définie par à l'article R.226-2-2 du CASF et par conséquent être candidat au partage de l'information à une autorité mettant en œuvre la politique de protection de l'enfance ou y concourant<sup>87</sup>. L'autorité judiciaire pourra ainsi être informée<sup>88</sup>. Comme l'instruction, le Conseil de l'Ordre indique que « *Le médecin peut donc transmettre [un comportement de radicalisation] à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département* ».

La question est déontologiquement plus complexe lorsqu'il s'agit d'un majeur. L'instruction du 8 janvier 2016, reprenant dans son annexe une fiche d'orientation réalisée par l'Ordre des médecins, se contentait ainsi de constater que « *les médecins se trouvent face à un cas de conscience où ils peuvent légitimement estimer ne pas devoir garder pour eux ce qui leur a été confié ou remarqué* », les invitant à « *se tourner vers les conseils départementaux [de l'Ordre] pour solliciter avis et conseils* ».

La récente position de l'Ordre est un peu plus éclairante. L'Ordre justifie la dérogation au secret médical par la nécessité pour le médecin de respecter les dispositions du code pénal (articles 223-6, 1<sup>er</sup> alinéa et 226-14 3<sup>o</sup>). « *Pour l'Ordre, ces dérogations peuvent être regardées comme suffisantes pour couvrir l'ensemble des situations auxquelles les médecins sont susceptibles de se trouver confrontés au regard du risque de passage à l'acte terroriste sous tout type de forme* ».

Cependant, la position du Conseil de l'Ordre est rapidement confrontée au fait que « *devant certaines situations pressenties comme de radicalisation avérée de nature à faire craindre un comportement dangereux de la part du patient, mais plus ou moins caractérisées, les médecins peuvent se trouver face à un conflit de devoirs où ils peuvent légitimement estimer ne pas devoir garder pour eux ce qui leur a été confié, compris ou remarqué, tout en ayant une hésitation sur l'attitude à adopter* ».

Ce qui pose problème en Droit c'est donc moins la dérogation au secret médical que la caractérisation juridique de la « radicalisation ». Cette radicalisation constitue t-elle, en elle-même, un « danger » ? « *La position de l'Ordre des médecins est de préconiser la pleine application des textes en vigueur et en particulier ceux du code pénal qui s'adressent à tout citoyen plutôt que de créer de nouvelles dérogations au sujet desquelles on ne peut mesurer les possibles dérives ultérieures* ».

Il est à noter que la position développée par le Conseil de l'Ordre ne s'étend naturellement pas à celle des juges administratifs, judiciaires et répressifs en cas de poursuites disciplinaires,

---

<sup>87</sup> Article L.226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

<sup>88</sup> L'article L.112-3 du CASF dispose en effet que « *la protection de l'enfance [...] comprend [...] les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection* ».

indemnitaires ou pénales.

S'il est vrai qu'il « n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret »<sup>89</sup>, il semble bien que l'exigence de sûreté nationale l'emporte (au moins sur le plan éthique) sans qu'un texte spécifique n'ait permis cette rupture de confiance...

Introduire un nouveau texte permettant une dérogation au secret médical en cas de radicalisation pourrait avoir un effet pervers : rompre le lien de confiance entre médecin et personne radicalisée, et, par conséquent, rendre cette dernière encore moins détectable...

## **SECTION 2 : De lourdes responsabilités assumées par le directeur de l'établissement**

La préparation de la structure de santé face à la menace terroriste fait peser sur l'établissement et son représentant de très lourdes responsabilités (§1). Lourde tâche aux enjeux majeurs, la préparation à un tel événement est susceptible de générer des angoisses chez le DH, qui s'arme progressivement pour les maîtriser (§2).

### **§ 1) Une multiplicité des responsabilités**

Si la réponse de l'établissement face à l'attentat terroriste est susceptible d'engager sa responsabilité et celle du directeur en Droit, l'opportunité de telles poursuites semble les exclure en pratique (A). En revanche, leur responsabilité politique et médiatique est bien réelle (B).

#### **A – De lourdes responsabilités juridiques mais difficilement envisageables en pratique**

Le défaut de préparation à la menace terroriste peut, en Droit, donner lieu à des poursuites pénale (1) et indemnitaires (2). L'opportunité des poursuites commande toutefois de relativiser ces cas.

##### *1) La responsabilité répressive*

En principe, pour engager la responsabilité pénale, il est nécessaire de réunir un élément légal (le texte juridique consacrant l'infraction), un élément intentionnel (qui admet des nuances) et un élément matériel (comportement fautif, préjudice et lien de causalité entre ce comportement et le

---

<sup>89</sup> Professeur Louis PORTES, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins à l'académie des sciences morales et politiques le 5 juin 1950.

préjudice).

La responsabilité pénale du directeur peut être engagée même en cas de faute non-intentionnelle. Il s'agirait en l'espèce du décès d'un patient pris en charge par l'hôpital, ou bien de la survenue d'un attentat au sein même de l'hôpital, qui blesserait ou tuerait personnels et usagers<sup>90</sup>.

Depuis la loi du 10 juillet 2000, la faute non-intentionnelle commise par le directeur devra être distinguée selon qu'elle est la cause directe ou indirecte du préjudice. Si la cause est directe, une faute d'imprudence inconsciente suffira (faute simple)<sup>91</sup>. En revanche si la cause est indirecte la faute d'imprudence devra être consciente (faute délibérée ou caractérisée)<sup>92</sup>.

Le cas le plus probable est l'engagement de la responsabilité du directeur sur la base d'une causalité indirecte. Le directeur qui violerait de façon délibérée ou caractérisée une obligation de sécurité pourra être poursuivi en cas de préjudice. Le risque d'une pareille poursuite est de plus en plus élevé pour le directeur puisque les dispositions imposant des obligations de sécurité ne cessent de fleurir... Les obligations inhérentes à la sécurité incendie par exemple, seront déterminantes en cas d'attentat (issues de secours, alarme, évacuation), de même que l'adoption d'un PSE opérationnel<sup>93</sup>. Outre les dispositions spécifiques à la fonction publique (et plus spécifiquement au directeur d'hôpital en sa qualité de chef de service)<sup>94</sup> les obligations de sécurité vis-à-vis du personnel sont renforcées par l'application de dispositions issues du code du travail<sup>95</sup>. L'absence de PSE par exemple, pourrait être constitutif d'une violation manifestement délibérée « *d'une obligation particulière de prudence ou*

---

90 Articles 123-3, 221-6, 222-19 et 222-20 du code pénal.

91 Article 123-3 alinéa 3 du code pénal : « *Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait* ».

92 Article 123-3 alinéa 4 du code pénal : « *Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer* ».

93 Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé : « *Les établissements de santé publics et privés devront élaborer une politique globale de sécurité intégrant notamment la prévention des attentats. Dans ce domaine, la responsabilité des établissements s'exerce tant vis-à-vis du personnel, au titre de la responsabilité de l'employeur, que vis-à-vis des patients, usagers et prestataires* ».

94 Article 2-1 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique : « *Les chefs de service sont chargés, dans la limite de leurs attributions et dans le cadre des délégations qui leur sont consenties, de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité* ».

95 L'article 3 du décret du 28 mai 1982 commande l'application des règles définies aux livres Ier à V de la quatrième partie du code du travail dans la fonction publique. L'article L.4122-1 du Code du travail en devient alors applicable : « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° 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* ».

*de sécurité prévue par la loi ou le règlement*». De même en l'absence de formations plan blanc...

La faible probabilité de survenance d'un attentat ne doit pas conduire le directeur à prendre cette responsabilité pénale à la légère. L'infraction de « mise en danger de la vie d'autrui » peut être mise en œuvre alors même qu'aucun dommage n'est survenu <sup>96</sup> ! Enfin, il convient de préciser que la délégation de signature ou de missions n'entraîne pas de transfert de responsabilité du directeur vers le délégataire.

Le directeur d'hôpital fonctionnaire sera en partie protégé par l'article 11 bis du statut général de la fonction publique<sup>97</sup> qui prévoit une appréciation *in concreto* des fautes dès lors que la causalité est directe. Mais cette protection ne jouera pas en cas de causalité indirecte (la plus probable en cas d'attentat). Afin de se dégager de toute responsabilité, le directeur d'hôpital pourra essayer de faire jouer ce que certains auteurs ont appelé « l'excuse budgétaire »<sup>98</sup>. Il devra montrer qu'il a mis en œuvre tous les moyens qui étaient à sa disposition pour prévenir le risque, et que le trop faible budget affecté à la sécurité ne relève pas de ses compétences mais des dotations délivrées par l'ARS.

L'article 121-1 du code pénal qui dispose que « *Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait* », n'exclut pas la responsabilité pénale de l'établissement de santé. L'article suivant dispose ainsi que « *Les personnes morales, à l'exclusion de l'État, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121-4 à 121-7, des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants* ». Selon cet article, si le directeur (représentant de l'ES) commet une faute pour le compte de l'ES, la responsabilité pénale de l'ES pourra être engagée (cumul des responsabilités possible)<sup>99</sup>. Le directeur comparaitra devant les juridictions pénales en qualité de représentant. Contrairement à la responsabilité pénale personnelle du directeur, la responsabilité de l'ES ne distingue pas la causalité directe ou indirecte (l'article 121-3 ne s'applique pas aux personnes morales)<sup>100</sup>. Le fait que l'infraction doive avoir été commise « *pour le compte* » de l'établissement de santé n'induit pas que la faute commise par le représentant l'ait été de façon délibérée. Les

---

96 Article 223-1 du Code pénal : « *Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

97 Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

98 FAUGEROLAS, P., Sécurité, précaution et responsabilité du directeur d'hôpital, *RDSS*, n°3, 1999, p.546-562.

99 Article 123-3 du Code pénal : « *La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article 121-3* ».

100 Cass.crim., 24 octobre 2000, n° 00-80.378, Bull. crim. n°308 : « *Attendu qu'il résulte des articles 121-2, 121-3 et 222-19 du Code pénal, tant dans leur rédaction antérieure à la loi du 10 juillet 2000 que dans celle issue de cette loi, que les personnes morales sont responsables pénalement de toute faute non intentionnelle de leurs organes ou représentants ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique constitutive du délit de blessures involontaires, alors même qu'en l'absence de faute délibérée ou caractérisée au sens de l'article 121-3, alinéa 4, nouveau, la responsabilité pénale des personnes physiques, ne pourrait être recherchée* ».



infractions d'imprudence et de négligence peuvent être poursuivies.

En pratique, l'engagement de ces deux responsabilités doit être très sévèrement nuancé. Les circonstances d'un tel événement réduiront probablement l'opportunité des poursuites à une peau de chagrin. Reste que les poursuites pourront être forcées par la constitution comme parties civiles des victimes de l'attentat.

## 2) La responsabilité indemnitaire

Les agents ou usagers victimes pourront engager la responsabilité indemnitaire devant le juge administratif ou devant le juge judiciaire selon la nature juridique de l'hôpital et le régime juridique applicable à son directeur.

S'il s'agit d'un établissement de santé public, la responsabilité indemnitaire de l'hôpital pourra être recherchée devant le juge administratif (JA). La responsabilité indemnitaire du directeur ne pourra cependant être recherchée qu'en cas de faute personnelle devant le juge judiciaire (JJ). L'hypothèse du cumul de fautes<sup>101</sup> ou de responsabilités<sup>102</sup> est lui aussi envisageable. Dans ce cas la victime pourra choisir d'engager la responsabilité personnelle du directeur devant le JJ, ou la responsabilité du service public devant le JA (des actions récursoires seront possibles).

En revanche, s'il s'agit d'un établissement de santé privé, l'action devra être portée devant le juge judiciaire. C'est la responsabilité de l'établissement qui sera engagée, à moins que le directeur ai commis une faute inexcusable.

En réalité, il est très peu probable que les victimes intentent de telles poursuites. Il a été prévu que les victimes d'attentats terroristes pourront obtenir réparation de l'intégralité de leurs préjudices auprès de l'ONIAM (régime indemnitaire). Cette voie empruntée par les victimes n'empêchera pas le fonds d'indemnisation de se retourner vers le responsable via une action récursoire (si tant est qu'une faute ait été commise par l'établissement de santé).

## **B – Une responsabilité politique et médiatique éminemment sensible**

En cas de crise, la responsabilité politique du directeur sera engagée. Une mauvaise gestion de la crise en raison d'une préparation insuffisante aura de lourdes conséquences. L'autorité de nomination du directeur pourra s'appuyer sur l'article L.6143-7-2 du CSP pour mettre fin à ses fonctions<sup>103</sup>. Le directeur devra également rendre des comptes aux autorités nationales. À titre

---

101 CE, 3 février 1911, n°34922, *Anguet*, Lebon 146 ; GAJA, 21<sup>e</sup> éd. 2017, n°21.

102 CE, 26 juillet 1918, n°49595, *époux Lemonnier*, Lebon 761 ; GAJA, 21<sup>e</sup> éd. 2017, n°31.

103 Article L.6143-7-2 du CSP : « *Le Directeur est nommé [par différentes autorités selon la nature de l'établissement de santé]. Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination* ».

d'exemple, Martin HIRSCH (Directeur de l'AP-HP) a été entendu par le Parlement à la suite des attentats du 13 novembre 2015 afin d'y justifier sa gestion de la crise<sup>104</sup>. *A contrario*, une gestion de crise adéquate sera saluée<sup>105</sup>.

La responsabilité médiatique de l'établissement sera également accrue. Lors des attentats de janvier 2015, des journalistes se sont déplacés aux abords des établissements de santé prenant en charge les victimes. Lors de la gestion de crise, le directeur doit rester maître des informations captées par les médias, qui relaient l'information en direct... Il sera, par exemple, soucieux de ne pas permettre aux médias de prendre des clichés des lieux d'entrée dans les urgences (tris des victimes) ou de gestion des corps. Une mauvaise gestion de la crise serait de nature à dégrader l'image et la réputation de l'établissement de santé. Une perte de confiance massive vis-à-vis de l'établissement, et plus généralement du système de santé serait alors à déplorer.

## **§ 2) Une angoisse légitime de mieux en mieux maîtrisée**

Face à ces missions titanesques, il est normal que le directeur d'hôpital soit saisi par l'angoisse. Il y a un risque que la peur s'empare de lui et le conduise à l'inertie (A). Fort heureusement, ces mécanismes psychologiques sont contrés par une préparation du directeur à la gestion de crise (B).

### **A – Le déni de réalité comme mécanisme de défense face à l'impréparation**

Devant l'impact psychologique d'une pareille crise à gérer, le directeur peut avoir naturellement tendance à repousser le moment où il devra s'emparer de la question.

Selon le philosophe Pierre LE COZ, « *révélateur et moteur de la révision émotionnelle, l'angoisse joue le rôle d'un système d'alarme qui nous avertit que nous sommes en présence d'un problème auquel nous n'avons pas trouvé de solution satisfaisante* »<sup>106</sup>. Il est donc important que le directeur prenne conscience des enjeux inhérents à une telle situation, et qu'il s'attache à trouver des solutions à ces problèmes plutôt que de les différer. La formule d'Henry KISSINGER selon laquelle « *Il ne peut pas y avoir de crise la semaine prochaine : mon agenda est déjà plein* »<sup>107</sup> ne relève malheureusement que de l'ironie.

---

104 Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, *op. cit.*, Tome 2.

105 Intervention de Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Organisation du retour d'expérience (RETEX) sur les attentats du 13 novembre 2015*, Mercredi 20 janvier 2016.

106 LE COZ, P., Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale, *Texte d'intervention devant l'Académie Nationale de médecine*, 24 février 2009.

107 Henry Alfred KISSINGER.

Il n'est pas rare que certains directeurs ne se déplacent pas pour les formations plan blanc, ou les prennent « à la légère ». Ce processus est normal si on en croit les auteurs spécialistes de la question : « *La culture de crise passe [...] par la prise de conscience, chez tous les individus de l'organisation ou de l'entreprise, qu'un événement peut impacter gravement le fonctionnement de l'organisation ; cela revient à garder à l'esprit l'idée que les crises existent et qu'elles peuvent survenir, qu'elles concernent chacun de nous comme citoyen, employé, voir comme participant à la cellule de gestion de crise. Nous devons être capables de reconnaître l'événement : "Nous sommes en crise !" et ne pas nous réfugier dans le déni de la crise ; il convient donc de "ne pas se mentir" »*<sup>108</sup>. La formation leur fait prendre conscience des enjeux et ce sont souvent ces mêmes directeurs qui sont ensuite en demande d'exercices plus réguliers !

## **B – Un directeur de mieux en mieux préparé à la gestion de crise**

La préparation du directeur à la gestion de crise est de plus en plus complète. Comme en témoignent les directeurs d'hôpital en fin de carrière, la gestion d'une crise, qui plus est terroriste, n'était pas à l'ordre du jour de leur formation à l'École Nationale de Santé Publique (ancien nom de l'EHESP). La formation à la gestion de crise a aujourd'hui trouvé sa place dans les formations dispensées aux élèves directeurs à l'École des Hautes Études en Santé Publique. De plus, conformément aux instructions ministérielles, l'EHESP propose depuis 2017 des formations continues à la gestion de crise<sup>109</sup>. La mise en pratique enfin, permet au directeur de prendre conscience de ses points forts et de ses faiblesses. Identifier son stress notamment, permet de sortir plus rapidement d'une phase de « sidération » et de rester en capacité de prendre les meilleures décisions<sup>110</sup>. Ainsi, des exercices spécifiques sont dispensés aux directeurs. Le CHU de Rennes par exemple délivre une formation pas à pas aux directeurs effectuant des gardes. Avant d'être formé à la gestion de crise en cellule de crise hospitalière (CCH), le directeur doit être en capacité de

---

108 CROCQ, L., *Gérer les grandes crises*, op.cit., 2009, p. 166 et s.

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

Instruction DGS/DUS/SGMAS/SHFDS n° 2016-40 du 22 janvier 2016 relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé.

Catalogue Formation continue 2018 – EHESP (<https://formation-continue.ehesp.fr/catalogue-2018/m/data/document.pdf>).

110 CROCQ, L., *Gérer les grandes crises*, op.cit., 2009, p. 22 et p. 42 : « *La crise place l'homme en situation d'impuissance et de soumission, il a la sensation de perdre la main sur les événements et va chercher par tous les moyens à la reprendre. Cette sensation est à l'origine même du stress qui se développera dès l'avènement de la crise. De la même manière qu'il va tenter de le diminuer et d'annihiler ses effets l'homme tentera de maîtriser la crise. La bonne "gestion de crise" va donc commencer par la bonne "gestion de soi en crise" »*. « *Il est donc nécessaire de connaître ce stress que l'on devra subir en situation de crise et savoir qu'il peut être aussi bien bénéfique et mobilisateur de nos capacités que nocif, perturbateur, désorganisant, voire paralysant. Or être conscient que l'on est sous stress, c'est déjà faire un premier pas pour le canaliser, le maîtriser et le réduire »*.

déclencher le plan blanc et d'armer la CCH.

Une fois formés, ce sont les directeurs eux-mêmes qui sont à l'origine d'initiatives, comme la demande de révision des « fiches acteurs » pour une meilleure adaptation à leurs compréhension et besoins ! Certains vont même jusqu'à faire usage de la loi de Murphy, selon laquelle « *Tout ce qui est susceptible de mal tourner tournera nécessairement mal* »<sup>111</sup>. Alors qu'elle pouvait avant la formation entraîner chez eux un pessimisme, la formation à la gestion de crise devient une règle de conception visant à atteindre l'excellence organisationnelle (système de fonctionnement en cas de panne informatique, de panne électrique ou de réseau)<sup>112</sup>.

La plus grande part de préparation à l'attentat est orchestrée par le directeur d'hôpital. Cependant, des autorités extérieures viennent en appui de ses compétences afin de lui rendre la tâche plus aisée.

---

111 Ingénieur aérospatial américain, Edward Aloysius MURPHY a travaillé sur la sûreté du fonctionnement de systèmes critiques. Selon lui, « *S'il existe au moins deux façons de faire quelque chose et qu'au moins l'une des deux façons peut entraîner une catastrophe, il se trouvera forcément quelqu'un quelque part pour emprunter cette voie* ».

112 Sans préjuger de la véracité de la loi de Murphy, il convient de s'organiser comme si celle-ci était vraie.

## **CHAPITRE 2 : Une préparation assistée par de multiples acteurs**

Si au sein de l'hôpital le directeur est aidé dans sa préparation à la crise par les agents qu'il missionne, il est également appuyé par plusieurs autorités extérieures. Celles-ci se situent à un échelon de la hiérarchie administrative plus ou moins proche de l'établissement, et leur aide est plus ou moins concrète.

Par ordre hiérarchique décroissant, la première autorité à appuyer le directeur est l'État. À travers le ministère de la santé et ses différents services, il fournit à l'établissement une méthodologie pour la structuration de ses plans de crise (Section 1). Viennent ensuite les acteurs territoriaux : le préfet et l'ARS. La préparation d'une gestion de crise s'envisage à l'échelle régionale. Selon la stratégie qu'elles auront arrêtées, ces autorités inciteront l'établissement à adopter une certaine ligne de conduite, et lui garantiront les moyens de sa préparation (Section 2).

Enfin, la coopération entre établissements de santé permet le partage des connaissances et des expériences. Elle est pour ces raisons de plus en plus formalisée (Section 3).

### **SECTION 1 : L'appui du directeur par le ministère de la santé : une autorité lointaine mais structurante**

Le ministère de la santé, fort de son expertise, va apporter un réel appui à l'établissement de santé dans l'élaboration d'outils logistiques de gestion de crise (§1). Pour des raisons évidentes d'éloignement institutionnel, l'aide apportée sur le terrain est en revanche assez faible (§2).

#### **§ 1) L'harmonisation des politiques et des outils logistiques de gestion de crise**

Pour harmoniser les politiques de gestion de crise des différents établissements de santé français, le ministère de la santé les contraint par la production d'instructions normatives (A). Ces instructions sont aussi un moyen pour le ministère de mettre à la disposition des établissements des outils logistiques de gestion de crise tels que des guides d'élaboration de plans (B).

#### **A – La publication d'instructions normatives : une marche forcée pour les directeurs d'établissements**

Pour décliner sa politique, le ministère fait un usage courant des circulaires et instructions. La préparation des établissements de santé à la menace terroriste n'y fait pas exception. C'est essentiellement la sous-direction « Veille et Sécurité Sanitaire » (VSS) de la Direction Générale de

la Santé (DGS) qui rédige ces textes<sup>113</sup>. Ils permettent aux établissements de santé (et qui plus est aux autres administrations telles que les ARS) de comprendre la démarche pensée par le Gouvernement. Autrement dit, de situer leur action dans la feuille de route du ministère<sup>114</sup>. Certaines des circulaires et instructions conduisent à orienter largement la préparation des ES aux attentats terroristes. Par exemple : l'opérationnalité des plans blancs<sup>115</sup> ; la mise en place d'un PSE<sup>116</sup> ; les actions de formations<sup>117</sup>.

La question de la valeur contraignante de ces textes doit être posée. Les termes « circulaire » et « instruction » sont employés indifféremment en Droit<sup>118</sup>. Il s'agit de prescriptions adressées aux services afin de préciser une disposition législative ou réglementaire, ou bien afin de définir l'organisation et le fonctionnement d'un service.

Seules les circulaires qualifiées par le juge d' « impératives »<sup>119</sup> ont une valeur normative. Pour le déterminer, le juge se réfère à la portée juridique de la norme. Si le contenu de la norme semble « impératif », la circulaire sera dite impérative. Si le contenu de la norme est plutôt « indicatif », la circulaire sera non impérative. Cette distinction permet notamment au juge de savoir si l'autorité auteure de la norme était bien compétente pour l'adopter (« les ministres ne disposent pas du pouvoir réglementaire, qui appartient au Premier ministre et, par exception au Président de la République<sup>120</sup>. Ils ne peuvent adopter des textes à valeur réglementaire qu'en application d'habilitations législatives ou réglementaires expresses dans des domaines déterminés, ou en application de la jurisprudence Jamart<sup>121</sup> (organisation et fonctionnement du service).

En pratique (et c'est notamment pour cette raison que les circulaires sont utilisées de façon intensive), le directeur n'a ni le temps ni les compétences pour s'interroger sur la valeur juridique de ces circulaires et instructions. Il les appliquera, sauf à ce qu'elles soient manifestement illégales. Qui

---

113 Anciennement appelé « Département d'Urgence Sanitaire » (DUS), la sous-direction VSS regroupe trois bureaux : le Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS), le bureau risques infectieux émergents et vigilances (VSS1) et le bureau préparation aux crises (VSS2).

114 Intervention de Marisol TOURAINE, *RETEX sur les attentats du 13 novembre 2015*, *op. cit.*

115 Instruction n° 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 face aux attentats terroristes.

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

117 Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

118 CORNU, G., *Vocabulaire juridique*, 10<sup>e</sup> éd., P.U.F., 2014 (Publication de l'Association Henri Capitant) : définition de la circulaire : « *Instruction adressée par un supérieur hiérarchique au personnel placé sous son autorité et qui, destinée à guider l'action des fonctionnaires et agents dans l'application des lois et règlements, ne contient en principe aucune décision à l'égard des administrés ; mesure d'ordre intérieur non susceptible de critique contentieuse devant les tribunaux que, par ailleurs, elle ne lie pas* ». Une circulaire réglementaire étant définit « *contrairement au sens ci-dessus, comportent des dispositions juridiques propres concernant les droits des administrés et qui comme telles tombent sous le contrôle du juge* ».

119 CE, sect., 18 déc. 2002, *Mme Du vignères*, n°233618, Lebon 463 ; *GAJA*, 21<sup>e</sup> éd., 2017, n°103.

120 Articles 13 et 21 de la Constitution française du 4 octobre 1958.

121 CE, sect., 7 févr. 1936, *Jamart*, n° 43321, Lebon 172 ; *GAJA*, 21<sup>e</sup> éd., 2017, n°45.

plus est, si elles posent de nouvelles obligations, elles seront forcément qualifiées par le juge d'impératives...

Par conséquent, si ces instructions permettent aux directeurs d'hôpital de connaître leur rôle dans la politique de préparation de crise, elles sont surtout un moyen de les forcer à mettre en place une politique volontariste et harmonieuse sur tout le territoire national.

## **B – L'élaboration de guides visant à faciliter l'élaboration des plans par les établissements de santé**

Afin de faciliter la conception et l'harmonisation au niveau national des stratégies de réponse des établissements de santé face à la menace terroriste, des « Guides » d'aide à l'élaboration des « plans » sont régulièrement mis à la disposition des directeurs.

Après une première édition en 2004, un « Guide d'aide à l'élaboration des [...] plans blancs des établissements de santé » a été adopté en 2006<sup>122</sup>. Ce guide est très complet et très précis. Il détaille la manière dont le plan blanc d'établissement doit être structuré, les comportements que doivent adopter les acteurs avant, pendant et après la crise, les relations entre les autorités... Bien qu'il évoque à quelques endroits la menace terroriste, l'évolution de cette SSE commande l'adoption d'un nouveau guide. Encore en projet, celui-ci devrait être publié avant la fin de l'année 2018.

Plus récemment, c'est un guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement qui a été publié par le ministère de la santé<sup>123</sup>. Un « mémento à l'usage du directeur d'établissement de santé » traitant de la cybersécurité vient d'être publié<sup>124</sup>.

Aussi pédagogiques soient-ils, ces guides n'ont le même degré d'utilité pour tous les établissements de santé. Les établissements de santé de petite taille et disposant de faibles moyens vont utiliser pleinement ces guides (logique *top-down*). Les établissements de grande taille eux, ne les utiliseront qu'à la marge. En effet, ces établissements sont généralement invités par le ministère pour contribuer à l'élaboration des guides (logique *bottom-up*). À cette occasion les établissements diffuseront leur mode de fonctionnement dans les différents guides.

Le fait que ces guides soient souvent « annexés » à des circulaires ou instructions pose la question de leur valeur juridique. La valeur juridique de ces annexes manque de clarté en Droit. Le Guide de légistique indique que « *Ces annexes sont de nature juridique variable. Certaines ont la même valeur juridique que le texte lui-même et appellent donc, pour leur rédaction, la même rigueur que celle apportée à la rédaction de celui-ci. D'autres n'ont qu'une valeur indicative* ».

La question peut se poser d'autant plus qu'il a été jugé qu'une circulaire pouvait être « divisible », et

122 [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_blanc2006-2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_blanc2006-2.pdf)

123 [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_d\\_aide\\_a\\_l\\_elaboration\\_du\\_pse\\_-\\_version\\_avril\\_2017.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_d_aide_a_l_elaboration_du_pse_-_version_avril_2017.pdf)

124 [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_memento\\_ssi\\_131117.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_memento_ssi_131117.pdf)

par conséquent être pour partie impérative, et pour partie non-impérative<sup>125</sup>.

Comme pour les circulaires et instructions, il convient donc de se référer à la portée juridique de l'annexe pour en connaître la valeur. Le Guide PSE 2017 se révèle toutefois très clair, puisqu'il dispose lui-même que « *Pour une meilleure compréhension de ce guide, une charte graphique différencie les contenus exigés dans le PSE de ce qui relève de l'orientation ou du commentaire à destination du rédacteur du plan* »<sup>126</sup>.

## **§ 2) Une aide concrète résiduelle**

Très naturellement, si l'appui logistique du ministère est important, son aide sur le terrain s'avère beaucoup plus résiduelle. Le ministère a la capacité d'organiser ponctuellement des formations (A) et des exercices (B).

### **A – L'organisation ponctuelle de formations**

La réalisation des formations aux SSE relève de la compétence du directeur d'hôpital. Elles sont organisées par l'établissement ou par l'ARS. Pour autant, les autorités territoriales ne disposent pas nécessairement des ressources humaines compétentes pour réaliser ces formations (notamment lorsqu'il s'agit de techniques nouvelles).

Il peut donc arriver que le ministère prenne l'initiative des formations. Dans ce cas, l'objectif est que les formés deviennent à leur tour formateur, et diffusent leurs connaissances dans leurs régions respectives. Ce fût le cas pour les premières formations au *damage control*. Une poignée de médecins ont bénéficié d'une formation nationale dédiée, puis ont été chargés de décliner la formation au niveau des établissements<sup>127,128</sup>.

Bien qu'il ne s'agisse pas de « formations » à proprement parlé, le ministère a démontré sa capacité à mettre en place des « Task Force » (force opérationnelle temporaire affectée à une mission

---

<sup>125</sup> CE, sect, 28 nov. 1958, *Lepouse*, Lebon 596.

<sup>126</sup> *Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE)*, Ministère des Affaires sociales et de la santé, avril 2017, *op.cit.*, p.58.

<sup>127</sup> Instruction n°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 (diffusion restreinte).

<sup>128</sup> *Agression collectives par armes de guerres : conduites à tenir pour les professionnels de santé*, 2018, Ministère de l'intérieur, Ministère des armées et Ministère des solidarités et de la santé, *op.cit.* : avant propos du Professeur Benoît VALLET, Directeur général de la santé du 23/10/2013 au 8/01/2018 : « Le professeur Pierre CARLI, président du CNUH et le professeur François PONS, alors directeur de l'école du Val-de-Grâce, ont constitué un comité pédagogique afin d'élaborer deux sessions de formation nationale de formateurs. Celles-ci se sont déroulées les 20 et 21 avril 2016 à l'école du Val-de-Grâce puis les 24 et 25 mai 2016 au CHRU de Lille. Les formateurs ainsi formés ont permis, dans un temps record, de décliner cette formation sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), dans tous les établissements de santé susceptibles d'assurer la prise en charge de ce type de blessés mais aussi dans les services d'incendie et de secours dans le cadre des complémentarités interservices ».



donnée)<sup>129</sup>, équipe *ad hoc* ayant pour mission d'assurer la mise à niveau des établissements de santé sur des points très précis. Des formations pourraient être dispensées dans ce cadre.

Enfin, le récent vade-mecum interministériel (ministère de l'intérieur, ministère des armées et ministère des solidarités et de la santé) intitulé « *Agressions collectives par armes de guerre, conduites à tenir pour les professionnels de santé* » participera à la diffusion des nouvelles techniques de prise en charge de blessés par arme de guerre.

## **B – L'organisation ponctuelle d'exercices nationaux**

Des exercices nationaux sont ponctuellement organisés par le Ministère. Ils sont l'occasion pour l'établissement de santé de tester à grande échelle son dispositif de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle (notamment à un attentat terroriste). Toutefois l'objectif premier de ces exercices est beaucoup plus large : tester la réponse du système de santé dans son ensemble. La plus-value de ces exercices est très importante, puisqu'elle va permettre aux différents acteurs d'entrer en contact et de travailler ensemble. Qui plus est, l'exercice sera préparé et orchestré par le ministère, ce qui en garanti la qualité.

Au cours de ces exercices tous les acteurs peuvent être mobilisés : *les établissements de santé, plusieurs ARS, le niveau zonal, les préfectures concernées, les services de la sécurité civile, les forces de police, la cellule de crise au niveau ministériel, l'autorité judiciaire.*

Il peut s'agir d'exercices « terrain » (déploiement des moyens en « réel ») ou d'exercices « cadre », également appelés exercices « sur table » (exercices consistant en la communication d'informations et en l'élaboration de stratégies, sans projection de moyens humains sur le terrain).

Les dates de ces exercices sont généralement annoncées aux établissements de santé par voie d'instruction ministérielle (diffusion restreinte). Le ministère peut toutefois décider d'organiser un exercice « inopiné » (« stress test ») afin de créer un effet de surprise chez les participants. Cela permet de mieux se rendre compte de l'opérationnalité réelle des dispositifs.

Le directeur d'hôpital n'est donc pas seul dans sa préparation à la crise. Cet appui lointain mais efficace du ministère se conjugue avec un appui au quotidien par les autorités territoriales.

---

<sup>129</sup> Une Task Force interministérielle ayant une mission d'appui à la gestion du risque Ebola avait été mise en place en mars 2015, après une lettre de mission du 14 novembre 2014 du Directeur de cabinet de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

## **SECTION 2 : L'appui du directeur par les autorités locales : la préfecture et l'ARS**

À l'échelon local, le directeur d'hôpital est appuyé par les deux autorités de référence en matière sanitaire. Parce que la mission de préparation à l'attentat s'effectue dans le domaine sanitaire, l'Agence Régionale de Santé (ARS) interviendra. Mais, parce qu'il s'agit d'une menace à l'ordre public, la compétence du Préfet est également justifiée. Il convient donc d'identifier le rôle de chacune de ces deux autorités dans de pareilles circonstances (§1). L'attentat commande d'envisager la réponse du système de santé à l'échelle de l'établissement mais aussi à l'échelle territoriale. Les autorités vont élaborer une stratégie régionale, ce qui va limiter la marge de manœuvre du directeur (§2). C'est toutefois bien lui qui reste maître de ses choix, l'ARS n'intervenant qu'en appui du directeur (3).

### **§ 1) L'identification délicate de l'autorité sanitaire compétente au niveau régional en cas d'attentat**

L'identification de l'autorité compétente en cas d'attentat terroriste balistique est délicate pour plusieurs raisons tenant à la nature de la crise, au pouvoir des autorités et à la nature de la réponse déployée par l'État. Ainsi, la compétence à l'échelle régionale revient automatiquement au préfet (A). Pour autant, l'ARS reste bien le pilote de la réponse du système sanitaire (B).

#### **A – Une compétence sanitaire juridiquement captée par le Préfet<sup>130</sup>**

En période normale, la mission de « protection de la santé »<sup>131</sup> des populations revient à l'État<sup>132</sup>. Afin de l'adapter aux différents territoires, cette compétence a été partagée avec les Agences Régionales de Santé (ARS). Alors que le plus souvent les transferts de compétences de l'État participent du mouvement de déconcentration, la loi HPST du 21 juillet 2009 a fait le choix d'une décentralisation de façade<sup>133</sup>. L'ARS dispose donc d'une personnalité juridique distincte de celle de l'État<sup>134</sup>. Pour autant, la réforme a pris le soin de préciser que l'ARS exerce ses compétences au nom de l'État<sup>135</sup>.

---

130 Pour développer ces aspects, aller voir : APOLLIS, B., Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009, *RGDM*, numéro spécial, n°15, 2011, p.59-74.

131 Alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 (bloc de constitutionnalité).

132 Article L.1411-1 du CSP : « *La politique de santé relève de la responsabilité de l'État* ».

133 Le DGARS fait partie des emplois « à la discrétion du Gouvernement ». Marie-Laure MOQUET-ANGER relève que l'ARS est une « *catégorie des administrations déconcentrées de l'État, le statut d'établissement public n'étant qu'une façade de décentralisation au demeurant purement fonctionnelle malgré l'image de verticalité* » : MOQUET-ANGER, M.-L., Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé, *JCP A*, 2009, n°2224, n°9.

134 Article L.1432-1 du CSP : « *Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé [...]* ».

135 Article L.1432-2 du CSP : « *Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, [ses]*

Comme exposé par Benoît APOLLIS, « *Puisque la personnalisation [de l'ARS] empêche de qualifier la territorialisation qu'elle incarne de déconcentration, il est cohérent de vérifier que les compétences sanitaires des préfets diminuent au profit de ces nouveaux établissements publics. Ce qui frappe tout de suite c'est donc un net retrait préfectoral en matière sanitaire* »<sup>136</sup>. Pour cette raison, les auteurs ont pu surnommer le Directeur Général de l'ARS (DGARS) le « préfet sanitaire » ou le « quasi-préfet de la santé »<sup>137</sup>. L'article 2 du décret relatif aux pouvoirs du préfet dispose désormais que « *Le préfet de région est responsable de l'exécution des politiques de l'État dans la région, sous réserve des compétences de l'agence régionale de santé, ainsi que de l'exécution des politiques communautaires qui relèvent de la compétence de l'État* »<sup>138</sup>.

Toutefois, dire que l'ARS exerce ses compétences au nom de l'État revient à donner un certain pouvoir au préfet, premier représentant de l'État sur le territoire. Le préfet ne peut donc pas se retrouver totalement dépossédé de ses attributions en matière sanitaire.

En cas d'attentat l'ordre public est menacé. Plus spécifiquement, au sein du triptyque classique c'est la sécurité qui risque d'être la plus atteinte<sup>139</sup>. L'autorité titulaire du pouvoir de police administrative a donc pour mission de prévenir ces atteintes. Le représentant de l'État titulaire du pouvoir de police est le maire à l'échelle de la commune, et le préfet dès lors que l'atteinte dépasse la seule commune. Dans de telles circonstances, le préfet recouvre sa compétence<sup>140</sup>. L'article L.1431-2 prend le soin de préciser que « *[Les ARS] contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire* ». En cas de crise donc, la compétence de l'ARS cède au profit de celle du préfet ! Pour simplifier, préfet sera « préfet de plein exercice » !

## **B – Une compétence sanitaire techniquement assurée par l'ARS**

Sans lui être inconnu, le domaine sanitaire n'est pas l'apanage du préfet. Comment attendre alors d'une autorité qu'elle pilote au mieux un aspect de la crise qu'elle ne s'est pas habituée à exercer ? Pour cette raison, l'alinéa 2 de l'article 13 du décret relatif aux pouvoirs du préfet dispose que « *Le préfet de département est également assisté dans l'exercice de ses fonctions du directeur général de l'agence régionale de santé et du responsable de sa délégation départementale dans le*

---

*compétences [si elles] ne sont pas attribuées à une autre autorité* ».

136 Pour développer ces aspects, aller voir : APOLLIS, B., Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009, *RGDM*, numéro spécial, n°15, 2011, *op. cit.*, p.59-74.

137 VIDANA, J-L., Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire, *RDSS*, 2012, p. 267-279.

138 Décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements (modifié par le Décret n° 2010-146 du 16 février 2010).

139 Défini par la loi du 5 avril 1884 et repris à l'article L.2212-2 du code général des collectivités territoriales.

140 Article 11 du décret du du 29 avril 2004 (modifié) : « *Le préfet de département a la charge de l'ordre public et de la sécurité des populations* ».

département, dans les conditions définies à l'article L. 1435-1 du code de la santé publique [...] ».

Ce même article L.1435-1 du CSP renvoie à la section « veille, sécurité et police sanitaires », et dispose que « *Le directeur de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent [...] de tout événement sanitaire [...] susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public. Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaires et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence* ».

En conséquence, palliant à son insuffisance d'expertise en matière sanitaire, le Préfet s'appuie sur les connaissances de l'ARS pour exercer les compétences qu'il lui a préemptées.

L'article L.1435-1 ajoute, de façon imparable, que « *Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public* » ! À cette fin, les textes prévoient la signature de protocoles entre le Préfet et le DGARS<sup>141</sup>.

Juridiquement, le préfet disposera donc de la compétence. Techniquement, son exercice sera assuré par l'ARS.

## **§ 2) La territorialisation de la réponse du système de santé : l'élaboration d'une stratégie régionale laissant peu de marge de manœuvre au DH**

L'ARS et le Préfet sont deux autorités territoriales qui sont chargées de réaliser des « plans » de réponse aux situations de catastrophe, notamment en cas d'attentat terroriste (Annexe 2). Le préfet élabore le dispositif ORSEC (A) et le DGARS le dispositif ORSAN (B).

### **A – Le dispositif ORSEC NOVI du Préfet**

Dès 1952 les pouvoirs publics se sont dotés d'un plan capable de répondre au besoin de sécurité de la population en cas de sinistre majeur, quelle qu'en soit l'origine<sup>142</sup>. L'acronyme du plan « ORSEC » signifiait alors « ORganisation des SECours ». Son ressort était départemental.

---

141 Article R.1435-2 et s du CSP. Notamment : « *I - Le préfet de département et le directeur général de l'agence régionale de santé établissent un protocole relatif aux actions et prestations mises en œuvre par l'agence pour le préfet de département. II – Le protocole départemental précise les modalités suivant lesquelles l'agence régionale de santé intervient pour préparer et, le cas échéant, mettre en œuvre les décisions relevant de la compétence du préfet de département au titre de la veille, de la sécurité et de la police sanitaire [...]* ». « *Le protocole [...] précise en outre les modalités selon lesquelles les moyens de l'agence régionale de santé sont, en cas d'événement porteur d'un risque sanitaire pouvant constituer un trouble à l'ordre public, placés pour emploi sous l'autorité du préfet de département* ».

142 Instruction interministérielle du 5 février 1952 sur l'organisation des secours dans le cadre départemental en cas de sinistre important (plan « ORSEC »).

L'acronyme ORSEC signifie aujourd'hui « Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile »<sup>143</sup>, mais sa fonction n'a pas changé : « *le plan Orsec départemental détermine, compte tenu des risques existant dans le département, l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre. Il définit les conditions de leur emploi par l'autorité compétente pour diriger les secours* »<sup>144</sup>. Le plan ORSEC est adopté, mis en œuvre et piloté par le préfet de département. Un dispositif ORSEC a également été envisagé au niveau zonal<sup>145</sup> dans le cas où les moyens déployés par le plan ORSEC départemental ne suffiraient plus à répondre à la crise, ou que la crise elle-même s'étendrait sur plusieurs départements.

Depuis 2004<sup>146</sup> le plan ORSEC est constitué d'un tronc commun de gestion de crise, et de dispositions spécifiques propres à certains risques préalablement identifiés. S'agissant du risque attentat balistique, c'est le volet NOVI (NOMBREUSES VICTIMES) du plan ORSEC qui sera mis en œuvre. S'il s'attache essentiellement à la sécurité civile, le plan ORSEC recouvre aussi la prise en charge pré-hospitalière des blessés. Les équipes SMUR, normalement placées sous l'autorité du DH, basculent sous le commandement du préfet, directeur des opérations de secours (DOS). Juridiquement, le préfet endosse alors une responsabilité opérationnelle sur ces équipes (sa responsabilité pourra être engagée s'il expose de façon injustifiée les équipes SMUR à un danger et qu'elles subissent un préjudice). En revanche, puisqu'il ne s'agit pas d'une « mise à disposition », le DH demeure responsable de ses équipes (un accident fruit du hasard sera considéré comme lié au service hospitalier).

Jusqu'en 2014, date de création du dispositif ORSAN, l'arrivée des patients à l'hôpital n'entraînait pas de réponse globale et coordonnée du système de santé. La seule mesure prise était l'activation des plans blancs d'établissements.

## **B – Le dispositif ORSAN AMAVI du DGARS**

C'est le DGARS qui a pour mission d'élaborer la réponse du système de santé à une situation sanitaire exceptionnelle. Ce schéma se veut être le continuum du plan ORSEC dans le domaine sanitaire. Pour cette raison, « *Le dispositif ORSAN est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis des préfets de département [...] concernés et du directeur général de l'agence régionale de santé de zone* »<sup>147</sup>. Comme pour le plan ORSEC, il existe deux niveaux de réponse : l'ORSAN régional et l'ORSAN zonal.

---

143 Circulaire du 29 décembre 2006 relative à la planification ORSEC départementale (NOR INTE0600120C).

144 Article L.741-2 du Code de la sécurité intérieure.

145 Article L.741-1 du Code de la Sécurité intérieure.

146 Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile (modifiée).

147 Article R.3131-10 du CSP.

Il faut bien comprendre que les dispositifs ORSEC et ORSAN ne sont pas nécessairement liés. Dans le cas d'un incendie sans victimes, le dispositif ORSEC pourra être déclenché, alors que le dispositif ORSAN ne le sera pas, l'événement ne constituant pas une « SSE ».

En cas d'attentat terroriste, les équipes médicales pré-hospitalières relèveront du plan ORSEC (déploiement des forces de sécurité civile) alors que les dispositifs hospitaliers relèveront exclusivement du schéma ORSAN. Le dispositif ORSAN peut toutefois faire référence au pré-hospitalier, afin de créer une jonction entre les deux dispositifs.

Plus spécifiquement, c'est le volet AMAVI (« Afflux MASSif de VICTimes) qui sera déclenché si l'attentat entraîne des victimes physiquement traumatisées. En revanche, en cas d'attentat nucléaire, biologique ou chimique, ce sont les volets NRC ou BIO qui seront déclenchés<sup>148</sup>.

Le contenu de ce schéma ORSAN AMAVI n'est pas sans conséquences pour les établissements de santé dans leur préparation à la gestion de crise. L'article R.3131-10 du CSP dispose en effet que « *L'agence régionale de santé inclut dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, mentionnés à l'article L.6114-1, conclus avec les établissements de santé [...], les objectifs qui leur sont assignés dans le cadre du dispositif « ORSAN »* ». Dès lors, la préparation de l'établissement à l'attentat terroriste ne peut s'inscrire que dans le cadre fixé par le schéma ORSAN. La marge de manœuvre du directeur s'en trouve forcément réduite. Il est d'ailleurs indiqué à l'article R.3131-12 du CSP que « *Le plan blanc d'établissement [...] prend en compte les objectifs du dispositif « ORSAN »* ». En outre, le classement des établissements de santé du territoire dans l'une des trois typologies SSE (établissement de première ligne, établissement de recours ou établissement de repli) est arrêté dans le schéma ORSAN. Toutefois, comme pour les Guides élaborés par le ministère de la santé, les prescriptions du schéma ORSAN peuvent ne pas s'avérer trop contraignantes pour certains établissements de santé, dans la mesure où le schéma aura été construit sur la base de leurs propres dispositifs de gestion de crise<sup>149</sup>.

---

148 D'autres volets ORSAN existent : ORSAN CLIM pour la prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique, ORSAN EPI-VAC pour la gestion d'une épidémie ou d'une pandémie sur le territoire national, pouvant conduire à une campagne de vaccination exceptionnelle. Plus récemment le volet CUMP pour les victimes nécessitant des soins médico-psychologique. Le dispositif ORSAN est cependant en cours de révision. Les volets seront remaniés et certains changeront de dénomination.

149 C'est le cas lorsque les acteurs sont associés à l'élaboration des plans. Par exemple, le CHU de Rennes (ESR de la zone Ouest) pour l'élaboration du schéma ORSAN AMAVI Breton.

### **§ 3) Les appuis multiples de l'ARS au profit du directeur de l'établissement**

L'appui de l'ARS aux établissements de santé peut s'exprimer de façon concrète. L'ARS a la responsabilité d'organiser la formation du personnel hospitalier et est à l'initiative d'exercices de grande envergure (A). L'ARS finance également le budget SSE (B).

#### **A – L'organisation de formations et d'exercices de grande envergure**

Il est plus facile pour l'établissement de santé de réaliser un exercice plan blanc lorsque la dynamique est impulsée par les autorités. Le plus souvent c'est la préfecture qui est à l'origine de l'exercice. L'organisation de ces exercices est d'ailleurs une de ses obligations<sup>150</sup>. La préfecture contacte l'ARS et la charge d'organiser le volet sanitaire de l'exercice<sup>151</sup>. Cela permet à la préfecture de tester l'intégralité de la réponse régionale ou départementale à une situation de crise. Le plan ORSEC sera déclenché par le préfet, et le plan ORSAN déclenché par le DGARS.

Le partage de l'organisation de l'exercice entre la préfecture et l'ARS permet de respecter une certaine subsidiarité. Mais il peut à l'inverse être source d'une plus grande complexité. Des tensions pourront alors se cristalliser et nuire à la bonne conduite voir à la tenue de l'exercice (*manque de communication entre la préfecture, l'ARS et les établissements, rôles mal définis, scénarios incohérents, ...*). Une exigence de rigueur, de transparence et une bonne conduite de projet doivent cependant écarter ce genre de travers.

Les exercices peuvent également être initiés par l'ARS elle-même. Selon l'article R.3131-10 du CSP le dispositif ORSAN élaboré par l'ARS « prévoit notamment la réalisation chaque année d'un ou plusieurs exercices ou entraînements associant les acteurs du système de santé, permettant d'évaluer le caractère opérationnel du dispositif « ORSAN ».

S'agissant de l'organisation de formations, l'ARS a pour mission de préparer un plan de formation à travers le plan zonal de mobilisation. Aux termes de l'article R.3131-5 du CSP, « Le DGARS [...] prépare le plan zonal de mobilisation [...]. Ce plan comprend : [...] 3° Un plan de formation et d'entraînement des intervenants du système de santé au sein de la zone de défense et

<sup>150</sup> Article R.741-4 du Code de la sécurité intérieure : « Les exercices permettent de tester les dispositions générales et spécifiques du dispositif opérationnel et impliquent la participation périodique de la population. Chaque préfet de département, préfet de zone de défense et de sécurité ou préfet maritime arrête un calendrier annuel ou pluriannuel d'exercices généraux ou partiels de mise en œuvre du dispositif opérationnel Orsec ».

<sup>151</sup> Instruction DGS/DUS/CORRUSS n° 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles : « Afin, de maintenir la capacité opérationnelle des ARS et ARS de zone à répondre aux situations sanitaires exceptionnelles, il est important qu'elles participent aux exercices de crise à dominante sanitaire organisés notamment par les préfectures départementales et zonales. Aussi, afin de permettre aux ARS et ARS de zone de préparer leur participation dans les meilleures conditions, le préfet organisateur sera vigilant à avertir la ou les ARS au plus tôt, en vue de leur participation à l'exercice et, le cas échéant, de leur intervention dans sa préparation. A ce titre, il communique un calendrier des exercices à la/les ARS concernée(s). Les ARS, quant à elles, veilleront à la tenue d'exercices récurrents afin de tester leurs procédures et les outils indispensables à leur action ».

*de sécurité aux situations sanitaires exceptionnelles* ». Le rôle de l'ARS de zone est alors essentiel puisque c'est elle qui décrit les formations dispensées, qui désigne les opérateurs en charge des formations, qui évalue le nombre de personnes à former et qui identifie un budget associé. Ces formations seront en revanche assurées par les établissements de santé de référence (ESR) et les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU)<sup>152</sup>.

## **B – Le soutien financier**

Comme il a été dit, la T2A ne finance pas la préparation aux SSE puisqu'elle n'implique pas la réalisation d'actes de soins. Son financement ne peut donc se faire qu'au titre des « MIG » (Missions d'Intérêt Général). Les textes distinguent les « MERRI » (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) et les « autres MIG ». C'est au sein de cette dernière catégorie que sont financées les SSE.

La prise en compte des SSE parmi les MIG est relativement récente. Le décret du 18 octobre 2017 renouvelle cette volonté<sup>153</sup> : « *Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général [...] 2° La participation aux missions de santé publique [telles que] la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles* ».

La dotation est arrêtée au niveau national, puis répartie entre les différentes ARS. Elles sont à leur tour chargées de distribuer les crédits aux établissements de santé du territoire en fonction de leur participation à ces missions<sup>154</sup>. Il s'agit, comme pour toutes les activités des établissements de santé, de rationaliser leur versement et de rapprocher au maximum les crédits octroyés par rapport aux besoins régionaux<sup>155</sup>. Conformément aux exigences européennes et nationales, ces financements devront être mentionnés et détaillés dans le CPOM<sup>156</sup>.

« Au titre des missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles », trois MIG sont distinguées par les textes<sup>157</sup>.

En premier lieu, les « actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles ». Cette MIG vise les actions ponctuelles mises en œuvre par l'établissement de santé. Elle financera le rappel ponctuel de personnel en cas de déclenchement du plan blanc, les pertes financières liées à la déprogrammation d'activité et les autres actions ayant entraîné un

---

152 Circulaire interministérielle n° DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.

153 Article D.162-6 du Code de la sécurité sociale (modifié par le décret n°2017-1483 du 18 octobre 2017).

154 Article L.162-22-14 du Code de la sécurité sociale.

155 *Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG)*, Ministère des Solidarités et de la Santé, version 1, décembre 2012.

156 Article L.162-22-13 Code de la sécurité sociale.

157 Arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.



surcoût pour l'établissement.

Ensuite, la « mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence ». Il s'agit de financer les missions spécifiques des ESR en matière de SSE (*appui des ARSZ, appui technique aux autres ES, organisation de formations au regard du plan de formation arrêté par l'ARSZ*).

Enfin, « l'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles ». Cette MIG ne concerne pas vraiment la préparation aux attentats terroristes balistiques puisqu'elle traite du risque NRBC. La MIG finance donc l'entretien des PSM 1, des PSM 2 et équipements logistiques associés (*remorque, tente, ...*) ainsi que les équipements pour la prise en charge des victimes de risques NRBC (*respirateurs, unité mobile de décontamination*)<sup>158</sup>.

Le détail de ces MIG démontre qu'il est intéressant pour le directeur d'hôpital d'évaluer précisément ses dépenses SSE (*ETP dédiés, coût des formations, entretien du matériel, organisation des exercices...*). Cela appelle également à une politique volontariste en la matière, puisque le renouvellement de la MIG sera fonction de sa bonne utilisation lors du précédent exercice (CPOM). Le temps consacré à l'élaboration des plans (PB, PSE, PCA) n'est cependant pas pris en compte dans les MIG.

### **SECTION 3 : La mutualisation des savoirs et des pratiques grâce à des coopérations inter-établissements**

Les derniers soutiens du directeur d'hôpital dans sa préparation à la gestion de crise sont les établissements de santé voisins. Les relations de confiance qui existent entre les agents exerçant dans des établissements différents permettent par des biais informels un échange d'informations, de conseils voir d'outils logistiques (modèle de plan blanc, nom d'un logiciel de rappel de personnel, ...). Toutefois, afin d'assurer cette mise en contact, des établissements de santé de référence ont été formellement identifiés par la loi (§1). La mise en place récente des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) invite à s'interroger sur la pertinence d'une formalisation de la coopération à cette échelle (§2).

---

<sup>158</sup> À titre d'exemple, l'utilisation du PSM 1 est évaluée à 20.000 euros par an, et celle du PSM 2 est évaluée à 120.000 euros par an.

## **§ 1) Le rôle majoré des ESR dans la préparation aux attentats terroristes**

La loi du 9 août 2004<sup>159</sup> a introduit la notion d'établissement de santé de référence (ESR) dans le CSP. L'article L.3131-9 dispose que « *Dans chaque zone de défense, des établissements de santé de référence ont un rôle permanent de conseil et de formation et, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, ils peuvent assurer une mission de coordination ou d'accueil spécifique* ». Conformément à l'article R.3131-7 du CSP, l'arrêté du Ministre de la santé du 30 décembre 2005<sup>160</sup> a désigné 12 établissements de santé de référence, dont 9 sur le territoire métropolitain. Ils permettent de couvrir les 7 zones de défense et de sécurité de l'hexagone (la zone Est et la zone Ouest disposent de deux ESR). S'il s'agit bien d'une catégorie juridique nouvelle, sa portée est très faible. En effet, cette notion n'a vocation à s'appliquer que dans le domaine des SSE, et plus particulièrement les risques NRBC !

Le choix des ESR procède de plusieurs circonstances. D'abord parce qu'il s'agit de CHU, ensuite parce que leur régime juridique leur impose d'avoir des équipements spécifiques les rendant capables d'assurer une prise en charge de pointe en cas de catastrophe (laboratoire de confinement de L3, aire pour hélicoptère, SAMU de coordination zonal<sup>161</sup>). Il peut d'ailleurs arriver qu'ils soient les seuls à assurer cet accueil. L'épidémie EBOLA en 2014 en est le parfait exemple<sup>162</sup>.

Les ESR ont également un rôle de « *formation du personnel des établissements de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles* »<sup>163</sup>. Comme il a déjà été mentionné précédemment, cette formation s'inscrit dans le cadre du plan de formation zonal élaboré par l'ARS de zone. Pour assurer ces formations, l'ESR s'appuie sur le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence) de la zone<sup>164</sup>. À titre d'exemple et s'agissant de la menace d'un attentat terroriste, ce sont eux qui vont former le personnel des établissements de santé au *damage control*. Pour le risque NRBC, ils vont former les « décontaminateurs ». À l'issue de ces formations, les ESR « *délivrent l'attestation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face à une situation sanitaire exceptionnelle* »<sup>165</sup>.

Enfin, aux termes de l'article R.3131-8 du CSP, « *les établissements de santé de référence sont chargés [...] d'apporter une expertise technique aux établissements de santé sur toute question relative à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles* ». Puisqu'ils disposent de ressources humaines et techniques plus importantes que les autres établissements de

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

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

161 Article R.3131-7 du CSP.

162 Note de méthode – Mars 2015 : Mission d'appui à la gestion du risque Ebola par la « Task Force interministérielle » - Contribution à la première phase de l'évaluation de l'état de préparation des établissements de santé de référence habilités (ESRH) pour la prise en charge des patients cas possibles ou confirmés de maladie à virus Ebola.

163 Article R.3131-8 du CSP.

164 Circulaire interministérielle n° DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.

165 Article D.6311-24 du CSP.

santé, les ESR sont censés mieux maîtriser la préparation aux crises. Ils sont donc théoriquement en mesure d'apporter de l'aide à leurs homologues. Pour financer ces missions, les ESR reçoivent des dotations MIG.

La pratique demande pourtant de nuancer ces propos s'agissant de l'AMAVI : la préparation de crise est spécifique à chaque établissement de santé. L'ESR peut appuyer les autres établissements de santé dans la structuration de leurs plans de crise, mais il n'est pas en mesure de délivrer une aide réellement adaptée à leurs besoins.

## **§ 2) Le groupement hospitalier de territoire (GHT) : une réponse de groupe en devenir ?**

La loi Touraine du 26 janvier 2016<sup>166</sup> a introduit une nouvelle forme de coopération interhospitalière : le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)<sup>167</sup>. Se substituant aux coopérations hospitalières de territoire (CHT), le GHT se veut être une structure de coopération statutaire et intégrée : l'adhésion est obligatoire pour les établissements publics de santé mais aussi exclusive : les établissements de santé privés ne pourront pas en être membre, et pourront simplement demander le statut de « partenaire ». Le GHT s'organise autour d'une convention constitutive, et désigne en son sein un « établissement support » chargé d'assurer les missions qui lui sont obligatoirement transférées pour le compte des établissements parties au groupement : *mise en place d'un système d'information hospitalier (SIH) convergent ; mise en place d'un département de l'information médicale de territoire ; mutualisation de la fonction achat ; coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de DPC des professionnels*<sup>168</sup>. Sans être transférées à l'établissement support, d'autres activités doivent être organisées en commun : *les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle ; les activités de biologie médicale et de pharmacie*. Ainsi, la loi Touraine n'a pas fait des SSE un axe prioritaire dans le développement des GHT.

Pour autant, cela n'empêche pas les établissements membres du groupement d'intégrer le volet SSE s'ils le souhaitent. Au contraire, ils y sont fortement invités par les autorités. L'article R.6132-3 du CSP inséré par un décret du 27 avril 2016<sup>169</sup> dispose que « *Le projet médical partagé [qui s'articule avec le projet de soins partagé] définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Il comprend notamment [...] 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement [...] portant sur : [...] f)*

<sup>166</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>167</sup> Article L.6132-1 du CSP.

<sup>168</sup> Article L.6132-3 du CSP.

<sup>169</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

*L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles* ». Cette disposition signifie que les établissements peuvent se mettre d'accord pour élargir l'activité du GHT aux SSE.

Au soutien de cette dynamique, le ministère de la santé a, par une instruction du 6 novembre 2017<sup>170</sup>, proposé un soutien financier conséquent aux établissements qui s'engageraient dans cette voie. Le financement de ces démarches est accordé sur appel à projet. La « thématique 12 : l'organisation de la réponse aux SSE » de l'instruction prévoit son attribution dans les cas suivants : « *Les projets médico-soignants partagés définissent des cibles organisationnelles sur la prise en charge des urgences et soins non programmés ainsi que sur l'organisation de la réponse aux SSE. La mise en œuvre des projets médico-soignants partagés peut ainsi conduire à mettre en œuvre une nouvelle organisation des filières critiques identifiées dans le dispositif ORSAN ou pour le diagnostic biologique de l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire. En complément, la mise en place des GHT peut renforcer la coopération entre les différents ES membres du GHT (principalement en phase de préparation et d'inter-situations sanitaires exceptionnelles) en : identifiant les ressources humaines et ou mobilisables, les ressources intellectuelles et les expertises des ES constituant le GHT ; mutualisant les formations ou les exercices ; organisant un partage d'expérience tant sur les exercices réalisés que sur la gestion des situations de tension ou des SSE auxquelles le GHT aura été confronté. La mise en place des GHT n'exonère pas la responsabilité de chaque directeur d'établissement de disposer d'un plan blanc* ». Cet accompagnement repose sur des crédits d'aide à la contractualisation (AC) versés à l'établissement support pour le compte du GHT.

Le fait que le GHT puisse venir en appui des établissements de santé membres est renforcé par la « certification conjointe » prévue par l'article L.6132-4 du CSP. La formation continue et le DPC seront des missions que les établissements publics de santé devront obligatoirement transférer au GHT<sup>171</sup>. Or, pour faire le parallèle avec ce qui a déjà été dit, le DPC prend en compte les formations des professionnels de santé aux SSE, et participe à la certification.

Pour autant, la structuration de ces GHT n'en est encore qu'à ses balbutiements et sa mise en place peut être douloureuse... Vouloir intégrer le volet SSE, qui n'est déjà pas assez développé dans de nombreux établissements, dans le GHT semble assez utopiste à court terme. Pour autant, les GHT ont vocation à se structurer et à gagner en puissance. C'est d'ailleurs la logique choisie par le ministère de la santé dans le projet de guide SSE 2018. Le document précise toutefois que le GHT n'a en aucune manière vocation à remplacer l'ARS dans sa mission de pilotage territorial.

Les autorités pourraient souhaiter aller plus loin et, dans la même optique que l'idée d'un « plan

---

<sup>170</sup> Instruction n° DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire.

<sup>171</sup> Articles L.6132-3 et R.6132-17 du CSP.

unique » déjà proposée dans cette analyse, mettre en place une équipe référents SSE au sein du GHT. Cela permettrait un croisement des connaissances techniques. Mais cela pourrait aussi avoir pour effet pervers de négliger les spécificités de chacun des établissements. Or, l'efficacité d'un plan blanc réside justement dans l'adéquation du plan avec la réalité du terrain.

Enfin, cette structuration de la préparation de la réponse aux SSE ne doit pas conduire à exclure les établissements de santé privés, qui auront eux aussi un rôle à jouer en cas de crise !

*Préparer son établissement à l'accueil de nombreuses victimes constitue le premier volet de la réponse du directeur d'hôpital face à l'attentat terroriste.*

*De part sa formation et son statut de directeur de l'établissement, il est l'acteur le mieux placé pour piloter cette préparation. Avec ses équipes, il dispose des compétences nécessaires pour penser la réorganisation d'un service et, à plus grande échelle, d'un hôpital. Si concrètement l'essentiel du travail est réalisé par les « référents SSE » de l'établissement, il ne peut aboutir sans le soutien du directeur. À travers une politique d'établissement volontariste, le directeur favorise la résilience du système hospitalier. Il doit donc avoir une connaissance fine des enjeux de la crise et du plan de réponse de son hôpital.*

*Ce travail de longue haleine est encouragé par les acteurs qui gravitent autour de l'hôpital (ARS, ARSZ, préfecture de département, ministère). Cet appui s'intègre essentiellement dans une démarche de planification de la réponse du système de santé à la crise.*

*La gestion de crise au contraire, relève du pilotage. Ce deuxième volet de réponse amène le directeur d'hôpital à coopérer intensément avec tous ceux qui, de près ou de loin, participent à la gestion de la crise. En ce sens, le directeur demeurera pleinement responsable de son établissement, mais sera intégré dans une dynamique qui le dépasse selon un principe de subsidiarité.*

## **DEUXIEME PARTIE**

### **Le directeur d'hôpital, acteur intégré dans la gestion de crise selon un principe de subsidiarité**

La mission première de l'hôpital est de délivrer les soins<sup>172</sup>. En cas d'attentat terroriste provoquant des victimes, il est naturel que le blessé soit dirigé vers cette structure. Les soins assurés par les équipes préhospitalières n'auront pas vocation à soigner les blessés mais à les maintenir en vie le temps de les acheminer à l'hôpital. Les soins les plus conséquents vont être prodigués au sein de l'établissement de santé. Si les victimes s'avèrent très nombreuses, l'offre de soins ne sera pas en mesure de satisfaire, de prime à bord, la demande de soins. Comme les autres composantes de l'État, le système de santé entrera alors dans une phase de crise, qu'il ne faudra pas « subir » mais « gérer ».

Pour faire face à la crise, l'hôpital va devoir bouleverser son organisation afin de se donner les moyens de sa mission. Il va s'agir de « monter en puissance », c'est à dire de mettre en adéquation du mieux possible l'offre de soin proposée avec les besoins réels ou estimés. Une préparation en amont est indispensable à la bonne gestion d'une telle crise.

L'autorité idoine pour adapter l'organisation de l'hôpital au nombre de victimes et à leurs caractéristiques est naturellement le directeur. En sa qualité de chef de service, il est responsable de la bonne organisation et du bon fonctionnement de l'hôpital. Par ses compétences, c'est lui qui, au sein de l'établissement, est le plus à même de réorganiser la structure. Techniquement il détient les connaissances qui lui permettront de faire face à la crise dans sa globalité. Juridiquement il dispose de pouvoirs dont la mise en œuvre est indispensable pour faire face à la crise (Chapitre 1).

Atteint dans sa chair, l'État va déployer une force plurielle et coordonnée. À l'image d'une hydre, un premier bras armé va immédiatement se mettre en ordre de bataille pour neutraliser la menace et prévenir les atteintes à la vie. En retrait, un deuxième bras va prodiguer les soins à ceux qui sont tombés. L'ordre public étant perturbé, ces deux bras vont se mouvoir sous le commandement d'une seule et même autorité : le Gouvernement, représenté sur les lieux de l'événement par le préfet. Plus dans l'ombre mais essentiel, le troisième bras de l'État va diligenter toute une série d'actions afin de constater les méfaits commis et de poursuivre sur un plan juridique les auteurs de l'infraction.

Le pilotage d'une telle machine étatique ne relève bien entendu pas du directeur d'hôpital. Cependant il va, depuis son établissement, contribuer à son bon fonctionnement (Chapitre 2).

---

<sup>172</sup> Définition fonctionnelle de l'établissement de santé donnée par l'article L.6111-1 du CSP.

## **CHAPITRE 1 : L'exercice par le directeur d'hôpital de compétences exclusives**

En cas d'afflux massif de victimes traumatisées physiquement à la suite d'un attentat, le directeur d'hôpital dispose de compétences exclusives. Autrement dit, il est alors seul à décider certaines stratégies et actions. Les autorités extérieures ne peuvent pas préempter ces compétences. Notamment, puisqu'il pilote son établissement en temps normal, le directeur est également le plus à même à le piloter en période de crise. Il dispose donc d'une compétence exclusive de pilotage en interne (Section 1).

Pour que son établissement absorbe le flux de victimes, le directeur procède à une réorganisation profonde de son fonctionnement. Cette réorganisation n'est en réalité qu'une application du principe de mutabilité du service public (Section 2).

### **SECTION 1 : Un pilotage de crise pleinement assuré par le directeur**

Si la gouvernance de l'hôpital est assurée par une pluralité d'acteurs, c'est le directeur qui en est le « patron ». Il conduit la « politique générale de l'établissement », ce qui inclut les situations sanitaires exceptionnelles. L'afflux massif de victimes commande un pilotage quasiment militaire. En phase réflexe, le directeur a la responsabilité de déclencher le plan blanc d'établissement (§1), d'ouvrir une cellule de crise (§2) et de procéder à un rappel de personnel (§3).

#### **§ 1) Le déclenchement du plan blanc : une décision exceptionnelle**

Le directeur d'hôpital dispose d'une compétence exclusive pour déclencher le plan blanc d'établissement (A). Cette décision va permettre à l'ensemble des acteurs de s'organiser selon un mode pré-établi. Dans certains établissements de santé le déclenchement du plan blanc présente des spécificités qu'il est bon d'exposer (B). Enfin, puisqu'il s'agit d'une pouvoir propre du directeur, la question d'une éventuelle carence de ce dernier peut se poser (C).

##### **A – La décision de déclencher le plan blanc**

Officiellement, la décision de déclencher le plan blanc est adoptée par le directeur (1). Fort heureusement en pratique, avant ce déclenchement officiel certains acteurs ont déjà commencé à s'organiser conformément au plan (2). Le directeur devra choisir lequel des volets du plan il souhaite activer et le niveau d'alerte associé (3).

1) Le déclenchement officiel du plan blanc : compétence exclusive du directeur

Le plan blanc ne peut être déclenché que par le directeur. Les textes sont très clairs sur ce point : « *les dispositions du plan blanc sont mises en œuvre par le directeur de l'établissement de santé* »<sup>173</sup>. Cela se justifie très simplement. L'activation du plan blanc entraîne une réorganisation importante de l'hôpital, pouvoir qui relève exclusivement du directeur en sa qualité de chef de service<sup>174</sup>. Par ailleurs, le déclenchement de ce plan doit se faire au terme d'une analyse fine de la situation et non en réaction à un sentiment (légitime) de panique. Il est possible qu'un afflux de victimes, même important, puisse être absorbé par l'hôpital avec ses moyens classiques, auquel cas il n'est alors pas utile de déclencher un plan blanc. S'il est vrai que les médecins urgentistes disposent d'informations importantes orientant vers le déclenchement ou non du plan blanc, c'est bien le directeur qui est le plus à même de disposer des informations et du recul suffisant (*état de saturation de l'hôpital avant l'afflux, informations par les autorités de tutelle sur le nombre de victimes, répartition des victimes entre les hôpitaux, médiatisation de la crise...*).

Le fait que l'afflux de victimes soit lié à un attentat terroriste n'est pas une circonstance à elle seule de nature à entraîner le déclenchement du plan blanc<sup>175</sup>. Simplement, les capacités classiques de l'hôpital seront plus vite saturées au regard des pathologies en présence. Inversement, il arrive que le plan blanc soit déclenché alors que la situation n'a d'exceptionnel que le nombre de patients se présentant à l'hôpital<sup>176</sup>...

Si l'autorité d'activation du plan est unique, elle peut s'incarner au travers d'une pluralité d'individus. En principe le plan blanc décrit le déclenchement du plan blanc. Dans le cas le plus simple, le premier directeur informé de l'événement est le directeur général. Il peut alors décider seul du déclenchement du plan. La situation est un peu plus compliquée lorsque c'est un directeur fonctionnel qui reçoit en premier l'information (le directeur de garde notamment). En effet, la lettre de l'article R.3131-14 prévoit que la décision revient au « directeur de l'établissement ». Classiquement, ce directeur contacte le DG ou son adjoint afin d'obtenir l'autorisation (plus exactement la décision) de déclencher le plan blanc. Dans le cas où il ne parviendrait pas à les contacter, cette décision lui reviendra en vertu notamment de la délégation de signature.

Rien ne sert de « déclencher » le plan blanc si cette information n'est pas relayée : le directeur devra

---

173 Article R.3131-14 du CSP ; repris par le Guide Plan Blanc de 2006.

174 CE, sect, 7 févr. 1936, *Jamart*, n° 43321, Lebon 172 ; *GAJA*, 21<sup>e</sup> éd., 2017, n°45.

175 Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, *op. cit.*, Tome 2, p. 84 : M. le médecin général des armées Jean-Marc DEBONNE, directeur central du service de santé des armées : « *Si les attentats du 7 au 9 janvier 2016 ont été un événement "inhabituel", ils n'en ont pas pour autant provoqué une situation inhabituelle dans les hôpitaux militaires : nous n'avons pas assisté à un afflux massif de blessés* ».

176 PANNIER, A-C., Afflux de patients aux urgences, le Plan blanc déclenché, *La voix du Nord*, mercredi 14 mars 2018.



informer ses équipes du déclenchement du plan blanc.

### 2) La mise en œuvre officieuse du plan blanc : des acteurs de terrain primo-alertés

Le déclenchement officiel du plan blanc par le directeur demande un temps incompressible. Ce délai ne doit pas empêcher les acteurs de première ligne de s'organiser pour faire face à l'afflux de victimes... Le plan blanc est destiné à répondre à la crise de la façon la plus opérationnelle possible ! Aussi, sa mise en œuvre ne saurait être retardée par des considérations purement juridiques. En cas d'attentat il est très probable que le service des urgences de l'hôpital soit alerté avant le directeur. En effet, le SAMU réceptionnera les appels des victimes ou des témoins. Si le centre de régulation médicale du SAMU est rattaché à l'établissement de santé concerné, le service d'urgence sera *de facto* informé. Si ce service n'est pas rattaché à l'établissement concerné, il est probable que le SAMU contacte le service des urgences de l'établissement de 1<sup>ère</sup> ligne pour connaître ses capacités d'accueil, avant de contacter le directeur d'hôpital. En outre, si les patients arrivent à l'hôpital dès les premières minutes de l'attentat, ils se présenteront aux urgences avant que le directeur n'en soit informé.

Une fois informé, le service des urgences de l'établissement de santé va se mettre en ordre de bataille pour absorber l'afflux de victimes. S'il estime qu'une réorganisation du service est nécessaire, le chef du service des urgences mettra en œuvre les « fiches-action plan blanc ». En revanche, parler de « déclenchement officieux » serait un abus de langage. D'un point de vue juridique le plan blanc n'est pas encore déclenché. Simplement, le chef de service s'appuie sur une organisation pré-établie (celle du plan blanc) pour réorganiser son service... Si le plan blanc est déclenché par le directeur, cette organisation viendra s'inscrire dans le cadre du plan blanc. Sinon, elle sera une simple réorganisation du service (mais identique à celle prescrite dans le plan) ! Cette préparation avant déclenchement du plan est tout à fait justifiée. Le chef de service doit organiser son service pour répondre de la façon la plus optimale possible à la demande de soins<sup>177</sup>.

### 3) Le choix du plan blanc déclenché et le niveau d'alerte

D'un point de vue strictement juridique, la question peut se poser de savoir quelle « version » du plan blanc sera déclenchée puis mise en œuvre le jour de l'attentat. Pour y répondre, il convient de s'attarder sur la procédure d'adoption et de révision du plan blanc, ainsi que sur son utilisation dans la pratique.

Le plan blanc n'est arrêté par le directeur qu'après une procédure assez lourde : *avis du directoire*,

---

<sup>177</sup> Plus largement, s'agissant du chef de pôle, l'article L.6146-1 du CSP dispose que « *Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique [...] organise avec [son] équipe [...] le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité [...]* ».

*avis de la CME, avis du CTE, information au CS.* En cas de révision du plan par l'agent en charge de sa conception, le principe de parallélisme des procédures voudrait que le plan fasse de nouveau l'objet d'un « avis » devant les instances. Pourtant, la lettre de l'article R.3131-14 du CSP semble en décider autrement : « *Le plan blanc est évalué et révisé chaque année. Son évaluation et sa révision font l'objet d'une présentation aux instances compétentes des établissements de santé* ». Une simple « présentation » se distingue d'un « avis »<sup>178</sup>. Cela signifie que le principe du parallélisme des formes ne s'applique pas. À la lumière de ce texte, la consultation des instances sur la première version du plan blanc débouche sur un « permis de le réviser ». Le directeur pourra donc réviser le plan blanc à la simple condition d'en faire une présentation annuelle aux instances. Cette interprétation finaliste est conforme à l'objectif d'opérationnalité du document. Il ne faudrait pas que le plan blanc mis en œuvre le jour de l'attentat soit inadapté pour la simple raison que les instances n'en n'ont pas encore eu connaissance...

Pour autant, c'est bien la dernière version « arrêtée par le directeur » qui sera mise en œuvre, et pas le dernier « document de travail ». Bien que le document de travail soit certainement plus adapté aux réalités de l'hôpital le jour de l'attentat, sa mise en œuvre serait de nature à désorienter les équipes, qui perdraient leurs repères. Ces dernières n'auront en effet à leur disposition que la dernière version diffusée du plan blanc. En revanche, cela n'empêchera pas le directeur, une fois dans la cellule de crise, de piloter la crise en s'écartant des mesures prescrites par le plan blanc. Encore une fois, ce document n'est pas un dogme mais seulement un outil.

Lorsqu'il déclenche le plan blanc, le directeur doit veiller à préciser à ses équipes le volet concerné. Ce volet renverra pour les équipes à des mesures spécifiques. Par exemple, s'il déclenche l'annexe « attentat » les agents de la sécurité procéderont à une sécurisation renforcée du site. Le plan blanc peut décliner plusieurs niveaux d'alerte<sup>179</sup>. Le niveau d'alerte évolue en fonction de l'intensité de la crise. Les fiches plan blanc déclinent différentes actions en fonction de ces niveaux. Par exemple, en cas de saturation élevée, le plan blanc peut prévoir l'ouverture de nouveaux blocs et salles de soins de suite et de réadaptation. En ce sens, le plan blanc se rapproche du plan Hôpital en Tension (HeT)<sup>180</sup>.

---

178 Bien que, en l'espèce, cela revient au même : l'avis mentionné à l'article R.3131-14 du CSP est un avis « simple ». À la différence de l'avis conforme, l'avis simple peut être dépassé par l'auteur de l'acte administratif. Qu'il s'agisse d'une présentation ou d'avis, le directeur pourra arrêter sans se soucier de l'avis des instances (ce manque de considération n'est, bien sûr, pas recommandé...).

179 Certains établissements sont même allés jusqu'à formaliser ces niveaux d'alerte. Le directeur déclenchera donc le plan blanc niveau 1, 2, 3 ou 4. Le futur guide SSE reprend ce mécanisme de montée en puissance par niveaux.

180 « Niveau de veille », « niveau d'alerte », « niveau de tension ».

## **B – La spécificité du déclenchement du plan blanc dans une structure juridiquement complexe**

La taille des établissements de santé structurés en « groupements hospitaliers » (GH) pose la question de l'efficacité du déclenchement de leur plan blanc.

Comme l'évoque Olivier RENAUDIE, « *"Monstre administratif", "citadelle imprenable", "État dans l'État", "Mammouth", "place singulière", "navire amiral des hôpitaux français", "à part", "paquebot ingouvernable", les expressions employées par les observateurs pour décrire l'APHP témoignent parfaitement de la place si particulière qu'occupe cette institution dans le paysage administratif français* »<sup>181</sup>. L'AP-HP compte 12 Groupes Hospitaliers (GH) et plusieurs pôles d'intérêt commun<sup>182</sup>. S'ils permettent une mutualisation des fonctions support des établissements membres, les GH ne disposent pas de la personnalité juridique. Chaque GH est placé sous l'autorité d'un directeur appuyé par une équipe de direction. Les 39 établissements de l'AP-HP ne représentent, juridiquement, qu'un seul et même établissement de santé<sup>183</sup>.

L'APHP dispose d'un plan blanc élaboré par le siège. Ce plan blanc « socle » est ensuite décliné dans chacun des établissements au regard des spécificités locales. Il y a donc également des « plans blancs locaux ».

En cas de crise, la complexité de cet établissement ne doit justement pas conduire à le rendre « ingouvernable »... ! Juridiquement, le plan blanc ne peut être déclenché que par le directeur général de l'AP-HP. Le plan blanc de l'AP-HP pourra concerner l'ensemble ou une partie seulement des hôpitaux.

Intuitivement, on pourrait considérer que la mise en alerte obligatoire du DG constitue une « perte de temps » pour les directeurs des GH, qui doivent faire monter en puissance leurs structures le plus rapidement possible... En réalité, des délégations de signature<sup>184</sup> et de pouvoirs<sup>185</sup> sont prise par arrêté. Par exemple, l'arrêté du 14 novembre 2013 fixant les matières déléguées par le DG de l'AP-HP aux directeurs des GH indiquait que sont déléguées « *Les décisions et mesures de police administrative intérieures, notamment en cas de crise sanitaire ou de circonstances exceptionnelles ; décisions admission/sortie ; formalités relatives aux décès ; aux relations avec la police et la justice* ». Les directeurs de GH peuvent effectuer une délégation générale aux directeurs de site. Alors même que le plan blanc de l'AP-HP n'est pas formellement déclenché par le DG, les

---

181 RENAUDIE, O., Le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, *RDSS*, 2016, p. 1028.

182 Article R.6147-4 du CSP.

183 HIRSCH, M., L'AP-HP demain : normalisation ou exception ?, *RDSS*, 2016, p. 1071 : « *L'APHP présente une caractéristique tout à fait curieuse : elle est à la fois exceptionnelle dans le monde, on pourrait dire qu'elle est quasi-unique au monde, tout en étant régie par des règles tout à fait ordinaires, puisqu'elle représente l'un des 1.000 EPS en France, régis, sous réserve de quelques particularités, par les mêmes dispositions juridiques* ».

184 Article R.6147-10 du CSP

185 RENAUDIE, O., Le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, *op. cit.*

directeurs de site pourront donc adopter des mesures visant à faire « monter en puissance » leurs établissements. Ces hôpitaux seront en « alerte plan blanc ».

Dès l'alerte, une cellule centrale de crise (CCC) est mise en place au niveau du Siège, et a pour mission de piloter la crise en donnant un cap stratégique aux cellules de crise locales (CCL). La CCC est appuyée par un centre opérationnel de gestion de crise (CO-Victoria).

Malgré l'apparente lourdeur du dispositif, les attentats du 13 novembre 2015 ont démontré que les 39 hôpitaux composant l'AP-HP étaient prêts à faire face à un afflux massif de victimes, et le déclenchement tardif du plan blanc le soir du 13 novembre ne s'explique pas par un retard dans la remontée d'information vers le DG, mais par un choix stratégique<sup>186</sup>.

Ce mode de fonctionnement est repris aux Hospices Civils de Lyon (HCL), établissement de santé composé de quatre GH. Si un afflux massif de victimes peut être absorbé par un seul site, seul le plan blanc du site est déclenché, et la crise est pilotée dans une CCL à l'échelle du GH. Si la crise est plus importante, la CCC des HCL sera déclenchée, et elle donnera des instructions aux CCL de chacun des GH.

Un jour peut-être cette organisation à plusieurs échelons caractéristique de l'AP-HP ou des HCL existera au sein des GHT. Les GH de ces deux établissements de santé présentent en effet beaucoup de similitudes avec les GHT<sup>187</sup>.

### **C – L'hypothèse d'une carence de la part du directeur**

Puisque la décision de déclencher le plan blanc est une compétence exclusive du directeur, il est légitime de s'interroger sur l'hypothèse d'une carence de sa part.

Le cas où le directeur ne serait pas joignable par le directeur de garde a déjà été évoqué. Il convient donc de s'attacher au cas où le directeur de l'ES ne déclencherait pas le plan blanc alors que la situation l'imposerait. En pratique cette hypothèse est difficilement envisageable, tout simplement parce qu'il lui sera plus facilement reproché de ne pas avoir déclenché le plan blanc plutôt que de l'avoir déclenché inutilement...

En droit administratif la carence d'une autorité pour adopter une décision impose à l'autorité de tutelle d'agir à sa place (substitution d'action). Toutefois, la substitution d'action ne peut être mise en

---

186 Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, *op. cit.*, Tome 1, p. 98 : « *Le plan blanc, qui permet de mettre en alerte les établissements de santé, a été déclenché par l'AP-HP sur l'ensemble des sites franciliens à 22H34 le soir du 13 novembre. Pourquoi seulement à cet instant ? Le directeur de l'AP-HP, M.Martin Hirsch, s'en est expliqué devant la commission d'enquête : "cela présentait un avantage : déployer l'ensemble de nos capacités. Mais cela présentait aussi un risque : mobiliser sur une nuit des hôpitaux qui pourraient, de ce fait, ne pas "tenir" dans la durée" »*

187 Tableau de comparaison réalisé par APOLLIS, B., in L'AP-HP, laboratoire des évolutions du Code de la santé publique ?, *RDSS*, 2016, p.1017.

œuvre que par l'autorité de tutelle. Or l'ARS n'est pas une autorité générale de tutelle de l'établissement. Elle n'exerce directement ce pouvoir que dans les matières explicitement mentionnées par le CSP.

L'article R.3131-14 du CSP n'a toutefois pas fait le choix de la substitution d'action. Il est simplement prévu que « *Les dispositions du plan blanc sont mises en œuvre [...] le cas échéant, à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé* ». Autrement dit, le DGARS peut enjoindre au directeur de déclencher son plan blanc, mais il ne peut pas le déclencher à sa place. Avant la loi Touraine, il était prévu que cette injonction soit adressée par le préfet de département<sup>188</sup>. Le guide plan blanc de 2006 en faisait par ailleurs état<sup>189</sup>. Cela n'a toutefois que très peu de conséquences puisqu'en cas de trouble à l'ordre public l'ARS est mise à la disposition du préfet de département... Ce pouvoir d'injonction est justifié pour une raison simple : en cas de crise sanitaire l'ARS disposera de plus d'informations que l'établissement de santé sur la situation globale. L'ARS peut souhaiter qu'un établissement déclenche son plan blanc car elle sait que les autres hôpitaux sont saturés, ou bien parce que le préfet l'a informé d'un nouvel afflux de victimes (cas de l'attentat multi-site par exemple). Par ailleurs, le filet de sécurité qu'est l'injonction en cas de carence du DH n'a pas pour effet de l'inciter à l'abstention. Par analogie, si l'exercice du pouvoir de substitution d'action par l'autorité de tutelle ne dégage pas la personne substituée de sa responsabilité<sup>190</sup>, il devrait en aller de même pour la simple injonction.

Le déclenchement du plan blanc est donc bien une compétence propre du directeur d'hôpital : il est le seul à pourvoir le déclencher !

En tout état de cause, si la substitution d'action n'est pas prévue par les textes, le préfet pourra en revanche forcer l'établissement de santé public ou privé à déclencher son plan blanc (matériellement à défaut de pouvoir le faire formellement) par l'exercice de son pouvoir de réquisition.

---

188 L'article L.3131-7 du CSP disposait que le plan blanc « *peut être déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'État dans le département, ou à la demande de ce dernier* ».

189 *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 : « Le principe du déclenchement du plan blanc par le responsable de la structure est maintenu. Néanmoins, il est également précisé que le représentant de l'État dans le département, c'est-à-dire le préfet, peut solliciter un directeur de structure afin qu'il déclenche son plan blanc ».

190 CE, Ass, 24 juin 1949, *Commune de Saint-Servan*, Lebon 310.

## **§ 2) La cellule de crise hospitalière : lieu d'exercice intensif des pouvoirs du directeur**<sup>191</sup>

La deuxième action réflexe du directeur en cas de déclenchement du plan blanc consiste en l'activation de la cellule de crise hospitalière (CCH). Cette cellule est l'organe central de pilotage de la crise au sein de l'établissement. Un directeur de crise est désigné (A). C'est lui qui, au sein de cette cellule, prend les décisions (B) après qu'elles aient été réfléchies grâce à la remontée d'informations des cellules d'appui. Ces mêmes cellules sont chargées de relayer les décisions (C).

### **A – La désignation d'un directeur de la cellule : le pilote de la crise**

La cellule de crise est le lieu central à partir duquel la gestion de la crise est organisée et décidée. Comme le résume Charlotte BOYER dans son mémoire, « *Chef d'un orchestre parfois difficile à diriger, la cellule de crise est avant tout un support indispensable pour les services de soins. Sa mission essentielle est ainsi de veiller à répondre au mieux à leurs sollicitations qu'elle centralise (demandes d'approvisionnement, de transport, soutien technique, sécurisation, renfort, etc) et à les épargner de toutes les contraintes intrinsèques à la crise et indirectement liées aux soins* ». La constitution de cette cellule *ad hoc* est une obligation réglementaire<sup>192</sup> pour l'établissement de santé.

Il est intéressant de relever que la constitution d'une cellule *ad hoc* dénommée « cellule de crise » est désormais largement répandue à tous les échelons de la hiérarchie administrative. À titre d'exemple, la survenance d'un attentat terroriste pourra donner lieu à la constitution des cellules suivantes : *cellule de crise de l'établissement de santé ; cellule régionale d'appui, de pilotage et de suivi de l'ARS (CRAPS) ; cellule opérationnelle départementale (COD) ; cellule zonale d'appui (CZA) ; centre de crise sanitaire (CCS) ; centre interministériel de crise (CIC) ; cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV)*. Même l'autorité judiciaire emploie cette terminologie : *la cellule de crise de la section antiterroriste du Parquet de Paris*<sup>193</sup>.

La crise implique de prendre des décisions dans l'urgence. Par conséquent, il faut désigner au sein de la cellule de crise une personne chargée de décider : le directeur de la cellule de crise.

Une interprétation stricte des textes pourrait laisser penser que le directeur de la cellule de crise est automatiquement le directeur de l'établissement. En effet, l'article R.3131-14 dispose que « *Les*

---

191 Pour des informations plus précises, il convient de se rapporter aux travaux de Charlotte BOYER.

BOYER, C., *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 de directeur d'hôpital : École des Hautes Études en Santé Publique (E.H.E.S.P.). Rennes : 2016.

192 Article R.3131-13 du CSP : « *Le plan blanc d'établissement [...] définit notamment : [...] 2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise* ».

193 <https://www.franceinter.fr/emissions/le-zoom-de-la-redaction/le-zoom-de-la-redaction-10-novembre-2016>

*dispositions du plan blanc sont mises en œuvre par le directeur de l'établissement de santé* ». En réalité, ce texte signifie simplement que si le directeur de la cellule de crise n'est pas nécessairement le directeur de l'établissement, c'est en revanche le directeur de l'établissement qui sera responsable juridiquement des décisions adoptées. En d'autres termes, si le directeur de crise n'est pas le directeur d'établissement, il agira seulement par délégation de signature.

Le choix de ce pilote de crise est capital : il doit présenter les qualités nécessaires à la gestion de la crise. Entre autres<sup>194</sup> : *maîtrise du stress et de la fatigue ; écoute ; savoir déléguer ; flexibilité mentale ; capacité de synthèse ; choix décisionnel ; discipline et diplomatie ; éventuel charisme...* Bien évidemment le directeur général peut présenter ces qualités. S'il est présent lors de la crise il pourra décider de prendre le commandement. Toutefois, certains auteurs préconisent de ne pas exposer le directeur général à ces fonctions<sup>195</sup>.

Il est très probable que le pilotage de la cellule se fasse, au moins dans un premier temps, par le directeur de garde puisque c'est lui qui ouvre la cellule. Une fois les membres de la cellule réunis, il faudra déterminer si le directeur de la cellule de crise reste le directeur de garde, ou si un autre directeur prend sa place. Chaque établissement est libre de sa stratégie en la matière.

Un point de vigilance doit être précisé : le directeur de la cellule de crise doit être pleinement dédié à la gestion de la crise. Par conséquent, il est souhaitable de désigner un directeur chargé des affaires courantes pendant la crise. Ce dernier pourra se placer au sein de la cellule de crise afin de garantir la bonne articulation entre ces deux tableaux.

## **B – La cellule de crise : organe unique de décision et de coordination**

Pendant la crise la CCH devient l'organe unique de décision et de coordination<sup>196</sup>. Le directeur de la cellule de crise délègue à chaque membre une fonction et des tâches associées (1). Grâce à ce travail d'équipe et aux différentes cellules d'appui, la cellule de crise va être en mesure d'adopter les décisions les plus appropriées (2). Celles-ci sont, en principe, retracées dans une main-courante (3).

---

194 CROCQ., *Gérer les grandes crises*, 2009, *op. cit.*, p. 202.

195 *Ibid.*, p. 202: « *la personnalité du dirigeant de l'organisation en crise ne sera pas forcément la plus capable, ni la mieux placée, pour gérer ce genre de situation impliquant un stress intense. Une évaluation de ses capacités pourra être effectuée lors de simulations de crises. Il est nécessaire de se démarquer d'un schéma préconçu trop souvent admis dans les organisations et les entreprises, et pas adapté à la situation exceptionnelle de crise. Ce schéma édicte : "C'est le directeur général (ou le plus haut responsable) qui doit piloter la gestion de crise". Or, tout au contraire, en cas de crise, la direction générale doit avant tout être protégée pour préparer l'après-crise* ».

196 *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, p. 71.

### 1) La délégation des tâches au sein de la cellule de crise

Le directeur de crise délègue des fonctions (rôles) à chacun des membres de la cellule. Chaque plan blanc détermine librement ces différentes fonctions. Classiquement il s'agit des fonctions suivantes : *animateur de la cellule ; responsable du personnel ; coordonnateur médical ; responsable des soins ; responsable technique et logistique ; responsable sécurité ; chargé de communication ; secrétaire(s)*. Les membres de la cellule seront eux aussi préalablement désignés par le plan blanc. Il s'agira de directeurs fonctionnels, mais aussi du responsable plan blanc, de médecins, d'ingénieurs et de secrétaires.

L'animateur de la cellule sera vigilant à ce que chacun respecte les limites de ses fonctions. Afin d'identifier le rôle de chacun, une signalétique pourra être adoptée. L'utilisation de brassards par exemple semble être une très bonne solution, d'autant plus qu'elle permet de faire tomber les barrières hiérarchiques<sup>197</sup>. Les acteurs doivent rester attentifs à ce qui se dit au sein de la cellule pour faire preuve d'adaptabilité, et pour gérer « *la* » crise en présence, nécessairement différente « *d'une* » crise abstraitement envisagée par le plan. Des points de situation réguliers pourront être organisés afin d'informer tous les membres de la cellule. Ces moments seront aussi l'occasion de marquer une pause dans la réponse aux demandes extérieures et dans le brouhaha.

À ces fonctions sont associées des missions. Puisqu'ils sortent de leurs missions ordinaires, les membres de la cellule de crise pourront s'appuyer sur les « fiches-actions » élaborées par le responsable plan blanc. Ces outils sont adaptés dans chaque établissement. Certains hôpitaux ont opté pour un tableau distribué à chaque acteur, déclinant les missions de chacun étape par étape. L'avantage de ce tableau est qu'il donne aux acteurs une idée des missions attribuées au reste de l'équipe. D'autres établissements préfèrent s'en tenir à une fiche-action dédiée à chaque fonction. Quoi qu'il en soit, toute décision prise en CCH sera *in fine* par le directeur de la cellule, et assumée par le directeur d'établissement.

### 2) Des décisions nourries et relayées par les cellules d'appui

La communication d'informations du terrain vers la cellule de crise souffrirait d'embolie s'il n'existait pas une déconcentration fonctionnelle dans cette organisation de crise. Le plan blanc prévoit la mise en place de « cellules d'appui » spécialisées. Également appelées « cellules tactiques », elles ont principalement un rôle d'intermédiaire entre le terrain et la cellule de crise. À titre d'exemple, le plan blanc peut prévoir les cellules d'appui suivantes : *cellule de gestion des lits*

---

<sup>197</sup> CROCQ., *Gérer les grandes crises*, 2009, *op. cit.*, p. 189 : « Du jour où nous avons demandé aux personnes en salle de crise de mettre un gilet portant le nom du rôle pour lequel elles ont été affectées, nous nous sommes rendu compte que les clivages de niveau hiérarchique tombaient automatiquement et que chacun savait à qui s'adresser en fonction des besoins ».



*et places (d'orientation) ; cellule de communication avec les familles ; cellule d'identitovigilance,*  
...

Les cellules d'appui jouent le rôle de courroie de transmission des informations entre le terrain et la CCH. Elles sont les seuls interlocuteurs logistiques et stratégiques des acteurs de terrain. Chaque cellule traite les informations et communique les plus pertinentes à la CCH. À l'inverse, la CCH peut demander à une cellule d'appui de relayer une information aux équipes de terrain. Les cellules d'appui peuvent, bien entendu, être amenées à communiquer entre elles.

Les cellules tactiques peuvent tout de même prendre des décisions à leur niveau. La cellule d'orientation des victimes par exemple, est en contact quasi-permanent avec le médecin d'accueil et d'orientation (MAO). En fonction des capacités de l'établissement, elle oriente les victimes vers tel ou tel service, et dépêche les brancardiers à l'endroit où se trouve la victime. Lorsque les décisions à prendre sont jugées trop « sensibles », les cellules tactiques demandent à la CCH ou à son représentant projeté sur place de décider. Cette organisation permet à la CCH de se concentrer sur la stratégie et de déléguer le volet opérationnel aux cellules d'appui.

Cette transmission d'informations entre cellules (et qui plus est la prise de décision) peut être facilitée par l'utilisation d'outils de gestion de crise. Une salle correctement armée facilitera le rôle de chacun : *tableaux blancs ; tableaux capacitaires pré-construits ; téléphones dédiés ; ordinateurs ; cartes ; partage d'écrans ; matériel de visioconférence...* Charlotte BOYER dans son mémoire propose à juste titre l'utilisation de logiciels alliant une fonction de communication instantanée, une fonction de stockage d'informations et une fonction de partage de ces informations aux acteurs ciblés.

### 3) *La main-courante : témoin perfectible du pilotage de crise*

Bien que les textes ne l'imposent pas, le Guide plan blanc de 2006 invite les établissements à tenir une « main-courante » dans la cellule de crise. La main courante peut être définie comme le document qui transcrit de façon horodatée les décisions et informations importantes pendant un événement. Ce document est conçu pour être la « mémoire » de la cellule de crise.

Les enjeux de la tenue d'une main-courante sont nombreux. Tout d'abord, il s'agit pour les décideurs de garantir une cohérence dans le pilotage de la crise. C'est un gage de bonne gestion. Le directeur de garde et ses équipiers peuvent vouloir marquer des étapes dans la gestion de crise, ou souhaiter se référer à des décisions qui ont déjà été prises. Ce journal de crise pourra jouer le rôle d'un historique des décisions. Si la crise s'étale dans la durée, le nouveau directeur de crise pourra garantir une gestion cohérente en s'inscrivant en continuité avec ce qui a déjà été fait. La main-courante sera également un support très intéressant dans le débriefing post-crise et dans les retours

d'expériences !

La question de la valeur probatoire de la main-courante peut se poser. En matière hospitalière aucun texte n'en fait état. En revanche, des écrits plus généraux sur la crise indiquent que « *la main-courante pourra servir d'archives et de protection de l'organisation et du dirigeant au niveau juridique. Dans le cas où le procureur l'utiliserait, il devra retrouver tous les éléments qui ont permis de prendre telle ou telle décision en fonction du contexte et des informations dont on disposait à ce moment-là* »<sup>198</sup>. Puisqu'aucun texte n'en précise l'exacte valeur, il faut considérer que la main-courante servira de preuve écrite, ce qui a toujours une valeur supérieure à la preuve orale. Plus la main-courante sera détaillée, plus la protection du directeur de crise sera forte (si tant est qu'il a correctement agi).

Toutefois le brouhaha, la diversité des tâches et l'enchaînement parfois très rapide des événements et des décisions rendent très difficile la bonne tenue de la main-courante... Son intérêt en est alors réduit. Lorsqu'elle est correctement tenue, la trop faible diffusion de cette main-courante peut lui faire perdre de son intérêt. Une solution pourrait être d'informatiser cette main-courante et d'en faciliter le partage. Certaines de ces informations seraient d'accès restreint alors que d'autres seraient accessibles à tous les acteurs. Il en résulterait une diminution du nombre des appels inter-cellules à visée informative, une réduction du nombre de « points de situation » et par conséquent une plus grande cohérence dans le pilotage de la crise. Le logiciel SISAC-Crise propose ces fonctions, mais n'est conçu pour une gestion de crise en CRAPS et en CCS.

### **§ 3) Le rappel de personnel : pilier de la réponse à l'afflux massif de victimes**

La force de l'hôpital face à l'attentat terroriste réside dans sa capacité à renforcer rapidement ses moyens humains. Le rappel de personnel est un pouvoir du directeur qu'il n'utilise qu'exceptionnellement (A). Au regard des enjeux, l'établissement de santé doit s'assurer que le rappel de son personnel est efficace (B). Un point de vigilance sera porté aux collaborateurs, qui rejoignent le contingent sans en être salariés (C).

#### **A – L'exercice d'un pouvoir exceptionnel du directeur**

Il est important de bien distinguer le rappel de personnel du simple « remplacement » (1). Le rappel de personnel bénéficie d'un régime juridique protecteur de la vie privée des salariés (2). Juridiquement le rappel de personnel n'est qu'une déclinaison du pouvoir hiérarchique du directeur. Ce dernier veillera à ce que sa mise en œuvre soit respectueuse du Droit (3).

---

<sup>198</sup> *Ibid.*, p. 164.

### 1) La distinction entre le « rappel de personnel » et le cas du « remplacement »

Les notions de « rappel de personnel » et de « remplacement » sont trop souvent confondues. Comme tous les fonctionnaires, les agents de la fonction publique ont une obligation de service<sup>199</sup>. À l'hôpital, le tableau de service « précise les horaires de chaque agent »<sup>200</sup>. En raison d'absences ou de congés, ce tableau peut être modifié. Des agents sont alors rappelés pour effectuer un remplacement mais ces derniers peuvent décliner la demande<sup>201</sup>. Appuyés par les syndicats, de nombreux agents hospitaliers refusent de communiquer leurs numéros de téléphone afin d'empêcher l'établissement de les rappeler sur leurs jours de congé pour effectuer un remplacement.

Alors que le remplacement vise seulement à *maintenir* les effectifs, le rappel de personnel lui vise à les *augmenter* de façon substantielle. Autrement dit, le tableau de service reste inchangé, mais ne suffit pas à faire face à la demande de soins. L'établissement qui procède à un rappel de personnel informe ses agents qu'il est en situation d'urgence et que la continuité du service public est menacée.

S'agissant de notions différentes, elles ne se voient pas appliquer le même régime juridique : un personnel rappelé dans le cadre du plan blanc doit se rendre sur son lieu de travail. Le guide d'aide à l'élaboration du plan blanc annexé à la circulaire de 2006 indique que « *les bases juridiques d'ordre jurisprudentiel permettent au directeur de maintenir ou de rappeler certains de leurs agents par référence notamment au principe de continuité du service public, ainsi que bien entendu, par assimilation au droit de grève* ». Les obligations déontologiques des professionnels de santé viennent en appui de cette thèse : l'article 3 du code de déontologie médicale dispose que « *le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine* »<sup>202</sup>. Le récent code de déontologie des infirmiers indique quant à lui que « *l'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires* »<sup>203</sup>. D'autres articles indiquent que « *l'infirmier apporte son concours [...] en vue de la protection de la santé [...]. L'infirmier auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour*

199 Article 25 du Titre I du statut général de la fonction publique.

200 Article 13 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (consolidé).

201 CAA Paris, 1<sup>er</sup> déc. 1998, n°96PA02305 : « *Considérant qu'il ressort des pièces du dossier et qu'il n'est pas contesté que, le 13 juin 1992, Mme Y... a formulé par écrit une demande de congé annuel du 27 juillet au 28 août de la même année, demande qui lui fut accordée et retournée revêtue de la signature de son chef de service ; qu'ainsi et quelles qu'aient été les circonstances ayant conduit le service à prendre cette décision, l'intéressée se trouvait durant cette période en possession d'une autorisation régulière d'absence ; que, par suite, en mettant en demeure l'intéressée de reprendre son service à compter du 10 août 1992 faute de quoi il serait mis fin à ses fonctions, et en prononçant effectivement la radiation de Mme Y... pour abandon de poste [...] le maire [...] a entaché sa décision d'illégalité* ».

202 Article 3 du code de déontologie médicale (R.4127-3 du CSP)

203 Article 7 du code de déontologie des infirmiers (R.4312-7 du CSP).

*collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, répond à cet appel et apporte son concours* »<sup>204</sup>. Pour le professionnel, communiquer son numéro de téléphone, c'est s'inscrire dans l'esprit du serment applicable à sa profession.

Malgré ces quelques dispositions juridiques, certains établissements de santé sont confrontés à une opposition de la part des syndicats (point d'achoppement sur la communication des numéros de téléphone personnels). Aucune référence juridique n'explicite le régime juridique du rappel de personnel en cas de plan blanc. Le régime juridique applicable se déduit d'un faisceau d'indices, ce qui rend plus fragile le dispositif. Il serait plus commode que le Gouvernement prenne la main sur ce sujet. Il l'a fait pour le rappel de personnel en ARS, mais les dispositions évoquées semblent relever d'une interprétation pour le moins poussée des textes...

***CONTENU RETIRÉ AVANT PUBLICATION DU MÉMOIRE POUR DIFFUSION  
PUBLIQUE***

Ce pouvoir du directeur en cas de plan blanc n'est pas sans rappeler son pouvoir d'assignation du personnel en cas de mouvement de grève à l'hôpital. La possibilité pour le directeur d'assigner son personnel montre combien le principe de continuité du service public s'entend d'une manière spécifique à l'hôpital, alors même qu'il ne s'agit pas d'un service régalien. L'assignation et le rappel

---

204 Article 8 du code de déontologie des infirmiers (R.4312-8 du CSP).

de personnel ont le même effet : faire revenir à l'hôpital des agents. Ce qui diffère, c'est l'offre de soins initiale à l'hôpital : classiquement, l'assignation tend à assurer un « service minimum » parce que l'offre de soins initiale risque de ne pas être satisfaite, alors que le rappel de personnel tend à renforcer un contingent qui ne souffre pas *a priori* d'une insuffisance numérique. Dans les deux cas, il y a bien un risque pesant sur la continuité des soins et la sécurité des personnes.

En Droit, la question d'une assimilation de ces deux notions se pose. D'autant plus que rares sont les textes qui autorisent explicitement le directeur d'hôpital à recourir à l'assignation<sup>205</sup>, et que la jurisprudence qui consacre le pouvoir d'assignation du directeur ne parle en réalité pas « d'assignation » mais d'organisation d'un « service minimum »<sup>206</sup>. Il est possible qu'un jour des textes assimilent ces deux notions. À défaut, c'est peut-être la jurisprudence qui s'en chargera.

En l'état actuel des choses, les agents peuvent donc penser que le rappel de personnel en cas de plan blanc est moins impératif que l'assignation en cas de grève. Cela est fort dommageable, puisque l'activation d'un plan blanc sous-tend un degré d'urgence qui n'est pas forcément aussi aiguë dans l'assignation.

## 2) Une mesure d'urgence juridiquement encadrée

Le CSP dispose que le plan blanc doit « [définir] notamment : 3° Des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement »<sup>207</sup>. Cette montée en puissance est cependant juridiquement encadrée, et apporte ainsi une protection des droits du personnel.

Le numéro de téléphone communiqué par le personnel dans le cadre du plan blanc ne peut être utilisé qu'à cette fin. Le guide d'aide à l'élaboration du plan blanc annexé à la circulaire de 2006 indique que « Les modalités [de conservation des numéros] consistent en la mise sous enveloppe fermée, servant à ce seul effet, du téléphone fixe et portable de chaque professionnel ». Cette mesure n'est plus adaptée à l'évolution des technologies puisque dans de nombreux établissements les bases de rappel de personnel sont désormais informatisées. Mais le principe demeure : un cadre

---

205 Instruction n°DGOS/RH3/2016/21 du 22 janvier 2016 clarifiant les dispositions relatives au droit de grève applicables aux internes : « L'assignation est l'acte par lequel le directeur d'établissement dresse une liste nominative des personnels dont la présence est indispensable pour assurer la continuité du service public. La jurisprudence affirme de manière constante qu'il appartient au directeur, de « par le droit qu'il tient de ses pouvoirs généraux d'organisation des services de fixer, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, les limites du droit de grève » (CE, 4 février 1976, n°97685), en prenant les mesures nécessaires pour le fonctionnement des services qui ne peuvent en aucun cas être interrompus ».

206 CE, 7 janvier 1976, *CHR d'Orléans*, n°92162, Lebon 10 : « il [appartient] au directeur [...] de prendre les mesures nécessitées par le fonctionnement de ceux des services qui ne peuvent en aucun cas être interrompus, en imposant, en particulier, le maintien en service pendant la journée de grève d'un effectif suffisant pour assurer en particulier la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hospitalières aux malades hospitalisés et la conservation des installations et du matériel ».

207 Article 3131-13 du CSP.

de santé ne peut en aucun cas aller rechercher dans cette base le numéro de téléphone de l'agent pour le rappeler sur sa période de congés !

Par ailleurs, le fait que le numéro de téléphone d'un agent soit « sur liste rouge » ne donne plus le droit à l'agent de s'opposer à la communication de son numéro<sup>208</sup>. Le guide de 2006 indique que « *les personnels sur liste rouge sont tenus de communiquer leur numéro de téléphone à la direction* ». Pourtant, certains sites internet syndicaux font encore référence à cette circulaire de 2002 (depuis abrogée) pour justifier le refus de communication...

Cette confidentialité du dispositif et son utilisation exceptionnelle doit rassurer les professionnels de santé et les inciter à communiquer leurs coordonnées téléphoniques.

### 3) Un pouvoir hiérarchique et organisationnel à la mise en œuvre particulière

Lorsque le plan blanc est déclenché, le directeur fait un usage intensif de pouvoirs classiques c'est à dire de pouvoirs qu'il est susceptible de mettre en œuvre au quotidien mais de façon ponctuelle (réorganisation d'un service, commande à l'ARS...). Plus encore donc que la déprogrammation ou le confinement, le rappel de personnel est un pouvoir qui sort de l'ordinaire : il ne peut être utilisé par le directeur qu'en cas de déclenchement du plan blanc !

Pour autant, si sa mise en œuvre est exceptionnelle, le rappel de personnel semble prendre ses sources dans les fondements classiques du pouvoir du directeur. Ces fondements sont difficiles à identifier.

Le pouvoir hiérarchique peut apparaître à première vue comme le fondement idoine. Toutefois, le rappel de personnel englobe les médecins. On retombe alors dans la difficulté juridique habituelle puisque les médecins ne peuvent théoriquement pas avoir de supérieur hiérarchique. Il ne pourra justifier ce pouvoir qu'au regard des professionnels non-médicaux.

Pour les médecins, le pouvoir d'organisation et de fonctionnement du service apparaît alors adéquat. En sa qualité de chef de service, le directeur peut adopter un acte administratif modifiant l'organisation ou le fonctionnement du service. Il donne au directeur une autorité fonctionnelle sur le personnel médical.

Un dernier pouvoir pourrait être invoqué : celui de la police administrative sanitaire du directeur d'hôpital. Afin de prévenir un trouble à l'ordre public (atteinte à la sécurité des victimes), le directeur porterait atteinte à la liberté individuelle des médecins d'aller et venir, en leur enjoignant de se rendre à l'hôpital.

---

<sup>208</sup> La circulaire DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes (abrogée par la circulaire de 2006) indiquait que : « *Les personnels inscrits sur la « liste rouge » des abonnés du téléphone, ne sont pas tenus réglementairement de communiquer leur numéro de téléphone. Toutefois, les conditions relatives à l'obligation de service légitiment la communication de cette information à l'établissement* ».

Parallèlement à ce rappel de personnel, le directeur ordonnera bien entendu aux personnels déjà en fonction de ne pas quitter leur poste... ! À première vue le rappel de personnel et le maintien en poste seraient deux formes de mises en œuvre d'un même pouvoir. Pourtant, l'article 15 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail<sup>209</sup> dispose que « *En cas de crise sanitaire, les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la santé, à titre exceptionnel, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail* ». Or, pour activer leur plans blancs et procéder au rappel de personnel, les établissements de santé n'ont pas besoin d'une décision ministérielle les y autorisant. Il eût été possible de considérer qu'en temps « normal », le maintien en poste aurait été décidé par le ministre, et qu'en situation de crise ce pouvoir aurait été transféré au directeur pour plus d'opérationnalité. Pourtant, le décret qui vise le pouvoir du ministre parle bien de « crise sanitaire ». Il y a là une incohérence juridique... À moins de considérer que cet article organise en réalité un partage du pouvoir entre le ministre et le directeur. Le ministre pourrait ainsi ordonner au personnel d'un établissement de santé de se maintenir en poste alors que le directeur ne l'aurait pas décidé !

## **B – L'efficacité de mise en œuvre du rappel de personnel**

Si le directeur a bien la possibilité de rappeler son personnel, encore faut-il qu'il puisse correctement exercer ce pouvoir ! L'établissement de santé doit s'assurer d'une procédure de rappel efficace (1). Toutefois en pratique il y a fort à parier que le personnel revienne de lui-même (2). Juridiquement, on peut se demander si la menace répressive ne vient pas renforcer ce retour à l'hôpital (3).

### 1) L'enjeu d'une automatisation des rappels

Dans les premières minutes de la crise, l'enjeu est de « faire monter en puissance » l'établissement. C'est au début de la crise que le plus grand nombre de personnels va être rappelé. En milieu de crise les appels viseront seulement à ajuster les effectifs ou à procéder à une rotation. Le temps de rappel de personnel peut s'avérer extrêmement long : il a été évalué qu'il faut entre trois et cinq minutes pour mobiliser une personne (trouver le bon numéro, le composer, que l'agent décroche, lui exposer le problème et qu'il donne une réponse positive ou négative)<sup>210</sup>. En plus,

---

209 Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (modifié).

210 CROCQ., *Gérer les grandes crises*, 2009, *op. cit.*, p. 151-152 : « *Il faut environ trois et cinq minutes pour mobiliser une personne. Si l'organisation de gestion de crise comporte vingt personnes à mobiliser une par une, il faudra entre soixante et cent minutes, soit entre une heure et une heure et demie, délai trop important au regard de*

chaque appel passé ne garanti pas la mobilisation d'un agent !

Pour cette raison, la fonction « rappel de personnel » a très souvent été déléguée à plusieurs agents de la cellule de crise, voir à chaque cadre de service. D'autres modèles existent tels que les « chaînes de rappel » : chaque agent contacté contacte à son tour un nombre déterminé d'agents.

Finalement, c'est le progrès technique qui répond le mieux à cet enjeu. Les établissements de santé sont de plus en plus nombreux à s'équiper de logiciels de rappel de personnels extrêmement performants<sup>211</sup> (télé-alerte). Plusieurs avantages doivent être relevés. Tout d'abord, ils permettent de rappeler en même temps un nombre considérable d'agents (numéros primaires et secondaires en cascade). Ensuite, le rappel de personnel peut être effectué dès les premières minutes de la crise. Dès qu'il aura déclenché le plan blanc, le directeur de garde pourra, sur son smartphone, procéder au rappel de personnel. Ces logiciels sont également capables d'ajuster les appels (et éventuels rappels) en fonction des réponses de chacun des agents. Enfin, certains logiciels utilisent des systèmes de redondance à l'étranger. En cas de coupure des réseaux de communication français le rappel pourra donc tout de même être effectué.

Toutefois, le logiciel de télé-alerte demande un temps de paramétrage et de formation important. En amont, des listes de rappel devront être constituées par service et par type de crise. Des listes seront déclenchées en phase réflexe, alors que d'autres listes ne seront déclenchées qu'en fonction du déroulement de la crise. Là encore, le bon fonctionnement de ce logiciel demeure dépendant de la bonne tenue des coordonnées téléphoniques des agents...

Malgré la performance de ces logiciels, la « fonction ressources humaines » assurée notamment par le DRH dans la CCH demeure indispensable. Le logiciel de télé-alerte n'est qu'un outil au service de cette fonction. Qui plus est, le responsable RH pourra passer plus de temps à la gestion de ses ressources plutôt qu'à leur mobilisation. Il est recommandé de former les agents des ressources humaines et les directeurs de garde à l'utilisation de ces logiciels, puisque ce sont eux qui seront amenés à les utiliser.

## 2) Sociologie du rappel de personnel

Le mécanisme de rappel de personnel donne lieu à des phénomènes sociologiques et psychologiques qu'il convient d'exposer afin d'en ajuster la mise en œuvre.

Les retours d'expérience des attentats de Paris en 2015 et de Nice en 2016 montrent que, indépendamment de la décision de rappel de personnel entreprise par le directeur d'hôpital, les professionnels de santé sont spontanément retournés au travail afin de prêter main forte. Cet élan de

---

*l'urgence de la situation* ».

211 Par exemple le système de télé-alerte Gedicom (développé par Gedicom), ou encore le système de télé-alerte Cedralis.



solidarité sera c'est certain, renouvelé en cas de nouvel attentat. Autrement dit, le « rappel de personnel » pourrait n'être qu'un filet de sécurité pour l'hôpital.

Pour autant, le retour massif du personnel demande à être maîtrisé pour deux raisons. D'une part, il pourrait provoquer un phénomène d'encombrement dans les services, ce qui serait de nature à desservir la qualité des soins. D'autre part cela pourrait rendre difficile la rotation du personnel et par conséquent exposer les équipes à une plus grande fatigue<sup>212</sup>.

Par conséquent, il est préférable que consigne soit donnée par le directeur, de rester chez soi tant que l'établissement de santé n'a pas procédé au rappel de personnel<sup>213</sup>. Le risque sera, bien entendu, que le logiciel de rappel de personnel ne fonctionne pas au moment venu et que l'hôpital se retrouve démun<sup>214</sup>. Ce choix commande également une bonne information des professionnels en amont. Le numéro de téléphone du logiciel de rappel de personnel doit être identifié par les agents comme le numéro Plan Blanc de l'hôpital (les expériences montrent que les agents ne répondent pas à un numéro inconnu). Il est également bon d'entraîner le personnel à répondre au message d'alerte via leur téléphone. L'entrée du personnel en cas de plan blanc doit être connue. Enfin, les agents doivent être informés qu'en cas de plan blanc ils doivent certes se tenir prêt à venir, mais ne doivent pas se déplacer tant qu'ils n'ont pas été personnellement rappelés.

D'un point de vue psychologique, il est important d'avoir à l'esprit que certains agents peuvent souffrir de ne pas avoir été rappelé en cas de plan blanc. Loin d'être une vue de l'esprit, les RETEX de Paris ont montré qu'un nombre important d'agents avait développé un sentiment d'inutilité et de remise en cause de ses compétences. Après avoir été informés du fonctionnement du rappel de personnels au sein de l'hôpital, certains cadres de santé ont pu y voir un moyen de solliciter en premier lieu les agents les plus aguerris (d'un point de vue éthique cette stratégie est défendable). Cet impact psychologique commande, une nouvelle fois, de mener une politique forte en matière de SSE tout au long de l'année. Les agents doivent se préparer psychologiquement à vivre la crise à l'hôpital ou depuis leur domicile...

### 3) *Une efficacité potentiellement renforcée par la crainte de l'arsenal répressif*

Le refus d'un agent de se déplacer en cas de plan blanc alors qu'il a été rappelé est-il constitutif d'une faute pénale ? Cette question est très théorique dans la mesure où le personnel hospitalier fait preuve d'une très grande solidarité en général, et plus encore face aux attentats. Pourtant, elle peut se poser dans la mesure où la preuve du refus (qui était au demeurant impossible

---

212 Qui plus est, si on considère que l'établissement de santé est menacé par le risque sur-attentat, peut-être ne faut-il pas déplacer du personnel non affecté à l'hôpital.

213 Cette solution a été adoptée par le Groupement Hospitalier Centre des HCL (2016).

214 Conférence organisée par le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes : Retour d'expériences attentats de Paris / Nice / Londres », Mardi 5 décembre 2017, CHU Rennes site Pontchaillou.

à fournir, l'agent pouvant prétexter ne pas avoir reçu, entendu ou compris le message) est désormais très facile à apporter. En effet, les logiciels de rappel de personnels sont capables de retracer le déroulé exact de l'appel. Les statistiques téléphoniques qui seront fournies à l'établissement de santé à l'issue de la crise indiqueront si l'agent a reçu l'appel, s'il a décroché, quelle a été sa réaction (*a indiqué qu'il venait mais n'est pas venu, ou a indiqué qu'il ne viendrait pas*), s'il a réécouté le message plusieurs fois, ...

L'infraction la plus facile à établir serait la responsabilité pénale pour non-assistance à personne en péril. Cette faute est non-intentionnelle, et ne nécessite donc pas que l'auteur ait souhaité les conséquences de son abstention d'agir. L'information de l'agent sur le péril est facile à établir puisqu'il est directement appelé pour une opération de secours<sup>215</sup>. Qui plus est, professionnel de santé, il sait qu'il aurait pu apporter une aide utile à la personne en péril (la jurisprudence a jugé qu'il existait une présomption de conscience du péril pour les professionnels de santé)<sup>216</sup>.

Au-delà d'une faute disciplinaire et d'un manquement aux obligations déontologiques, le professionnel qui refuserait de se déplacer sans raison valable commettrait donc une faute de nature pénale. En pratique, des considérations politiques, sociologiques et d'intérêt général, il est difficilement concevable que les auteurs d'un tel manquement soient poursuivis par le parquet.

### **C – Le cas particulier des collaborateurs occasionnels du service public**

En cas d'attentat terroriste, il peut arriver que les moyens de l'hôpital ne suffisent plus. Dans ce cas, l'hôpital pourra compter sur la solidarité extra-hospitalière : des collaborateurs vont pouvoir prêter main forte au service public hospitalier (1). En parallèle, le préfet peut palier à la carence du système de santé en faisant usage du dispositif ORSEC et de son pouvoir de réquisition ; le collaborateur est alors requis (2).

#### *1) Le collaborateur classique*

La théorie des collaborateurs occasionnels du service public prend ses sources dans l'arrêt *Cames* du Conseil d'État<sup>217</sup>. La notion de collaborateur occasionnel du service public vise les individus qui, sans avoir de lien juridique avec la personne publique<sup>218</sup>, l'aident gracieusement dans

---

215 L'agent se trouve dans une situation qui n'est pas sans laisser penser à celle du médecin qui, alors qu'elle était de garde, n'avait pas pris ses dispositions pour être contactée par téléphone (sa ligne téléphonique avait été restreinte du fait de factures impayées, et elle s'était rendue chez son compagnon qui ne disposait pas d'une ligne fixe) : « *il est établi, par le relevé des appels téléphoniques, qu'un message écrit a été reçu sur le téléphone portable du docteur X... dans la minute qui a suivi l'appel du SAMU avertissant le titulaire de la ligne de ce qu'un message vocal lui avait été laissé* » (C.Cass, crim., 13 févr. 2007, n°06-81.089).

216 Cass. crim. 26 mars 1997, Bull. crim., n° 123 pour un médecin ; Cass. crim. 11 avr. 1964, Bull. crim., n° 113 pour une infirmière.

217 CE, 21 juin 1895, *Cames*, n°82490, Lebon 509 ; *GAJA*, 21<sup>e</sup> éd., 2017, n°6.

218 Les usagers du service public, qui sont en lien juridique avec la personne publique, ne sont pas des collaborateurs.

l'exercice de sa mission. En échange, ils bénéficient d'un régime indemnitaire de responsabilité sans faute en cas de dommage subis au cours de cette aide<sup>219</sup>. Cette notion est fonctionnelle, c'est-à-dire qu'elle s'est structurée à partir de l'objectif à atteindre (or classiquement en Droit une notion émerge d'abord par elle-même, puis on lui attribue un régime juridique)<sup>220</sup> ! Cette qualification juridique est également possible pour un agent public qui interviendrait dans une administration qui n'est pas la sienne.

Dans le cadre d'un attentat terroriste, il est envisageable au vu du manque de moyens humains que des collaborateurs soient sollicités ou acceptés par l'établissement de santé. Si le collaborateur est un professionnel de santé (exerçant à titre libéral ou salarié d'un établissement privé par exemple), il pourra être affecté à une mission de soins. En revanche, pour des raisons de qualifications, les autres ne pourront être affectés qu'à des tâches périphériques : *agent de parking, mise en place de barrières de sécurité, collecte des effets personnels, transport de corps*<sup>221</sup>... La sollicitation se fera probablement via les médias (télévision informant d'un plan blanc et éventuellement la diffusion d'un appel aux soutiens). Cette forme de sollicitation a déjà été acceptée par les juridictions<sup>222</sup>.

La possibilité pour un tiers de collaborer apparaît d'autant plus évidente dans ce genre de circonstances qu'elle est encouragée même à l'attention de mineurs, s'agissant d'un attentat qui surviendrait au sein d'un établissement scolaire ! L'instruction relative au renforcement des mesures de sécurité et de gestion de crise applicables dans les écoles et les établissements scolaires indique que « *En fonction de leur âge, les élèves peuvent être impliqués dans la gestion de la crise, notamment, de manière volontaire, ceux d'entre eux qui sont engagés dans des activités bénévoles de sécurité civile* »<sup>223</sup>.

Ce qui est intéressant pour le directeur ce n'est pas tant de savoir que ces individus seront protégés d'un point de vue indemnitaire, mais plutôt de connaître la nature du lien qui s'établit entre

---

Ils bénéficient d'un régime indemnitaire spécifique (CE, 27 oct. 1961, *Caisse primaire de sécurité sociale de Mulhouse c/ Kormann*, Rec. 602). Toutefois, cette décision est vue sous l'angle indemnitaire. Peut-être en est-il autrement d'un point de vue hiérarchique.

219 CE, Ass., 22 nov. 1946, *Commune de Saint-Priest-la-Plaine*, n°74725, Lebon 279 ; *GAJA*, 21<sup>e</sup> éd., 2017, n°54.

220 HAMONIC, A., Conséquences et inconséquences du caractère fonctionnel de la théorie du collaborateur occasionnel du service public, *Droit Administratif*, n°5, Mai 2013, étude 10 : « *Cette théorie ouvre au collaborateur occasionnel la possibilité de bénéficier d'un régime de responsabilité administrative sans faute lorsqu'il a subi un dommage à l'occasion de sa collaboration à l'exécution du service public. Il découle de cet intérêt essentiel que la théorie du collaborateur occasionnel est régulièrement qualifiée de "fonctionnelle", c'est à dire qui "remplit une fonction pratique avant d'avoir tout autre caractère", cette fonction étant en l'occurrence de nature protectrice* ».

221 Conférence organisée par le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes : Retour d'expériences attentats de Paris / Nice / Londres », Mardi 5 décembre 2017, CHU Rennes site Pontchaillou : transport de corps après l'attentat de Nice.

222 TA Grenoble, 31 mars 1992, n° 891699, *Vernaz* : « *la commune avait invité, par voie de presse, les personnes volontaires à se joindre [...] à une délégation du conseil municipal, en vue de rénover la table d'orientation à la Dent de Cons, à 2.064 mètres d'altitude sur le territoire communal* ».

223 Instruction du 12 avril 2017 relative au renforcement des mesures de sécurité et de gestion de crise applicables dans les écoles et les établissements scolaires (NOR : INTK1711450J).

lui et ces collaborateurs. En pratique, il est pratiquement certain que le collaborateur obéira au directeur, puisqu'il souhaite aider l'hôpital. Sur un plan théorique, la réponse à cette question n'est pas aisée<sup>224</sup>. En effet, s'agissant d'une notion purement fonctionnelle, elle n'a pas été réfléchie sous l'angle de l'autorité fonctionnelle<sup>225</sup>.

Selon Juliette GATE, bien que l'autorité s'exprime de façon assez officieuse, il y a bien un lien de subordination qui se forme entre le directeur et le collaborateur<sup>226</sup>. Ce lien de subordination peut prendre une forme verbale (acceptation orale de l'aide, ordres donnés), mais il peut aussi rester silencieux (acceptation tacite de l'aide). Par conséquent, le directeur pourra leur donner des ordres.

En règle générale, ce qui garanti le respect de l'ordre c'est la sanction infligée en cas de non-respect. Les agents du service public s'exposent à des sanctions disciplinaires s'ils ne respectent pas les ordres du directeur. En revanche, les collaborateurs eux ne s'exposent à aucune sanction<sup>227</sup>. L'obéissance à l'ordre donné ne sera pas la crainte d'une sanction mais la volonté d'aider le service public. En cas de non-respect, le directeur garde la possibilité d'exiger du collaborateur qu'il s'en aille.

Pour finir, les agents d'un établissement de santé qui seraient mis à disposition d'un autre établissement de santé ne seront pas considérés comme des collaborateurs du service public. En effet, l'existence d'une convention entre les deux établissements est la preuve qu'il existe bien un lien juridique. Le régime indemnitaire pourra être défini par cette convention. En revanche, l'autorité fonctionnelle sera, comme pour les collaborateurs, exercée par le directeur de l'établissement prenant en charge les victimes.

Pour ces équipes la difficulté sera d'exercer dans un établissement qu'elles ne connaissent pas. Le matériel ou les techniques opératoires peuvent ne pas être les mêmes. Par conséquent, toute intervention d'un professionnel de santé dans un autre établissement mérite qu'une convention soit dressée. Il est nécessaire pour le directeur d'établir en amont sa politique vis-à-vis des collaborateurs

---

224 HAMONIC, A., Conséquences et inconséquences du caractère fonctionnel de la théorie du collaborateur occasionnel du service public, *op. cit.* : « depuis quelques temps, la contribution ponctuelle d'un particulier à l'exécution d'un service public a également fait émerger d'autres questionnements juridiques, au-delà du champ de la responsabilité administrative. Plus précisément, c'est à l'occasion d'une affaire relative au port du voile par une mère d'élève accompagnatrice de sortie scolaire que le JA a dû se prononcer sur la possibilité d'imposer au parent accompagnateur l'obligation de neutralité, et par conséquent indirectement sur la pertinence de la notion de collaborateur occasionnel dans d'autres champs du droit administratif, au service d'autres objectifs ».

225 Le seul article sur la question est celui de Juliette GATÉ : GATE, J., Le lien de préposition révélé : collaborateur occasionnel du service public et responsabilité, *Revue Lamy Droit Civil*, n°51, 1<sup>er</sup> juillet 2008.

226 *Ibid.* : « Une fois la demande acceptée, l'autorité commande clairement le tiers, devenu préposé, en lui donnant des instructions quant au but à atteindre et aux moyens nécessaires pour y parvenir. Un lien juridique se forme ».

227 HAMONIC, A., Conséquences et inconséquences du caractère fonctionnel de la théorie du collaborateur occasionnel du service public, *op. cit.* : « si les obligations des agents publics bénéficient d'une réelle effectivité grâce à l'existence de régimes de sanctions disciplinaires notamment, on soulignera qu'il restera en toute hypothèse difficile d'envisager une sanction en cas de violation par les participants occasionnels des obligations imposées, amoindrissant voire annihilant ainsi l'effet utile de l'imposition de ces principes et obligations, et donc d'une certaine manière de la jurisprudence relative ».

du service public. Cette collaboration comporte des risques : le concours inopportun de personnes non qualifiées. Les retours d'expérience montrent qu'à la suite d'attentats terroristes, certaines personnes proposent leur aide aux services de secours alors qu'elles n'ont pas de qualifications officielles. La difficulté pour le directeur est de déterminer si la personne dispose bien des compétences requises. Si elle ne les a pas, le directeur devra refuser la collaboration. Certains établissements refusent *de facto* l'aide de personnes extérieures. L'état de faiblesse des victimes d'attentats attire tout particulièrement les sectes. Le guide plan blanc de 2006 en faisait déjà état. Les RETEX l'ont confirmé, en particulier s'agissant des CUMP<sup>228</sup>.

## 2) *Le collaborateur requis*

Contrairement à la première situation, le collaborateur requis n'aide pas l'hôpital par philanthropie mais par obéissance au préfet. Pendant longtemps, la notion de collaborateur occasionnel du service public ne visait que ces individus<sup>229</sup>.

Ce seront prioritairement les professionnels de santé qui seront requis par le préfet en cas de SSE. L'article L.3131-8 du CSP dispose que « *Si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé [...] et de tout établissement de santé* ». Cet article n'exclue toutefois pas la réquisition d'autres personnes, qui ne sont pas des professionnels de santé. Le préfet peut réquisitionner « toute personne »<sup>230</sup>.

Dans le cas de la réquisition l'existence d'un lien de subordination ne fait aucun doute. Le lien de subordination est très formel puisqu'un arrêté de réquisition sera adopté. La désobéissance aux ordres ou le refus de prêter main forte au service sera pénalement sanctionnée<sup>231</sup>.

Ce qui peut poser question en revanche c'est l'identification de l'autorité... Si c'est bien le préfet qui

---

228 *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 : « Il est recommandé de refuser les offres spontanées de soutien psychologique provenant de personnes mal identifiées et à la formation incertaine : cela évite de compliquer la coordination et peut limiter une victimisation induite par l'intrusion de sectes ».

229 CE, Sect., 5 mars 1943, *Chavat*, Rec. 62.

230 Article L.2215-1 du CGCT, 4° : « *En cas d'urgence, lorsque l'atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, réquisitionner tout bien ou service, requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin ou que les conditions de son maintien soient assurées* ».

231 S'agissant des professionnels de santé : Article L.3136-1 du CSP : « *Le fait de ne pas respecter les mesures prescrites par l'autorité requérante prévues aux articles L.3131-8 et L.3131-9 est puni de six mois d'emprisonnement et de 10.000 euros d'amende* ».

S'agissant des autres personnes requises : Article L.2215-1 4° du CGCT : « *Le refus d'exécuter les mesures prescrites par l'autorité requérante constitue un délit qui est puni de six mois d'emprisonnement et de 10 000 euros d'amende* ».

réquisitionne, c'est le directeur qui incarne le service public aidé. C'est ce dernier qui donnera les ordres sur le terrain. Il se peut d'ailleurs que cela soit précisé par l'arrêté de réquisition puisqu'aux termes de l'article L.2215-1 4° du CGCT, « *l'arrêté motivé fixe la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition ainsi que les modalités de son application* ».

## **SECTION 2 : Une réorganisation profonde du service décidée par le directeur et justifiée par un principe de mutabilité**

En sa qualité de chef de service, le directeur dispose du pouvoir de réorganiser le service afin de l'adapter aux besoins des usagers. En cas d'attentat terroriste cette réorganisation incarne l'une des trois Lois du service public : la mutabilité. Ainsi, les patients vont être admis à l'hôpital selon des modalités extra-ordinaires (§1). L'objectif étant de sauver un maximum de personnes en un temps record, la prise en charge de certaines populations est aménagée (§2). Cette réorganisation des services et de leur mode de fonctionnement oblige l'établissement à revoir la circulation des informations et des personnes en son sein (§3).

### **§ 1) Des spécificités dans les modalités d'admission et de prise en charge du patient**

Afin de maximiser leurs chances de survie, les victimes de l'attentat seront admises selon une procédure définie dans le plan blanc (A). Notamment, l'admission sera réalisée sous une identité spécifique (B). La prise en charge des patients relevant des urgences courantes sera fonction du degré de l'urgence (C).

#### **A – L'admission des victimes de l'attentat**

L'hôpital doit s'adapter au nombre de victimes de l'attentat et à la spécificité de leurs blessures. Cela passe par des filières de soins spécifiques (1) et des techniques chirurgicales particulières (2).

##### **1) Un accueil et des filières d'hospitalisation sur-mesures**

L'attentat terroriste n'échappe pas à la règle selon laquelle « *l'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement* »<sup>232</sup>. Comme en temps normal, cette admission par le directeur n'est que purement théorique... En cas d'attentat l'hôpital devra faire face à des victimes dites « régularisées » d'une part, qui sont les victimes orientées

<sup>232</sup> Article R.1112-11 du CSP.

par le SAMU et qui ont reçu le cas échéant les premiers secours, et des victimes dites « non-régulées » d'autre part, qui n'ont ni été régulées, ni été soignées par le SAMU.

Toutes ces victimes vont emprunter une filière de soin qui va dépendre de leur état de santé au moment de leur arrivée à l'hôpital. Deux catégories de victimes seront distinguées : les victimes en « urgence absolue » (UA) dont l'espérance de vie sans soins est de moins de 6 heures, et les victimes en « urgence relative » (UR) pour lesquelles l'espérance de vie, en l'absence de soins, est supérieure à 6 heures. Cette classification des victimes est nationale et commune à tous les acteurs du secteur sanitaire<sup>233</sup>. Bien que ce tri des victimes ait déjà été effectué dans la phase pré-hospitalière, à son arrivée à l'hôpital la victime est de nouveau classée dans l'une ou l'autre de ces deux filières. En effet, l'état de santé de la victime peut se dégrader pendant le transport.

Cette classification des victimes peut être réalisée à deux endroits à l'hôpital. La zone du pré-filtre permet à un médecin de monter à bord du véhicule VSAV/SMUR acheminant les victimes, et d'orienter celui-ci vers la zone de prise en charge des victimes UA ou UR. La zone de tri quant à elle est installée à l'entrée de la filière de prise en charge. Un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) est chargé d'orienter la victime au sein de l'hôpital en fonction de la gravité de ses blessures. Toutefois c'est le médecin de la cellule de gestion des lits qui, guidé par le bilan clinique du MAO, déterminera le parcours du patient. En effet, le circuit qu'empruntera une victime UA ou UR dépend de l'état de saturation des blocs opératoires, des lits disponibles et des équipes mobilisables (données que le MAO ne connaît pas). C'est seulement à cet instant que le patient sera considéré comme admis à l'hôpital.

Pour ne pas que les victimes décèdent faute de place ou de retard dans la filière identifiée, des « zones tampon » sont installées au sein de l'hôpital. Elles dispensent les soins de premier secours avant la prise en charge proprement dite. Il y a un enjeu très fort à déterminer la bonne filière de soins pour le patient. Car de celle-ci dépend sa survie et celle des autres. Si un patient n'est pas correctement orienté, il emboliserait la filière et priverait un autre patient plus nécessiteux des soins adéquats.

Au sein de chacune de ces deux filières (UA/UR), le parcours du patient sera individualisé en fonction de ses blessures : passage en zone tampon ; passage immédiat au bloc opératoire ; passage en SSPI d'entrée ou de sortie ; box de soins infirmiers ; lit d'hospitalisation ; reprise chirurgicale...

Toute cette organisation de la prise en charge doit être prévue par le plan blanc<sup>234</sup>. Chaque

---

233 Elle est également spécifique aux situations sanitaires exceptionnelles car normalement c'est la CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) qui est utilisée.

234 Article R.3131-13 du CSP : « *Le plan blanc d'établissement [...] définit notamment : [...] 4° Les modalités d'accueil et d'orientation des patients* ».

établissement de santé disposera d'une organisation qui lui est propre. Elle prendra en compte l'état de saturation classique des services, leur taille, l'architecture des bâtiments... Il peut même s'agir d'un véritablement bouleversement de l'organisation classique. Au CHU de Rennes par exemple, les victimes en UR ne seront pas prises en charge au service des urgences mais dans les bâtiments d'orthopédie, eux-même réaménagés pour l'occasion (l'entrée et la sortie du service sont inversés). Ce *sur-mesure* est rendu possible grâce au principe de mutabilité du service public. Mais cette réorganisation n'est pas réduite aux seuls services exerçant le service public hospitalier. Les établissements privés se doivent aussi de prévoir cette réorganisation. D'abord parce qu'il s'agit d'une obligation réglementaire s'agissant du plan blanc, ensuite parce qu'ils doivent, conformément à l'article L.6111-1-4 du CSP, respecter les obligations de service public (mutabilité du service public notamment).

Enfin, une admission pourrait en pratique soulever plus de problèmes que les autres : celle du terroriste. Bien qu'illégale, il s'agit certainement de la seule intervention du directeur dans l'admission des patients qui soit envisageable en pratique. Au seul motif qu'il ne souhaiterait pas recevoir le terroriste dans son établissement, le directeur pourrait contacter les services d'urgence et leur donner l'ordre de ne pas admettre ce terroriste. C'est le droit commun de la santé qui apporte une réponse à cette situation : conformément à l'article R.1112-12 du CSP<sup>235</sup>, le directeur général de l'ARS effectuerait une substitution d'action et prononcerait l'admission du blessé.

## 2) La dispense d'une médecine de guerre

Dès la phase du préhospitalier, les victimes classées en « UA » vont bénéficier d'une médecine de guerre. Ces soins de survie seront entrepris ou poursuivis à l'hôpital. D'ailleurs, les formations qui ont été dispensées aux médecins se sont largement appuyées sur les savoir-faire des Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA). La doctrine médicale utilisée est celle du « *damage control* ».

Le fait que chaque victime en UA ne puisse pas être prise en charge plus d'une heure (et par conséquent sorte du bloc opératoire sans être totalement soignée) permet de dispenser des soins à un plus grand nombre de victimes. Cette pratique est conforme au Droit puisqu'il ne pèse sur l'établissement qu'une obligation de moyens<sup>236</sup> et non une obligation de résultat, et que la situation justifie la restriction des moyens déployés pour chaque patient. De plus, le *damage control* permet de faire respecter le principe d'égalité à l'hôpital.

<sup>235</sup> Article R.1112-12 du CSP : « En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé ».

<sup>236</sup> Article L.1110-1 du CSP : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ».



Cette prise en charge minimaliste a des conséquences assez importantes d'un point de vue médico-administratif. En effet, tout ce qui est considéré comme « superflus » n'est pas réalisé. Ainsi, le dossier médical du patient se retrouve vidé de bon nombre d'éléments. Ce point mérite d'être souligné puisqu'en période normale le dossier médical a tendance à contenir de plus en plus d'informations.

## **B – L'identification spécifique des victimes**

Une autre composante de l'admission du patient est son identification. En cas d'attentat terroriste l'identification sera très spécifique puisqu'elle se déroulera en deux phases. Un identifiant aléatoire et pré-établi sera attribué au patient (1), avant que son identité n'y soit associée (2).

### *1) L'attribution d'un numéro dédié à la situation sanitaire exceptionnelle*

En situation normale, le patient déclare son identité et se voit attribuer en plus deux identifiants : l'Identifiant Externe du Patient (IEP) d'une part, qui est un identifiant valable uniquement pour le séjour en cours, et l'Identifiant Permanent du Patient (IPP) d'autre part, qui reste le même d'un séjour à l'autre. En cas d'attentat terroriste, non seulement cet IEP sera spécifique, mais en plus il sera la seule donnée exigée lors de l'admission du patient !

Concrètement, une partie des victimes arrivera en portant un bracelet « SINUS » (Système d'Information NUMérique Standardisé)<sup>237</sup>. Cet identifiant leur aura été attribué par les acteurs du préhospitalier. Les autres victimes arriveront sans identifiant. Qu'elle ait un bracelet SINUS ou non, l'identification de la victime par l'établissement de santé sera la même : un numéro IEP identifié « plan blanc » leur sera attribué<sup>238</sup>. À titre d'exemple, le premier patient admis sera identifié « NOVI AA », le deuxième « NOVI AB », le troisième « NOVI AC »... L'attribution de ce numéro IEP est laissée à la discrétion des établissements de santé. La solution qui paraît la plus satisfaisante pour le moment est l'impression préalable de plaquettes dédiées au plan blanc et immédiatement utilisables. L'apposition du nom de l'établissement dans le numéro IEP afin d'éviter les collisions d'identité en cas de transfert secondaire est également recommandée<sup>239</sup>. À terme, les établissements devraient se doter de « lecteurs SINUS » (« douchettes »), ce qui permettrait de faciliter l'admission et surtout le suivi de la victime dans son parcours de soin.

Dans le cas où la victime serait en capacité de s'exprimer, des informations accessoires sur son

---

<sup>237</sup> Article 2 de l'arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS).

<sup>238</sup> Concrètement, il s'agit du logiciel d'admission classique, mais avec une modalité d'entrée spécifique « plan blanc ».

<sup>239</sup> Le CHU de Rennes par exemple, dispose du n° IEP suivant : CHU Rennes NOVI AA ; CHU Rennes NOVI AB ; ... Les dates de naissance sont elles-aussi pré-identifiées, mais il a été décidé de ne pas mettre les mêmes, afin de simplifier l'identitovigilance.

identité seront enregistrées (nom, prénom, domicile, date de naissance...) afin, dans un second temps, de faciliter le rétablissement de son identité.

L'utilisation d'un identifiant « plan blanc » permet plusieurs choses. Tout d'abord, cela accélère les admissions des patients puisque le temps normalement passé à décliner l'identité est déduit. Le système s'en retrouve fluidifié. Cela peut étonner car l'urgence n'est pas comparable selon qu'il s'agit d'une victime en UA ou en UR. Mais le principe juridique de l'égalité n'impose pas de traiter de façon différente des situations différentes<sup>240</sup>. Ce système permet en outre de standardiser les admissions : les victimes peuvent être dans l'incapacité de décliner leur identité, qu'elles soient arrivées conscientes ou inconscientes à l'hôpital. Enfin, cela permet à l'établissement de santé d'avoir une idée exacte du nombre de victimes admises en son sein. Il pourra transmettre ces informations aux autorités extérieures, ce qui facilitera la mise en place d'une stratégie globale de prise en charge sanitaire.

D'un point de vue éthique, il serait possible d'objecter que l'attribution d'un simple « identifiant » pendant la prise en charge de la victime procède d'une déshumanisation de l'individu (l'individu est appelé par son n° IEP). Cela s'inscrit justement en faux avec le phénomène déjà bien engagé d'individualisation de la prise en charge du patient. Toutefois, dans de pareilles circonstances ce qui compte c'est de sauver des vies, et cela exige un maximum d'opérationnalité. Si la déshumanisation est le seul moyen d'y parvenir, alors ce procédé est justifié.

Cette identification des victimes s'inscrit plus généralement dans une volonté d'identifiant unique. À terme, les numéros SINUS pourraient être utilisés à la fois par les acteurs du préhospitalier et de l'hospitalier. Les établissements de santé ne sont cependant pas encore équipés des lecteurs permettant de déchiffrer les identifiants inscrits sur le bracelet SINUS.

## 2) Une mission de restauration des identités confiée au directeur

En parallèle de la prise en charge médicale des victimes, l'établissement de santé a l'obligation de rétablir l'identité des personnes vivantes (en cas de décès cette identification relève de la responsabilité du procureur de la République). Le rétablissement des identités n'est toutefois qu'officieux, car c'est la Liste Unique des Victimes (LUV) établie par l'autorité judiciaire qui seule fait foi. L'ancienne ministre de la Santé Marisol TOURAINE indiquait dans un RETEX sur les attentats du 13 novembre 2015 que « *L'identification des victimes prises en charge dans chaque établissement de santé doit être la plus rapide possible, en respectant évidemment la sécurité de l'information. Chaque directeur doit avoir pour préoccupation immédiate, outre les soins, d'établir*

---

<sup>240</sup> CE, 22 novembre 1999, n°196437 : « *Considérant que le principe d'égalité n'implique pas que les candidats à un même concours se trouvant dans des situations différentes soient soumis à des épreuves différentes* ».

et d'actualiser la liste des victimes qu'il prend en charge et de la transmettre aux autorités sanitaires. Pour avancer dans cette voie, un système d'information unique et commun permettant le suivi des victimes dans les établissements de santé sera mis en place [...]. Les secours doivent être en mesure d'identifier les victimes dès leur prise en charge sur le site d'un attentat, en renseignant un maximum d'informations sur leur état, informations qui seront immédiatement partagées et actualisées par les services de secours hospitalier, de la sécurité civile avec les établissements de santé et les autorités sanitaires »<sup>241</sup>.

Pendant la crise le directeur d'hôpital confie cette mission à une cellule spécialisée : la cellule d'identitovigilance. Les membres de cette cellule vont collecter un maximum d'informations sur l'identité réelle des victimes : *informations recueillies auprès des familles, informations physiques identifiantes (sexe, cicatrices, tatouages, coiffure, ...), effets personnels, ...* Au fur et à mesure que ce travail minutieux est réalisé, les membres de la cellule vont transcrire les informations recueillies dans le logiciel SIVIC. Ce logiciel comprend non seulement le n°SINUS de l'avant, mais aussi le n° IEP, le sexe, la date de naissance, la nationalité, l'adresse, le statut de la victime<sup>242</sup>. C'est à partir des informations inscrites sur SIVIC que l'autorité judiciaire établira la liste unique des victimes (LUV). La présence d'informations identifiantes sur ce logiciel a été autorisée par la CNIL<sup>243</sup>.

Cette étape d'identification des victimes est particulièrement délicate, et peut nécessiter plusieurs jours. Pour palier aux difficultés rencontrées, le Comité interministériel de l'aide aux victimes a lancé en 2017, avec l'appui de différents ministères, un « plan interministériel de l'aide aux victimes » prévoyant notamment le développement d'un nouvel outil : SIVAC (Système d'Information sur les Victimes d'Attentats et de Catastrophes) dans le souci de faciliter les échanges d'informations entre les différents acteurs<sup>244</sup>.

---

241 Intervention de Marisol TOURAINE, *RETEX sur les attentats du 13 novembre 2015, op. cit.*

242 L'interfaçage entre SINUS et SI-VIC a été autorisé par délibération CNIL du 7 décembre 2017. Dès lors, en l'absence d'un numéro SINUS (n° de l'avant), la création d'un numéro SIVIC génère automatiquement un n° SINUS.

243 Délibération n° 2016-208 du 7 juillet 2016 autorisant le ministère des affaires sociales et de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité l'établissement d'une liste unique des victimes d'attentats pour l'information de leurs proches par la cellule interministérielle d'aide aux victimes, intitulé « SIVIC » : « *Le traitement SIVIC a pour finalité d'établir une liste unique des victimes d'attentats afin d'informer rapidement leurs proches sur leur situation [...]. Le ministère précise que le traitement SIVIC, qui ne concerne pas les précédents attentats, est une solution provisoire, dans l'attente du développement d'un outil interministériel destiné au suivi des victimes d'attentats dont les modalités restent à définir et qui fera l'objet de formalités propres auprès de la Commission* ».

244 Propos d'Elisabeth PELSEZ : « Il permet l'interfaçage entre différents systèmes informatiques de recensement des victimes quand il y a des événements collectifs importants, explique-t-elle. Le but est de les dénombrer de manière très fiable et permettre leur prise en charge plus rapidement », COIGNAC, A., *L'évolution de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme, Dalloz actualité*, 5 mars 2018.

## **C – Le sort réservé aux patients non-victimes**

La survenance d'un attentat ne stoppe pas les accidents de la vie courante. Un nombre important de personnes risque donc de se rendre au service des urgences. Pour faciliter le travail de ses équipes, le directeur doit rediriger un maximum de patients (2) et ne prononcer l'admission que de ceux dont la prise en charge ne peut être différée (1).

### *1) La poursuite des activités courantes urgentes*

L'article R.1112-14 du CSP dispose que « *Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents [et que] son admission présente, du fait d'un manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis* ». Ce texte fixe la conduite à tenir du directeur d'hôpital vis-à-vis des urgences courantes pendant l'attentat. Il fait application du principe de continuité du service public : si une personne non-victime de l'attentat mais dans une situation d'urgence vitale se présente à l'hôpital, il devra la prendre en charge en lui prodiguant les premiers soins. Parallèlement, il devra faire état de son incapacité de la prendre en charge dans la durée à l'ARS, qui organisera le transfert secondaire du patient vers un autre établissement de santé.

Si le principe de mutabilité du service public exige bien une réorganisation des services de l'hôpital, cela ne signifie pas que les urgences courantes doivent être sacrifiées. Ce manque de continuité du service public serait contraire à l'objectif de résilience : l'attentat générerait des victimes indirectes par manque de ressources médicales disponibles. Le principe d'égalité devant le service public (de valeur constitutionnelle<sup>245</sup>) explique également ce choix : deux blessés qui présenteraient les mêmes blessures ne peuvent pas être considérés comme placés dans une « situation différente », quand bien même l'un d'entre eux serait victime du terrorisme<sup>246</sup>.

Ces situations devraient toutefois être relativement rares, étant donné qu'en cas d'attentat l'établissement de première ligne est en principe dédié à l'afflux des victimes de l'attentat. Informé de la typologie de chaque établissement de santé telle que définie par le schéma ORSAN, le médecin régulateur du SAMU orientera au maximum les urgences courantes vers les établissements de recours et d'appui (principe de subsidiarité de l'orientation).

Finalement, le principe du « tri » s'applique aux victimes de l'attentat, mais s'étend plus largement à

---

245 CC., Décision n° 86-217 DC du 18 septembre 1986, *Loi relative à la liberté de communication*.

246 D'ailleurs, cette situation de pénurie des ressources sanitaires est au cœur du risque de sur-attentat : d'autres victimes collatérales seraient à déplorer : celles qui, faute de prise en charge, succomberaient des lésions dues à une urgence courante.

toutes les personnes ayant recours aux services d'urgence pendant la durée de l'attentat.

Il se peut également que l'hôpital ne subisse pas de saturation, et soit par conséquent en mesure de dispenser certains soins courants et/ou de poursuivre ceux qui sont en cours parce que ses ressources médicales sont suffisantes ou que la discipline en question n'est pas utile à la prise en charge des victimes de l'attentat. Sous réserve que cela ne soit pas de nature à créer un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur peut maintenir cette activité parallèle. Le soir du 13 novembre 2015 par exemple, des greffes ont été réalisées dans des hôpitaux accueillant les victimes des attentats<sup>247</sup>.

## 2) Le renvoi des personnes ne nécessitant pas de soins urgents

Certaines urgences courantes ne sont pas vitales. Une interprétation *a contrario* de l'article R.1112-14 du CSP permet de dégager la conduite à tenir du directeur d'hôpital : lorsque l'admission d'un malade ne nécessitant pas de soins urgents est de nature à créer un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur ne prodigue pas les soins d'urgence, et n'a pas la charge d'organiser son transport secondaire !

Cette interprétation qui relève du bon sens est confirmée par l'article R.1112-12 du même code, qui ne prévoit la substitution d'action du DGARS pour prononcer l'admission que lorsque « *les disponibilités en lits de l'établissement permettent de recevoir [le malade]* ».

Par conséquent, ce malade devra soit différer son passage aux urgences, soit s'adresser à un autre établissement de santé (établissement de repli).

Le rôle de redirection du flux des victimes par le SAMU prend plus que jamais en de pareilles circonstances une importance capitale. Les médias appuieront cette démarche en relayant dans la presse des messages demandant à la population de ne pas se présenter dans certains hôpitaux pour des urgences bénignes. En pratique donc, seules des personnes qui ne sont pas au courant de l'événement se présenteront aux portes de l'hôpital. Elles seront rapidement éconduites, d'autant plus que les entrées de l'établissement seront sécurisées.

S'agissant des personnes qui auraient déjà été admises, le directeur peut leur demander de quitter les lieux d'elles-mêmes<sup>248</sup>, ou leur accorder une permission de sortie<sup>249</sup>. Mais il est vrai que le

247 Propos de Martin HIRSCH, *op. cit.*, in Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, Tome 2, p. 93 : « la répartition des blessés a été faite de telle sorte que certains établissements spécialisés prennent en charge le plus grand nombre possible de patients sans atteindre leurs limites. Je peux vous en donner une illustration très claire : l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière, qui a pris en charge de nombreux blessés graves dans les toutes premières heures, avant que l'hôpital européen Georges-Pompidou ne prenne le relais, a pu continuer dans le même temps à sauver des vies en procédant à des interventions très lourdes, notamment à une greffe de cœur et à une greffe de rein ».

248 Article R.1112-62 du CSP : « *Sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 [...] les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement* ».

249 Article R.1112-56 du CSP : « *Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de*

CSP ne prévoit pas explicitement ce cas. L'article R.1112-58 dispose seulement que « *Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service [...]* ». Il faut donc déduire de cet article un pouvoir d'organisation et de fonctionnement du service du directeur en sa qualité de chef de service, lui permettant de renvoyer les personnes pourtant déjà admises à leur domicile, sous réserve que leur état de santé le permette.

## **§ 2) Une prise en charge adaptée au regard de l'urgence**

En cas d'afflux massif de victimes, la réorganisation et la saturation des services portent préjudice à certains types de malades. Le directeur pourra en effet déprogrammer les interventions non-urgentes (A). Malheureusement, la prise en charge de la fin de vie risque elle aussi d'être perturbée (B).

### **A – La déprogrammation des interventions non-urgentes**

Puisqu'il est imprévu, l'attentat terroriste bouleverse le programme des hospitalisations. Alors qu'en temps normal et même en période de tension la déprogrammation ou la suspension des hospitalisation sont des options rejetées par le directeur (1), en cas d'attentat le directeur n'hésitera pas à y recourir (2).

#### *1) Une mesure classique mais souvent écartée en raison de ses conséquences lourdes*

Bien que la déprogrammation soit une mesure inscrite dans le plan blanc d'établissement, le directeur peut y recourir en dehors de tout plan blanc<sup>250</sup>. Cette mesure est d'ailleurs intégrée dans les plans « Hôpital en Tension » (HeT) des établissements de santé, qui permettent de faire face à une inadéquation entre les moyens disponibles et les besoins immédiats d'hospitalisation non programmées. Elle consiste à annuler une hospitalisation programmée. L'hospitalisation pourra être reprogrammée ou non dans les heures et jours qui suivent.

Il y a un fort enjeu éthique derrière la déprogrammation. Le CCNE s'est d'ailleurs prononcé sur cette question dans son avis n°106 du 5 février 2009<sup>251</sup> à l'occasion de la pandémie grippale, et une

---

*santé, bénéficiaire à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures ».*

250 *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, p. 132 : « *des mesures circonstancielles de déprogrammation peuvent être prises de manière ponctuelle en dehors du déclenchement du plan blanc* ».

251 CCNE - Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale avis n°106 du 5 février 2009 - « La saisine de l'Espace éthique de l'AP-HP identifie deux problèmes soulevant des questions éthiques : la déprogrammation de certaines hospitalisations et la sélection des patients à l'admission (ou à la sortie) des services de réanimation ».

instruction du 24 septembre 2009 recommande la présence d'un médecin dans la cellule de crise pour orienter le directeur dans le choix des interventions à déprogrammer<sup>252</sup>. *In fine*, c'est le directeur qui seul a le pouvoir de déprogrammer.

La déprogrammation n'a pas de base juridique certaine. S'il est certain qu'elle existe en pratique, et que quelques textes y font référence<sup>253</sup>, le CSP n'en fait pas mention. Il découle toutefois des autres textes que la déprogrammation se limite aux hospitalisations non-urgentes. Avant une hospitalisation, le patient est « admis » à l'hôpital. Or, comme il a déjà été dit, l'urgence force la dispense de soins de premiers recours.

Pour autant, les établissements de santé sont très réticents à recourir à la déprogrammation, et elle restera la dernière mesure adoptée par le directeur avant le déclenchement du plan blanc. En effet, elle est un aveu de faiblesse de l'établissement. Dans le contexte actuel de mise en concurrence des hôpitaux (notamment par le biais de la T2A), elle signale à tous les autres établissements du territoire une incapacité à répondre à la demande de soins. Qui plus est, les déprogrammations sont fortement médiatisées et la réputation de l'hôpital peut s'en trouver atteinte. De façon alarmante, la saturation des hôpitaux force certains directeurs à y recourir de plus en plus, avec ou sans déclenchement du plan blanc.

## 2) Une utilisation élargie en cas d'afflux massif de victimes

Le déclenchement du plan blanc n'entraîne pas *de facto* la déprogrammation de certaines hospitalisations. Autrement dit, la déprogrammation n'est pas une « action-réflexe ». C'est le directeur de la cellule de crise et lui seul qui décidera, au regard des moyens matériels et humains disponibles, de déprogrammer ou non.

Si des questions éthiques accompagnent la déprogrammation, elles se posent beaucoup moins lorsqu'il s'agit de faire face à un afflux massif de victimes à la suite d'un attentat. Le CCNE l'indiquait dans son avis du 24 septembre 2009 : « *La saisine de l'Espace éthique de l'AP-HP identifie deux problèmes soulevant des questions éthiques : la déprogrammation de certaines hospitalisations et la sélection des patients à l'admission (ou à la sortie) des services de réanimation. Ni l'un, ni l'autre de ces problèmes n'est, par sa nature, spécifique de la pandémie grippale. C'est leur dimension en situation de pandémie qui en modifie la nature, amenant à réexaminer des solutions qui ont pu être jugées, dans un autre contexte, incompatibles avec le principe éthique de l'égal accès aux soins pour tous* ».

---

252 Instruction du 24 septembre 2009 - Préparation et gestion des déprogrammations dans les établissements de santé publics et privés, du fait de la pandémie grippale A/H1 N1.

253 Instruction du 24 septembre 2009 - Préparation et gestion des déprogrammations dans les établissements de santé publics et privés, du fait de la pandémie grippale A/H1 N1.

En cas d'afflux massif de victimes, le directeur n'hésitera pas à faire usage de la déprogrammation, puisque l'impact médiatique en sera amoindri, et la décision ne relèvera pas d'un aveu de faiblesse. Cette déprogrammation se fera en complément de la libération des lits (dés-hébergement), mesure qui a été exposée plus haut.

Si le directeur décide de déprogrammer, il lui est fortement conseillé de solliciter l'avis du médecin présent dans la cellule de crise, afin d'identifier les déprogrammations qui n'entraîneront pas de perte de chance pour le patient. Une fois décidée, la déprogrammation devra être portée à la connaissance du patient pour qu'il ne se présente pas à l'hôpital (cela évitera un afflux inutile de personnes à l'hôpital). La déprogrammation permet au début de la crise de diminuer la demande de soins et par conséquent de redéployer les équipes médicales, mais elle induit un travail supplémentaire en sortie de crise. Avant la fin de la crise, la cellule de crise devra reprogrammer les hospitalisations, et préserver ainsi le principe de continuité du service public.

## **B – La fin de vie à l'hôpital en cas d'afflux massif de victimes**

Le droit français encadre la fin de vie à l'hôpital. Certaines victimes seront considérées en situation « d'urgence dépassée » et ne recevront pas de soins de secours (1). Dans de pareilles circonstances, les obligations vis-à-vis du mourant sont difficiles à assurer pour l'hôpital (2).

### 1) Les victimes « morituri » : une urgence dépassée synonyme de résilience

Lors de la phase de tri, certaines victimes seront classées en « UD » (urgence dépassée). Elles seront alors conduites dans une zone d'urgences dépassées afin de recevoir une prise en charge adaptée. Ces victimes peuvent également être appelées « morituri » (ceux qui vont mourir).

La notion de résilience qui irrigue toute l'organisation de l'État français en cas d'attentat commande de ne pas dédier trop de ressources humaines ou matérielles à des victimes condamnées à mourir si cela génère une perte de chance de survie pour d'autres victimes. Juridiquement, aucun texte n'impose de tenter de sauver à tout prix une victime vouée à la mort<sup>254</sup>. L'article L.1110-5 du CSP dispose que « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir [...] les traitements et les soins les plus appropriés ». Compte tenu de l'état de santé de la victime en situation d'urgence dépassée, les soins les plus appropriés ne seront plus les soins de secours mais les soins d'accompagnement de fin de vie. Plus

---

<sup>254</sup> À première vue, l'obligation d'assistance à personne en danger pourrait être mise en avant. Cependant, la victime *morituri* ne pourra bénéficier que d'une assistance « morale » : d'un accompagnement dans la fin de vie. Dans de pareilles circonstances, l'obligation d'assistance à personne en danger n'impose pas de dispenser des soins « inutiles ». Qui plus est, de tels soins pourraient « mettre en danger la vie d'autrui » (ceux qui peuvent encore être sauvés) en mobilisant un professionnel de santé qui aurait pu être affecté ailleurs.



encore, la décision de ne rien entreprendre pour ces victimes procède d'un choix éthique : mobiliser les moyens humains et matériels de l'hôpital pour sauver le plus grand nombre de victimes.

Afin de garantir le respect de la dignité humaine qui est un principe de valeur constitutionnelle<sup>255</sup>, et qui est rappelé dans le CSP<sup>256</sup>, l'article L.1110-5 du CSP dispose que « *Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté* ». À travers cette disposition le législateur a fait peser sur l'hôpital une obligation de moyens, et non une obligation de résultat. Par conséquent, les exigences vis-à-vis de cet accompagnement de fin de vie seront appréciées au regard des moyens disponibles<sup>257</sup>. En d'autres termes, si la fin de vie d'une victime *morituri* n'est pas assurée de façon optimale en raison d'une insuffisance de moyens matériels et humains, l'établissement ne sera pas en faute. En revanche, la formulation « *tous les moyens* » fait référence à la situation présente mais aussi à préparation en amont ! Il est donc nécessaire que l'hôpital prévoit la dispense de soins palliatifs dans son plan blanc, afin de ne pas abandonner les *morituris*.

## 2) Une obligation de prise en charge difficile à assurer

En cas d'attentat, de nombreux droits du malade ne pourront pas être respectés, ou devront être revus à la baisse. Par exemple, la possibilité pour le malade en fin de vie (UD) d'être transporté dans une chambre « individuelle » en présence de ses proches<sup>258</sup> semble tout à fait illusoire. En revanche, la « discrétion » sera de mise.

Le refus de subir une obstination déraisonnable disposé à l'article L.1110-5-1 du CSP<sup>259</sup> sera à l'inverse respecté pour les urgences dépassées, puisqu'aucun soin de secours ne sera entrepris. En revanche, l'exigence d'une « procédure collégiale » en cas de décision de ne pas entreprendre ou poursuivre des soins ne pourra guère être respectée en cas d'afflux massif de victimes. Cette procédure collégiale est exigée dans le seul cas où la victime est hors d'état d'exprimer sa volonté (inconsciente) et que le médecin référent considère qu'il s'agit d'une obstination déraisonnable. En l'espèce, la place de la volonté du malade n'a ici que peu d'intérêt puisque, s'agissant d'une urgence, et même si le patient est conscient, son consentement à un acte (et par conséquent l'expression de sa

---

255 CC., n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*.

256 Article L.1110-2 du CSP : « *La personne malade a droit au respect de sa dignité* ».

257 Sur l'interprétation par les juges de cette prise en charge de la douleur : CAA, Bordeaux, 13 juin 2006, *Marie-Danièle X c/ CH Gabriel-Martin*.

258 Article R.1112-68 du CSP.

259 Article L.1110-5-1 du CSP : « *Les actes [de soins de secours] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils paraissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris* ».

volonté) n'est pas nécessaire. Les soignants se retrouvent ici confrontés à un vide législatif qui fait également défaut dans le cadre des urgences classiques. Alors que le médecin urgentiste n'a tout bonnement pas le temps d'engager une procédure collégiale avant de décider de ne pas entreprendre ou poursuivre des soins, celle-ci demeure exigée par les textes.

### **§ 3) Une circulation des informations et des personnes redéfinie**

Afin de gérer au mieux la crise, le directeur doit maîtriser la circulation des flux au sein de son établissement. La densité de ces flux et le stress qui y est associé commandent de les organiser d'une façon extra-ordinaire. Ces flux peuvent être des flux de personnes et de biens (A) ou des flux d'informations (B).

#### **A – De la sécurisation classique du site aux mesures de confinement et d'évacuation**

Pendant la crise le directeur doit contenir les flux humains. La sécurisation du site permet de filtrer les arrivées en provenance de l'extérieur. Le confinement lui va plus loin et limite les mouvements internes. L'article R.3131-13 du CSP impose que le plan blanc comprenne « *Un plan de sécurisation et de confinement de l'établissement* » (ces mesures s'ajoutent donc à celles prévues par le PSE).

La sécurisation du site est une « action-réflexe » en cas de plan blanc. Le directeur doit appeler le poste de sécurité, et lui demander de mettre en œuvre la procédure prévue par le plan blanc : les agents de la sécurité bloqueront les accès (cette manœuvre peut prendre beaucoup de temps lorsque l'établissement s'étale sur un grand espace), et se positionneront à des postes bien précis afin de filtrer les entrées et les sorties. La sécurisation limite les perturbations extérieures, ce qui permet à la cellule de crise de se concentrer sur la gestion interne de l'établissement. Il est conseillé qu'un représentant de la sécurité soit dans la cellule de crise pour servir de relais.

Cette sécurisation du site et le filtrage des entrées permettent de limiter le risque de sur-attentat. Les services de sécurité ont aussi pour mission de détecter les colis abandonnés.

Le confinement du site n'est à l'inverse pas une décision automatiquement prise par le directeur de la CCH : il n'a vocation à être utilisé qu'en cas de sur-attentat ou de menace de sur-attentat. Le confinement consiste à mettre en sécurité le personnel et les usagers de l'établissement (*fermeture automatique des portes, barricade des portes, lumières éteintes...*). L'attaque peut provenir de l'extérieur de l'hôpital ou de l'intérieur. Bien sûr, en cas d'attaque armée, le confinement pourra difficilement arrêter les assaillants. Mais il permettra de les retarder le plus possible en

attendant l'intervention des forces spéciales.

À en croire les guides réalisés par le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN)<sup>260</sup>, l'évacuation prime sur le confinement. L'évacuation est une mesure mieux connue des professionnels de santé, puisqu'elle est utilisée en cas d'incendie.

La menace est prise très au sérieux par les autorités, comme en témoigne la « fiche pratique à destination des responsables d'établissements accueillant du public » intitulée « Organiser un confinement face à une menace terroriste »<sup>261</sup>. Il est nécessaire (et obligatoire) que les lieux et moyens de confinement soient connus des agents de l'hôpital<sup>262</sup>. Des actes terroristes ont déjà été perpétrés contre des établissements de santé dans d'autres pays<sup>263</sup>. Dans les hôpitaux français, certains exercices font intervenir une dimension « sur-attentat »<sup>264</sup>, et la coopération entre les ES et les services de sécurité intérieure tend à se renforcer. Les RETEX montrent cependant qu'il est nécessaire que le personnel maîtrise déjà les fiches-action principales pour que ce genre d'exercice soit mené à bien.

Bien évidemment, le directeur d'hôpital est la seule autorité compétente pour prononcer le confinement de l'établissement ! Toutefois, la fiche pratique du HFDS indique que « *La mesure de confinement relève du bon sens [...] elle peut aussi être prise par l'ensemble du personnel* ». Le public n'aura bien sûr pas à attendre que le directeur prenne une décision de confinement. Cette prise d'autonomie des agents vis-à-vis du directeur et de la CCH n'est pas neutre, et préfigure le droit de retrait de l'agent.

L'article 5-6 du décret du 28 mai 1982 (modifié) indique que « *L'agent alerte immédiatement l'autorité administrative compétente de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé [...]. Il peut se retirer d'une telle situation* ». S'il est vrai que l'exercice du droit de retrait peut prendre la forme d'un confinement du fonctionnaire, il est plus probable qu'il se traduise par une fuite hors de l'établissement (si celle-ci est encore possible) ! Le droit de retrait pose toutefois la question de savoir si, en cas de sur-attentat, les personnels de l'établissement doivent s'échapper dès qu'ils le peuvent, ou bien s'ils doivent protéger les usagers ? Le droit de retrait penche largement en faveur

260 Guide « Réagir en cas d'attaque terroriste » (<http://www.sgdsn.gouv.fr/uploads/2016/11/reagir-en-cas-d-attaque-terroriste2.pdf>) : « 1/ S'échapper. Si c'est impossible : 2/ Se cacher ».

261 Note du 27 octobre 2017 du Service spécialisé du haut fonctionnaire de défense et de sécurité - Adaptation de la posture VIGIPIRATE « Transition 2017-2018 ».

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

263 Attaque de l'hôpital Cama et de l'hôpital Albles à Bombay en 2008 (attaque multi-site). <http://www.leparisien.fr/une/mercredi-21-h-15-les-terroristes-attaquent-28-11-2008-324532.php>

Attaque de l'hôpital militaire de Kaboul le 8 mars 2017 par quatre assaillants du groupe État islamique, déguisés en soignants. [https://www.lemonde.fr/asiе-pacifique/article/2017/03/08/afghanistan-l-hopital-militaire-de-kaboul-cible-d-une-attaque\\_5090898\\_3216.html](https://www.lemonde.fr/asiе-pacifique/article/2017/03/08/afghanistan-l-hopital-militaire-de-kaboul-cible-d-une-attaque_5090898_3216.html)

264 <https://www.letelegramme.fr/morbihan/lorient/exercice-attentat-se-preparer-au-pire-18-04-2018-11930843.php>

d'un droit de s'échapper. D'ailleurs, la fonction publique hospitalière n'est pas visée dans les cas de non-application du droit de retrait<sup>265</sup>. De même, l'obligation d'assistance à personnes en péril s'efface lorsqu'elle expose le sauveteur à un « risque »<sup>266</sup>.

Il est extrêmement difficile pour un professionnel de santé d'accepter l'idée de laisser un patient derrière soit, en proie à la menace. Beaucoup de professionnels perçoivent cela comme un « abandon ». Pourtant, la survie du professionnel dépend de sa capacité à quitter les lieux le plus rapidement possible. Cette fuite ne doit pas être retardée ou empêchée par un patient<sup>267</sup>. Aussi, les guides français mériteraient d'être plus précis quant à la conduite à tenir du professionnel de santé vis-à-vis des patients<sup>268</sup>.

Si la doctrine française « S'échapper ; S'enfermer ; Alerter » est partagée par le Royaume Unis (« Run ; Hide ; Tell »)<sup>269</sup>, il est intéressant de constater que les États-Unis recommandent une autre doctrine : « Run ; Hide ; Fight »<sup>270</sup>. En dernier recours, la doctrine américaine préconise aux professionnels de santé de faire face au terroriste et de le combattre avec tous les moyens qu'ils ont à leur disposition. Ces recommandations ne sont, pour le moment, pas utilisées par la France.

Un parallèle très net peut être fait avec la sécurisation des établissements scolaires. Comme les hôpitaux, les écoles, les collèges et les lycées sont des cibles privilégiées pour les attaques terroristes. Une circulaire du 29 mai 2002<sup>271</sup> impose aux établissements scolaires de se doter d'un Plan Particulier de Mise en Sûreté (PPMS) « Risques majeurs ». L'instruction du 12 avril 2017 quant à elle impose un PPMS « Attentat-intrusion »<sup>272</sup>. Comme pour les établissements de santé, des

---

265 Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique (modifié) : Article 5-6 IV.

Pour autant, le droit de retrait semble aussi avoir valeur législative. L'article L.4131-1 du code du travail reprend l'article 5-6 IV du décret du 28 mai 1982, sachant que l'article L.4111-1 du Code du travail dispose que « *Sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 4111-4, les dispositions de la présente partie sont applicables aux employeurs de droit privé ainsi qu'aux travailleurs. Elles sont également applicables [...] aux établissements de santé* », tout en précisant qu'ils peuvent faire l'objet d'adaptations particulières.

Pour forcer les individus à rester à leur poste, il faudrait donc que le Préfet décide d'une réquisition, ou bien que le Ministre de la santé adopte un décret ajoutant aux exceptions au droit de retrait ce cas-ci. L'article L.3131-1 du CSP pouvoirs exceptionnels paraît approprié à de pareilles circonstances.

266 Article 223-6 alinéa 2 du code pénal : « [...] *quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

267 Bien que d'un point de vue éthique la décision ne soit pas évidente, un soignant n'est « utile » pendant une crise que s'il est vivant et en capacité de prodiguer des soins.

268 Le guide de bonnes pratiques à destination des personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux n'évoque pas le patient dans la phase « S'échapper ». Dans la phase « S'enfermer », il est simplement indiqué « *si vous avez affaire à des patients ou des résidents ne pouvant pas se déplacer et si c'est possible, enfermez-les et/ou cachez-les* ».

269 National Counter Terrorism Security Office : <https://www.gov.uk/government/publications/stay-safe-film>

270 <https://vimeo.com/112455575>

271 Circulaire n°2002-119 du 29 mai 2002 (abrogée par la circulaire du 25 novembre 2015, qui maintient l'obligation d'adopter un PPMS « Risques majeurs »).

272 Instruction du 12 avril 2017 relative au renforcement des mesures de sécurité et de gestion de crise applicables dans les écoles et les établissements scolaires (NOR INTK1711450J).

guides précisent la conduite à tenir en cas d'attaque<sup>273</sup>. En cas d'attentat le ministère de l'éducation nationale identifie deux choix possibles : « l'évacuation » ou le « confinement »<sup>274</sup>.

## **B – Les forts enjeux de communication interne**

En situation de crise, la communication est l'un des enjeux les plus importants pour le directeur et les équipes de terrain. L'écrasante majorité des dysfonctionnements identifiés dans les RETEX émanent de problèmes de communication. Cette communication fonctionne dans un sens classique de bottom-up (1) et de top-down (2), mais les réseaux de communication sont inédits (3).

### 1) Une information du directeur par les cellules d'appui (bottom-up)

Pour décider, le directeur a besoin d'informations. La CCH va, dès son ouverture, débiter un travail de collecte d'informations auprès des différents acteurs (nombre de victimes, capacité de prise en charge de l'hôpital à un instant T et à T+H, ressources humaines disponibles...). Plus spécifiquement, c'est vers les cellules d'appui que la CCH va rechercher les informations. Dans une logique *bottom-up*, les cellules d'appui vont collecter des données de terrain pour les transformer en informations et les transmettre à la CCH. Deux écueils doivent être évités : le manque d'informations pertinentes, ou le surplus d'informations superflues. La logique de subsidiarité doit permettre une bonne communication : seules les informations considérées comme « utiles » pour la CCH doivent lui être remontées. Il est dès lors essentiel que le plan blanc ait correctement identifié ces informations. Naturellement, ce schéma de communication vaut également pour les équipes de terrain vis-à-vis des cellules d'appui. La même logique est utilisée dans les cellules administratives régionales ou locales (CORRUS, CRAPS...).

Les acteurs devront être vigilants à ne pas relayer de « fausses informations » voir des « rumeurs »<sup>275</sup>. De nombreux managers rapportent qu'en cas de doute il faut rappeler l'interlocuteur afin de s'assurer de la bonne compréhension. C'est le manque d'informations précises qui favorise la rumeur.

À bien y regarder, la circulation de l'information est à l'image du flux sanguin dans un organisme vivant : les canaux empruntés sont séparés, mais se retrouvent dans des organes communs, afin que le sang y soit exploité au mieux, et le cas échéant redirigé vers un autre organe.

---

273 Notamment, le Guide à destination des directeurs d'école et des chefs d'établissement, annexé à l'instruction du 12 avril 2017 comprend un paragraphe intitulé « Réagir en cas d'attaque à l'intérieur de l'école ou de l'établissement scolaire » et les parties suivantes : « S'échapper » ; « S'enfermer » ; « Faire un état de la situation ».

274 [http://cache.media.education.gouv.fr/file/44/08/5/ensel8696\\_annexe\\_504085.pdf](http://cache.media.education.gouv.fr/file/44/08/5/ensel8696_annexe_504085.pdf)

275 De façon générale, les rumeurs se répandent rapidement en situation de crise, voir elles peuvent en être la source. Lors de l'incident de la centrale nucléaire de Three Mile Island le lundi 28 mars 1979 à Harrisburg en Pennsylvanie (USA), l'hypothèse d'un risque d'irradiation dans les 25km autour de la centrale avait été détournée en fait avéré, et avait généré un mouvement de population très important. Par la suite, de nombreuses informations non vérifiées avaient été diffusées.

## 2) La délivrance par le directeur d'une information adaptée à l'ensemble du personnel (top-down)

À partir des informations collectées par la CCH auprès des cellules d'appui, des autorités extérieures, et sur la base de ses connaissances de l'établissement, le directeur d'hôpital va décider. Il devra ensuite en informer son personnel.

En sa qualité de chef de service, le directeur se doit de tenir régulièrement informées ses équipes. Les messages diffusés par la CCH aux différents acteurs hospitaliers seront de nature informative ou une nature impérative (ordre). Ils peuvent être adressés à l'ensemble du personnel, ou simplement à certains acteurs, voir à certaines cellules d'appui.

Par exemple, la première des informations à communiquer est celle du déclenchement du plan blanc puisqu'elle officialise le passage d'une organisation courante à une organisation de crise. Cette décision est à large spectre : il convient d'informer tout le personnel. Il en va de même des mesures de levée du plan blanc, de confinement ou d'évacuation. La décision de déprogrammer des opérations en revanche, sera adressée uniquement à la cellule de gestion des lits et places (qui pourra à son tour relayer l'information dans les services concernés) et prendra la forme d'un ordre. Sans outil informatique, les diffusions massives d'informations de la CCH vers les acteurs de terrain s'avère très longue. Le directeur informera une cellule d'appui qu'il chargera de diffuser l'information à plus grande échelle.

Le directeur sera vigilant au contenu du message qu'il communique à son personnel. En effet, dans un contexte anxiogène de crise, une communication alarmante ou au contraire trop laxiste aurait un fort impact sur le travail des équipes. S'agissant du rappel de personnel, le directeur devra choisir de rappeler tout le personnel ou au contraire de ne rappeler que certaines personnes. De même, il devra choisir de rassembler les personnels rappelés dans une zone dédiée, ou leur demander de se rendre immédiatement dans leurs services respectifs. La mesure de confinement s'avère encore plus problématique : que faut-il dire ? Faut-il informer le personnel à l'aide d'un signal sonore ou n'informer que les cadres de services pour ne pas créer de panique ?

Il aura aussi pour rôle de faire taire les éventuelles rumeurs.

## 3) Des réseaux de communication inédits

Parce que la communication est essentielle à la gestion de la crise, le directeur doit s'assurer que les moyens de communication utilisés sont performants. Ceux-ci sont inédits en premier lieu parce que les organes qui communiquent entre eux n'existent pas au quotidien (cellule de crise, cellule d'accueil des familles, ...), ou n'ont pas l'habitude de communiquer aussi intensément avec le directeur (service de sécurité, cellule de gestion des places...). En second lieu, les vecteurs de

communication peuvent être nouveaux. Les appels se feront principalement via les lignes fixes de l'hôpital et les DECT<sup>276</sup> des agents. Mais d'autres moyens de communication peuvent être utilisés : de plus en plus d'ES font l'acquisition de systèmes de télé-alerte pour effectuer le rappel de personnel.

Trop souvent en période de crise des informations brutes sont partagées d'une cellule d'appui à une autre, ce qui revient à du recopiage d'informations. La cellule de gestion des lits et places par exemple, transmet en permanence à la CCH le nombre de lits disponibles ou le nombre de blessés admis à l'hôpital. Or ce délai de transmission peut disparaître s'il est prévu qu'en cas de crise la CCH ait un droit de lecture sur le logiciel de gestion des lits. Les membres de la CCH pourront ainsi aller chercher eux-mêmes les informations.

D'autres outils peuvent réduire les temps de communication qui sont chronophages : des logiciels de « messagerie instantanée » (« tchat ») permettent aux acteurs de s'adresser des messages courts de façon instantanée, et même de partager des fichiers informatiques, tout en assurant une traçabilité. Des logiciels tels que SISAC-Crise (initialement développé pour les acteurs extérieurs tels la CRAPS ou le COD) pourraient être adaptés à la gestion de crise hospitalière. SISAC-Crise présente l'avantage de pouvoir partager des informations ou fichiers à une pluralité d'acteurs<sup>277</sup>. Tous ces applicatifs ont l'inconvénient de nécessiter une formation régulière, puisqu'il ne font pas l'objet d'une pratique courante. Le manque de maîtrise des outils par certains agents peut enrayer tout le système de communication.

Si ces réseaux de communication permettent une meilleure gestion de la crise ils rendent, paradoxalement, l'hôpital plus vulnérable à un autre type de terrorisme : la cyber-attaque. Lors des formations à la gestion de crise, nombreux sont les directeurs qui posent la question suivante : « *Comment fait-on en cas de panne des systèmes d'information et de communication ?* »<sup>278</sup>.

*Même en période de crise, le directeur a donc la maîtrise de son établissement. C'est lui qui est responsable de la bonne prise en charge des victimes et il dispose à ce titre d'un large éventail de compétences.*

*En parallèle, le directeur va également devoir rendre des comptes à un grand nombre d'autorités extérieures, agir en leur nom ou leur céder une partie de ses compétences habituelles.. La tâche du directeur s'en trouve complexifiée.*

<sup>276</sup> Digital Enhanced Cordless Telecommunication (téléphone sans-fil numérique amélioré).

<sup>277</sup> Dans son mémoire, Charlotte BOYER fait référence au logiciel « Skype entreprise » (anciennement Lync).

<sup>278</sup> Propos du général Jean GUYAUX, Préface de l'ouvrage de MASSEY, J., *Bioterrorisme : état d'alerte*. Paris : Éditions de l'Archipel, 2003 : « *Cet accroissement du potentiel de nuisance [de quelques hommes possédant des toxiques de guerre] et de l'efficacité au combat se conjugue avec la « vulnérabilisation » de nos sociétés modernes [...]. Nos réseaux de communication, à commencer par Internet, offrent des possibilités de nuisance immenses, illustrées par le piratage informatique, totalement inimaginable en 1950* ».

## CHAPITRE 2 : Le partage ou le transfert de compétences : le directeur d'hôpital en appui d'autorités extérieures

Au sein de l'établissement de santé, le directeur d'hôpital est l'autorité idoine pour gérer la crise puisqu'il dispose des compétences juridiques et techniques indispensables. Pour autant, il ne peut fonctionner en autarcie : son action doit s'inscrire dans la réponse globale de l'État face à l'attentat terroriste.

Toute une série d'acteurs vont être amenés à travailler ensemble sur cette problématique aux multiples facettes<sup>279</sup>. Pour que la crise se déroule au mieux, les missions de chaque acteur doivent être clairement définies et connues de tous. Leur répartition se fera au regard du principe de subsidiarité, c'est-à-dire qu'elles seront attribuées à l'acteur le plus à même de réaliser efficacement la mission.

Puisqu'il s'agit du même événement, certaines des missions ne pourront être réalisées qu'avec l'appui des autres acteurs. Pour cette raison, certaines compétences du directeur d'hôpital vont être mises à disposition des différentes autorités. D'autres vont être partagées ou préemptées.

L'attentat terroriste constitue un trouble à l'ordre public. Dans le cadre de son pouvoir de police administrative, l'autorité préfectorale se doit d'intervenir. Qui plus est, un besoin de coordination inter-hospitalière va se faire ressentir, puisque les victimes seront réparties dans différents hôpitaux. Pour mener à bien ses missions, la préfecture va s'appuyer sur l'ARS et sur les directeurs d'hôpital (section 1).

L'attentat terroriste est également constitutif d'une infraction pénalement sanctionnée. L'autorité judiciaire va donc exercer sa compétence. Pour mener à bien les missions qui lui incombent, l'autorité judiciaire va solliciter directement ou indirectement le directeur d'hôpital, et parfois même le priver de ses compétences habituelles (section 2).

La nature de l'attentat terroriste amène les autorités étatiques à vouloir être informées, et même à faciliter la prise en charge des victimes par le déploiement de ressources nationales. L'autorité du directeur peut s'effacer au profit de celle du ministre (section 3).

---

<sup>279</sup> L'instruction interministérielle 5979/SG du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme rappelle qu'« *en cas de commission d'un acte de terrorisme sur le territoire national, une pluralité de mesures concomitantes d'ordres sanitaire, administratif et judiciaire doivent se combiner entre elles afin d'atteindre les objectifs d'assistance et de secours aux victimes, de préservation de l'ordre public, d'identification et de recherche des auteurs et de prévention du renouvellement des faits* ».



## **SECTION 1 : L'articulation des compétences du directeur avec celles des autorités locales (Préfecture / ARS)**

En période de crise de nature terroriste, une articulation complexe de compétences entre le directeur d'hôpital, le préfet et le DGARS se met en place. Le DH est contraint à une remontée d'informations à l'ARS (§1) et ses compétences vis-à-vis des médias sont préemptées par l'autorité préfectorale (§2). La communication inter-établissements l'est quant à elle par l'ARS (§3). De façon plus anecdotique, les responsabilités du directeur vont être augmentées s'agissant du transport des victimes (§4).

### **§ 1) L'obligation d'un reporting constant par le directeur**

Pendant toute la durée de la crise, le directeur d'hôpital va être sollicité par l'ARS pour lui faire part des moyens dont il dispose (A) et de ses besoins (B). L'ARS sera ainsi à même de mettre en adéquation l'offre et la demande de soins.

#### **A – La communication des moyens**

Dès le début de la crise, le directeur d'hôpital doit chercher à dénombrer les moyens dont il dispose. Il sait que l'ARS va le contacter dans la première heure de crise afin d'obtenir la communication des lits et places disponibles dans l'hôpital. Grâce à ces données, l'ARS pourra organiser les renforts humains et matériels et les transferts inter-établissements. Le SAMU aura également un rôle à jouer dans l'adressage des patients aux établissements de santé depuis le pré-hospitalier.

Il est vrai que les ARS disposent déjà en principe d'un grand nombre d'informations. Grâce aux autorisations hospitalières qu'elle a accordées, l'ARS a connaissance du nombre de lits autorisés dans tel ou tel service. Les établissements de santé sont également tenus de remonter régulièrement le nombre de lits qu'ils ont installé, fermé ou qui sont disponibles dans les services. Pour autant, ces données ne prennent pas en compte l'activation du plan blanc et la montée en puissance des capacités de l'établissement.

Grâce aux données inscrites dans le schéma ORSAN AMAVI, l'ARS a connaissance des capacités théoriques d'accueil des nombreuses victimes en situation de crise. Ce schéma décline les capacités de façon chronologique (capacités effectives à T+0, et capacités prévisionnelles à T+1, T+2, ...). Néanmoins, ces données sont théoriques, et ne correspondent pas forcément aux capacités effectives des hôpitaux lors de la crise. La communication des bilans capacitaires par le directeur d'hôpital à l'ARS s'avère donc nécessaire.

Cette communication est délicate à trois points de vue. En premier lieu, parce qu'au cours de cet échange, le directeur d'hôpital va être en lien direct avec son autorité de tutelle. Le nombre de lits et places disponibles a une importance capitale pour l'ARS puisque tout son travail de pilotage va se fonder sur ces données.

En deuxième lieu, parce que les éléments de langage ne vont pas de soit. S'il semble assez évident que les données échangées doivent être scindées par spécialité et par état du patient (nombre de patients en UA ou UR pouvant être pris en charge en chirurgie thoracique, en service de grand brûlé, ...), il est plus délicat de savoir s'il faut raisonner par « parcours de soins » ou par prise en charge urgente. Autrement dit, lorsque le directeur communique son bilan capacitaire à l'ARS, ne doit-il mentionner que les places pour lesquelles il dispose d'une capacité de prise en charge complète (prise en charge puis hospitalisation) ? Ou bien doit-il mentionner les capacités de prise en charge immédiate, indépendamment du devenir du patient en aval ? Toute cette doctrine doit être préalablement définie par l'ARS au sein du schéma ORSAN afin que les données soient comparables d'un établissement à un autre.

En troisième lieu, parce que la communication des bilans capacitaires de prise en charge est fastidieuse en période de crise. Si certains établissements peuvent utiliser le répertoire opérationnel des ressources (ROR), d'autres utilisent encore des tableaux Excel qu'ils envoient par mail (les tableaux ne sont pas toujours standardisés, ce qui peut induire une perte de temps importante pour tous les acteurs).

Le futur « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé » devrait en partie solutionner ce problème. Il prévoit un modèle de tableau capacitaire, ce qui assurera une standardisation des façons de faire. Il précise également la façon dont les données capacitaires doivent être remplies, et précise leurs modalités de transmission en période de crise.

Par cette communication des moyens, le directeur d'hôpital se place au service de l'ARS et transforme une compétence ponctuelle de reporting en une compétence quasi permanente.

## **B – La communication des besoins**

Au cours de cette même communication, le directeur d'hôpital indique ses besoins. Il est possible que, même avec une organisation de type plan blanc, l'hôpital ne dispose pas des moyens matériels et humains nécessaires à la prise en charge des victimes, qui afflueraient en trop grand nombre (manque de produits sanguins labiles, manque de produits de santé, besoin d'équipes supplémentaires...).

Le directeur d'hôpital peut également indiquer à l'ARS qu'il a besoin de transferts inter-

établissements pour certains patients. Il se peut que ces patients aient été pris en charge par l'hôpital mais que ce dernier n'ait pas les moyens de les accueillir plus longtemps (patient nécessitant une reprise chirurgicale ou une hospitalisation), ou bien que les patients en question ne relèvent pas des spécialités pratiquées dans l'hôpital.

Il y a un fort enjeu à ce que cette communication des moyens et des besoins soit rapide. Les voies de communications les plus spontanées apparaissent être le téléphone ou le mail. Par exemple, la CRAPS contacte le DH en CCH pour obtenir communication du bilan capacitaire, et lui adresse par mail un tableau qu'il doit remplir puis retourner à l'ARS. D'autres options sont cependant envisageables. L'ARS Bretagne par exemple, s'est interrogée sur la pertinence d'adapter puis d'utiliser le logiciel SI-Enquête pour réaliser cette collecte de données<sup>280</sup>.

## **§ 2) La communication du directeur avec les médias : une stratégie orchestrée par l'autorité préfectorale**

La loi du 17 juillet 1978 a reconnu un « droit des administrés à l'information ». Si celle-ci concernait les documents administratifs, le droit du public à être informé, sans être explicitement reconnu, a été renforcé par de nombreuses décisions<sup>281</sup>. Cette exigence de transparence commande aux autorités publiques d'informer la population en cas d'attentat terroriste. C'est le préfet qui est maître de la communication (A). Le directeur, qui habituellement peut communiquer librement, ne le fera que dans le cadre défini par le Préfet (B).

### **A – Le choix d'une communication et les informations communicables décidées par le Préfet**

En période de crise, la communication est préemptée par le Préfet de département. C'est en effet lui qui est responsable de la gestion de la crise au niveau local. Juridiquement, cela peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord, il est le représentant de l'État dans le département.

---

<sup>280</sup> SI-Enquête est un logiciel que peut utiliser l'ARS pour adresser des enquêtes aux établissements de santé. Ces enquêtes peuvent prendre la forme de tableaux ou de questions. Ergonomique et simple d'utilisation, il pourrait être adapté à une gestion de crise car il peut être adressé de façon automatique aux établissements de santé à échéance régulière.

<sup>281</sup> CC., Décision n°84-181, DC 11 octobre 1984, *Loi visant à limiter la concentration et à assurer la transparence financière et le pluralisme des entreprises de presse* : « Considérant que le pluralisme des quotidiens d'information politique et générale auquel sont consacrées les dispositions du titre II de la loi est en lui-même un objectif de valeur constitutionnelle ; qu'en effet la libre communication des pensées et des opinions, garantie par l'article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ne serait pas effective si le public auquel s'adressent ces quotidiens n'était pas à même de disposer d'un nombre suffisant de publications de tendances et de caractères différents ; qu'en définitive l'objectif à réaliser est que les lecteurs qui sont au nombre des destinataires essentiels de la liberté proclamée par l'article 11 de la Déclaration de 1789 soient à même d'exercer leur libre choix sans que ni les intérêts privés ni les pouvoirs publics puissent y substituer leurs propres décisions ni qu'on puisse en faire l'objet d'un marché ».

C'est donc lui qui sera appelé à communiquer au nom de l'Administration (et plus largement de l'État) si aucun Ministre ne prend la parole. Ensuite, il est le directeur des opérations de secours (DOS) puisque l'événement dépasse le ressort ou la capacité d'une commune<sup>282</sup>. Puisqu'il va centraliser toutes les informations relatives à la crise (sécurité civile, forces d'intervention, sanitaire) c'est lui qui est le plus à même à communiquer sur la crise. L'instruction interministérielle du 10 novembre 2017 rappelle que « *dépositaire de l'autorité de l'État, représentant le Premier ministre et chacun des ministres, le préfet de département est responsable de l'ordre public et de la protection des populations. Véritable directeur des opérations, il est chargé d'assurer la cohérence de l'action publique par la coordination de l'ensemble des acteurs publics, privés, associatifs et des collectivités territoriales. Il assure la liaison avec l'autorité judiciaire* ».

Avec l'appui du SIDPC (Service Interministériel de Défense et de Protection Civile), du COD (Centre Opérationnel Départemental) et de la CRAPS (Cellule Régionale d'Appui, de Pilotage et de Suivi de l'ARS), le préfet de département pourra communiquer en temps voulu sur l'aspect sanitaire de la crise. C'est grâce aux informations préalablement transmises par les établissements de santé à la CRAPS (bilans capacitaires notamment) puis relayées au préfet que ce dernier dispose des éléments de langage nécessaires à son intervention devant les médias (réseaux sociaux, prise de parole télévisée ou radiophonique, site internet, presse écrite). Pour ce volet sanitaire, le préfet peut toutefois demander à l'ARS de communiquer à sa place puisqu'elle est, en situation de crise, placée pour emploi sous l'autorité du préfet<sup>283</sup>.

Cette préemption de la communication par le préfet pourrait laisser à penser que le directeur ne communique pas en période de crise. En réalité le directeur conserve cette compétence, mais il ne pourra pas l'exercer librement. Alors qu'en temps normal le directeur peut librement communiquer (promotion de son établissement dans les médias locaux par exemple), la situation de crise place sa communication sous l'égide du préfet. Toute prise de parole antérieure ou postérieure à celle du préfet devra faire l'objet d'une information auprès de l'ARS. L'ARS pourra alors fournir au DH des éléments de langage, afin d'assurer une cohérence dans les propos tenus par les différents acteurs. Dans tous les cas, le directeur doit respecter le principe de subsidiarité : il ne peut communiquer que sur les éléments qui relèvent de son établissement.

## **B – La délivrance du message par le directeur et son équipe de communication**

Les attentats du 13 novembre 2015 ont montré combien les médias étaient nombreux sur les lieux de l'événement (pré-hospitalier) mais également à l'hôpital. La prise de parole du directeur

---

<sup>282</sup> Articles L.742-1 et L.742-2 du code de la sécurité intérieure.

<sup>283</sup> Article L.1435-1 alinéa 5 du CSP.

dans les médias va dépendre de la place de son établissement dans l'absorption des victimes. Les établissements de première ligne seront bien plus sollicités par les journalistes que les établissements de repli.

Le directeur est pleinement responsable de la présence de journalistes sur le site de l'hôpital. Bien qu'aucune disposition du CSP ne lui attribue explicitement un pouvoir de police administrative spéciale (l'article L.6143-7 qui définit les compétences du directeur n'en fait pas mention), un faisceau d'indices tend à lui conférer ce pouvoir de police administrative hospitalière. Ainsi, l'article R.1112-47 du code indique que « *Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur* »<sup>284</sup>. Le directeur qui estime que la présence de journalistes est dangereuse, sera donc juridiquement en mesure de leur en refuser l'accès et pourra le cas échéant prononcer leur expulsion.

Il est souhaitable que le directeur accueille et même anticipe l'arrivée des journalistes. Le directeur doit être vigilant à ne pas ajouter à la crise sanitaire une crise médiatique, ce qui nécessite une certaine transparence. Déjà en 2006 le guide plan blanc rappelait quelques éléments de base de la communication. Le projet de guide 2018 y fait lui aussi référence. Le directeur doit avoir au préalable identifié une zone d'accueil des médias, éloignée de la zone de prise en charge des victimes et de la CCH. Il doit anticiper sa prise de parole en préparant des éléments de langage. Seul le directeur (appuyé par son équipe de communication) ou la personne qu'il aura désignée prendra la parole. Il faut éviter toute prise de parole incontrôlée par des professionnels de santé. Afin de maîtriser cette médiatisation de la prise en charge, le directeur pourra indiquer aux journalistes qu'il leur accordera des points de communication à échéance régulière.

### **§ 3) Une coordination inter-établissements réalisée par l'ARS**

La prise en charge des victimes de l'attentat nécessite d'une part une répartition des victimes adaptée à la capacité des hôpitaux, et d'autre part la projection de renforts matériels et humains dans les établissements déficitaires. Ce pilotage n'est pas assuré par le directeur (A) mais par l'ARS et plus indirectement par le préfet de département (B).

---

<sup>284</sup> Ancien article 46 du décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

## **A – L'absence de contact direct entre le directeur et les autres établissements**

La répartition des victimes dans les différents établissements de santé est assurée par le SAMU. Celui-ci va se baser sur les bilans capacitaires transmis par les services d'urgence des hôpitaux dès le début de la crise. Il peut cependant arriver que l'établissement ne soit pas en mesure d'assurer l'intégralité du parcours de soin du patient admis. Soit parce que l'établissement ne dispose pas de la spécialité nécessitée par l'état du malade (la Bretagne par exemple, ne dispose pas de service de grands brûlés), soit parce que l'établissement a effectué un *damage control* et a décidé de transférer le patient vers un établissement de recours dans la perspective d'une reprise chirurgicale. Dans une pareille situation, le directeur fait alors application de l'article R.1112-14 du CSP : « *Lorsqu'un médecin [...] constate que l'état d'un malade ou d'un blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis* ».

Cet article est suffisamment large pour viser toutes les situations. En temps normal les « mesures nécessaires pour que le malade soit [redirigé] », consistent pour le directeur à contacter l'établissement idoine et à organiser le transport secondaire du patient grâce à un véhicule du SMUR ou d'un transporteur privé. Or, en cas d'afflux massif de victimes, le directeur se contentera d'informer l'ARS de ce besoin de transfert inter-établissement (plus ou moins rapide), charge à l'Agence de l'organiser. Par ce transfert de compétence, l'ARS assure son rôle de pilotage en situation de crise<sup>285</sup>. Pour des raisons liées à l'urgence, il est possible en pratique que le SAMU ait déjà contacté l'ARS pour organiser le transfert.

Cette mise en adéquation par l'ARS des moyens avec les besoins est reproduite s'agissant des ressources humaines et matérielles : le directeur n'a pas à entrer en contact avec un établissement de santé limitrophe pour lui demander son appui. Le futur guide d'aide à la préparation et à la gestion des SSE au sein des établissements de santé 2018 parle d'ailleurs à ce propos de « mise en tension solidaire » des établissements de santé qui ne sont pas directement impactés par l'événement. C'est la CRAPS qui organise cette projection de moyens. Le projet de guide paraît nuancer ces propos, en indiquant que le GHT a vocation à jouer un rôle dans la gestion des SSE, « notamment en ce qui concerne [...] la gestion des flux de patients entre les établissements de santé ». Mais il ne s'agit en réalité que d'un rôle « facilitateur », « le pilotage du

---

<sup>285</sup> L'article L.1431-2 1° du CSP dispose que « *Les agences régionales de santé [...] contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, [...] à la gestion des situations de crise sanitaire* ».

système de santé en SSE [incombant] exclusivement à l'ARS ». Cela aurait d'ailleurs pour effet fâcheux d'exclure les établissements privés de cette coordination !

## **B – L'organisation des renforts par l'ARS et le Préfet**

Il peut arriver que malgré le déploiement du plan blanc, les moyens humains et matériels ne suffisent plus à subvenir aux besoins de l'établissement de santé. Dans ce cas, les renforts matériels et humains à destination de l'hôpital sont organisés par l'ARS et plus subsidiairement par le préfet. Juridiquement, ces renforts ne peuvent de toute façon pas être organisés par le DH qui ne dispose pas d'un pouvoir de police administrative générale (ce qui lui aurait permis d'avoir un pouvoir de réquisition).

Afin de mener à bien son rôle de directeur des opérations de secours (DOS), le préfet peut mettre en œuvre son pouvoir de réquisition (article L.2215-1 du CGCT<sup>286</sup>). Cette faculté est d'ailleurs explicitement reprise à l'article L.3131-8 du CSP : « *Si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé plan départemental de mobilisation. Il informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan* ». En pratique, ce pouvoir de réquisition concerne essentiellement du matériel. La réquisition des transporteurs privés augmente le nombre de véhicules effectuant les norias et les transports secondaires. Comme l'indique l'article, il peut aussi s'agir de moyens humains, qu'ils soient publics ou privés. Pour savoir quels moyens mobiliser, le préfet n'aura qu'à s'appuyer sur le plan départemental de mobilisation, qui fait état de toutes les ressources sanitaires présentes dans le département<sup>287</sup>. En réalité c'est le DGARS qui, au vu des besoins de certains établissements, informe le préfet de la nécessité d'adopter un arrêté de réquisition<sup>288</sup>.

Le pouvoir de réquisition du préfet s'avère très efficace, car toute personne doit s'y plier. Le dernier alinéa de l'article L.2215-1 du CGCT dispose que « *Le refus d'exécuter les mesures prescrites par l'autorité requérante constitue un délit qui est puni de six mois d'emprisonnement et de 10 000*

---

286 Ce pouvoir de réquisition préfectorale de police ne doit pas être confondu avec le pouvoir de réquisition gouvernemental mentionné dans le code de la défense, qui fait référence aux réquisitions militaires, et qui donne lieu à des sanctions pénales en cas de refus.

287 Article R.3131-11 du CSP

288 Il s'agit finalement, du même circuit que celui utilisé en période normale pour assurer la permanence des soins (Article L.6314-1 du CSP).

euros d'amende ». La jurisprudence est stricte en la matière, puisque le juge administratif peut lui aussi sanctionner un médecin qui ne déférerait pas à une réquisition<sup>289</sup>.

Si le DGARS ne dispose pas d'un pouvoir de réquisition, la CRAPS va tout de même pouvoir mobiliser les moyens publics afin de les projeter là où le besoin s'en fait ressentir. Par exemple, l'acheminement de produits sanguins labiles de l'EFS vers un établissement. L'ARS pourra même demander aux établissements de santé détenteurs de PSM1 ou de PSM2 de les projeter vers une zone donnée (ces moyens tactiques ont toutefois vocation à être déployés en pré-hospitalier).

Dans le cas où ces renforts ne suffiraient pas, c'est l'échelon zonal qui devra déployer des moyens. Le préfet de zone disposera de compétences analogues au préfet de département<sup>290</sup>. Il en va de même pour l'ARS de zone<sup>291</sup>. En pratique, l'échelon zonal est rapidement mobilisé, car les décideurs préfèrent disposer de trop de moyens plutôt que de pas assez.

La projection de moyens humains semble néanmoins délicate à opérer en pratique. Comment un professionnel de santé peut-il exercer dans un établissement qui n'est pas le sien, qui plus est dans une situation d'urgence ? Il y a fort à parier que les techniques médicales pratiquées ne seront pas les mêmes, pas plus que les outils utilisés. Et le fait que le service fonctionne en « mode plan blanc » ne permet pas de faciliter la prise en main rapide des outils, puisque les postes mobiles (armoires « plan blanc ») ne sont pas standardisés...

Comme l'indique le projet de guide SSE 2018, les GHT ont ici toute leur place à jouer. En effet, si les équipes se connaissent et ont déjà réalisé des interventions médicales croisées, une « mutualisation des personnels et des moyens matériels » sera relativement facile.

#### **§ 4) L'absence de décès au cours du transport : une fiction juridiquement commode**

Lors du transport depuis le pré-hospitalier jusqu'à l'hôpital, il peut arriver que la personne décède. Dans ce cas, la responsabilité qui normalement devrait peser sur le maire ou le préfet du lieu du décès (A) est transférée au directeur d'hôpital (B). Le directeur d'hôpital vient donc une fois de plus en appui des autorités extérieures eu égard à la responsabilité qu'il accepte de supporter.

<sup>289</sup> CE, 23 janvier 2013, n°344706 : « *Considérant qu'alors même qu'il l'estimerait illégal, un médecin ne peut, sans commettre une faute professionnelle, s'abstenir délibérément de déférer à un acte de réquisition pris pour assurer la permanence des soins, qui constitue une mission de service public en vertu de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique et une obligation déontologique pour les médecins en vertu de l'article R. 4127-77 du même code, avant d'avoir obtenu du juge administratif l'annulation ou la suspension de cet acte, sans d'ailleurs que cela fasse obstacle à ce que soient, le cas échéant, réparés les préjudices subis par le médecin du fait de l'exécution de cet acte administratif au cas où il serait ultérieurement jugé illégal ; qu'il n'en va autrement que lorsque des raisons impérieuses imposent à l'intéressé d'adopter une attitude différente* ».

<sup>290</sup> Article L.3131-9 du CSP.

<sup>291</sup> Article L.1435-2 du CSP.



## **A – Un transport de corps normalement sous la responsabilité du maire ou du préfet**

Lors d'un attentat, des victimes décédées peuvent être dénombrées sur la zone de chantier. Ces victimes ne font alors pas l'objet d'un quelconque transport sanitaire. Il ne relève pas de la mission des équipes SMUR de prendre en charge ces victimes décédées. Juridiquement, le médecin du SMUR constate en réalité que la personne est décédée d'une mort d'origine « suspecte » ou « violente » et en informe l'autorité judiciaire<sup>292</sup>. Le procureur de la République décidera alors du devenir de la victime (investigations, transport vers un IML à des fins d'autopsie, ...).

D'ailleurs, le CSP donne une définition stricte du transport sanitaire, qui exclut le transport de personnes décédées : « *Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports [...] spécialement adaptés à cet effet* »<sup>293</sup>.

Les victimes vivantes lors de leur montée dans le VSAV (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes) ou le véhicule SMUR peuvent décéder pendant le transport sanitaire. Il s'agit alors d'un décès extra-hospitalier. Une interprétation très rigoureuse des textes commanderait aux conducteurs de s'arrêter sur le bas côté de la route, et d'informer le maire, autorité de police administrative spéciale des funérailles et des cimetières<sup>294</sup>. S'agissant d'une mort « suspecte », c'est d'ailleurs sans doute le Procureur qu'il conviendrait d'informer. Qui plus est, le transport d'un corps ne pouvant être réalisé qu'au moyen d'un véhicule spécifique, il faudrait même changer de véhicule<sup>295</sup>. Autant de considérations juridiques qui n'ont, pour des raisons de pragmatisme, pas lieu d'être appliquées. Cette inadaptation du Droit à la pratique existe également dans les interventions quotidiennes. La situation d'urgence en afflux massif de victimes justifie encore plus de faire fi d'une interprétation stricte des textes<sup>296</sup>. Il serait d'ailleurs possible de s'appuyer sur l'article R.6312-

---

292 Les médecins du SMUR n'auront sans doute pas le temps d'établir un certificat de décès.

293 Article L.6312-1 du CSP

294 Article L.2213-8 du CGCT : « *Le maire assure la police des funérailles et des cimetières* » ; Article L.2213-9 du CGCT : « *Sont soumis au pouvoir de police du maire le mode de transport des personnes décédées* ».

295 Article R.2213-7 alinéa 2 du CGCT : « *Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires et répondant aux conditions des articles D. 2223-110 à D. 2223-115* ».

296 Réponse ministérielle à la question écrite n°3423 de J-P. DUPRE du 21 août 2007 : « La mission des sapeurs-pompiers, dès lors qu'ils sont appelés pour secourir une personne en détresse, consiste à mettre en œuvre les gestes appropriés pour sauver la vie de la victime. Malheureusement la personne secourue peut décéder lors de son transport vers l'établissement de soins. Ce décès entraîne l'obligation, en application de la législation en vigueur, d'accomplir plusieurs formalités [...]. Par ailleurs, il appartient au maire, en vertu des pouvoirs de police qui lui sont conférés par l'article L.2213-9 du CGCT, de définir le mode de transport des personnes décédées. Ainsi, en application des articles R.2213-7 et suivants du CGCT, le transport du corps d'une personne décédée, sans mise en bière, est subordonné à la délivrance d'une autorisation délivrée par le maire du lieu du dépôt du corps. De plus, le deuxième alinéa de l'article R.2213-7 du CGCT précise que les transports de corps avant mise en bière ne peuvent être effectués qu'au moyen de véhicules spécialement aménagés et exclusivement réservés aux transports mortuaires [...]. L'accomplissement de toutes les formalités administratives énumérées précédemment ne relève pas des missions des services d'incendie et de secours. De plus, sur le plan opérationnel, il n'est pas possible de mobiliser

16 du CSP pour justifier cet écart, qui dispose que « *Le transport [...] est assuré [...] sans interruption injustifiée du trajet* ».

### **B – Un corps placé sous la responsabilité du directeur d'hôpital**

Bien qu'elle soit décédée au cours du transport sanitaire, la victime va être acheminée jusqu'à l'établissement de santé. Par conséquent, le corps du décédé va être placé sous la responsabilité du directeur.

Comme pour les autres victimes, la victime décédée va être admise à l'hôpital dès son arrivée. Simplement, elle ne relèvera pas de la catégorie UA, UR ou UD, mais décédée (DCD). Puisqu'elle n'est pas en mesure de décliner son identité, la victime sera enregistrée sous « X »<sup>297</sup>. Son identité sera rétablie dans un second temps.

La mention de ce « statut » DCD sur la fiche d'admission ne dispense pas les médecins d'établir un certificat de décès. Notamment, il leur faudra indiquer l'heure du décès. Juridiquement, cela pose question, puisque comme il a été dit une fiction juridique est pratiquée afin de ne pas stopper le transport et acheminer la victime décédée jusqu'à l'hôpital. Poursuivant cette logique, l'heure du décès inscrite devrait être celle de l'admission de la victime à l'hôpital, et non l'heure à laquelle sa vie a réellement pris fin. Un choix inverse pourrait juridiquement remettre en question le fait pour le transporteur de ne pas s'être arrêté.

Pourtant, si le médecin poursuit cette logique, il mentionne une heure qui n'est pas rigoureusement exacte. Sa responsabilité pénale pourrait alors être engagée sur le fondement de l'article 441-7 pour établissement de faux certificat<sup>298, 299</sup>. En pratique, le caractère intentionnel de l'infraction ne sera pas constitué car il est peu probable qu'en situation d'urgence le médecin chargé d'établir le certificat de décès interroge dans le détail les transporteurs du corps... Qui plus est, les circonstances dramatiques d'une pareille situation rendront les poursuites inopportunes...

Une fois l'admission prononcée, la victime décédée va immédiatement suivre le circuit de la gestion des corps. Le corps sera directement conduit vers la chambre mortuaire de l'hôpital ou vers une chambre mortuaire provisoire, aussi appelée « chapelle ardente »<sup>300</sup>.

---

pendant un certain temps un véhicule de secours et son équipage pour réaliser ces formalités alors même qu'il peut être nécessaire d'envoyer ces moyens de secours pour une intervention urgente. Il découle donc des éléments développés ci-dessus, que la règle applicable pour les services d'incendie et de secours, en cas de décès d'une personne transportée, est, après établissement éventuel du certificat de décès pour un médecin présent, de diriger le corps vers un établissement hospitalier [...] ».

297 Instruction interministérielle du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.

298 Article 441-7 du code pénal : « *est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts* ».

299 Cette hypothèse est confirmée par les propos de Marc DUPONT, qui a pu indiquer que les médecins pouvaient être tentés d'inscrire sur le certificat de décès « *une heure de décès ne correspondant pas à la réalité (notamment pour "arranger" la famille ou faciliter une opération de transport)* » : DUPONT, M., *Décès en établissement de santé, Litec Droit médical et hospitalier*, Fasc.37, 1<sup>er</sup> novembre 2008.

300 C'est la circulaire du 3 mai 2002 DHOS/HFD n°2002-284 relative à l'organisation du système hospitalier en cas

## **SECTION 2 : L'articulation des compétences entre le directeur d'hôpital et l'autorité judiciaire**

À la différence des autres formes de crises sanitaires, la crise d'origine terroriste introduit pleinement l'autorité judiciaire dans sa gestion. L'acte terroriste est constitutif d'une infraction pénale. Dès le départ, le procureur de la République du ressort dans lequel se produit l'attentat est saisi. Rapidement, il va se dessaisir au profit de la section « lutte contre le terrorisme et les atteintes à la sûreté de l'État » du parquet de Paris<sup>301</sup>. L'irruption de cet acteur dans la gestion de la crise entraîne inévitablement un partage des compétences du directeur d'hôpital. Alors que leurs domaines de compétences vont se succéder s'agissant de la gestion des corps (§1), ils vont se chevaucher pour l'établissement de la liste unique des victimes par le Procureur (§2).

### **§ 1) La gestion des urgences dépassées : un partage des compétences inscrit dans la temporalité**

Le directeur d'hôpital est seul responsable de la prise en charge du patient en situation d'urgence dépassée et de son accompagnement jusqu'à la fin de sa vie (A). En revanche, une fois décédée, le corps de la victime est placé sous la responsabilité de l'autorité judiciaire pour réaliser l'autopsie (B).

#### **A – La phase du décès et l'intégration du corps dans un circuit spécifique : une compétence du directeur**

Si une victime décède au sein de l'hôpital, un certificat de décès devra être établi (1), et le corps transporté dans un lieu adapté (2). Ces deux actions sont effectuées sous la responsabilité du directeur.

##### *1) Le constat du décès*

Le décès peut survenir de deux manières. Comme il a déjà été dit, la victime peut être admise à l'hôpital alors qu'elle est déjà décédée au cours du transport sanitaire. Mais le décès peut aussi survenir au cours ou au décours d'une prise en charge médicale, ou après dispense de soins palliatifs pour les victimes en situation d'urgence dépassée. Dans tous les cas, un certificat de décès devra être dressé par un médecin de l'hôpital<sup>302</sup>. Ce certificat comprend un volet administratif et un

---

d'afflux de victimes qui introduit la notion de « chambre mortuaire provisoire ». Le guide plan blanc de 2006 ne fait que l'évoquer. Le CSP ne reprend pas cette notion.

301 Articles 706-16 et suivants du code de procédure pénale.

302 Ce certificat de décès ne doit pas être confondu avec « l'acte de décès », qui lui est rédigé par l'officier d'état civil (le maire) (article 78 du code civil).

volet médical<sup>303</sup>. La mort étant en l'espèce « violente » ou « suspecte », le médecin mentionnera la présence d'un « obstacle médico-légal » sur le certificat de décès.

Il est ensuite de la responsabilité du médecin de transmettre le volet administratif du certificat de décès à l'officier d'état civil (le maire) du lieu du décès<sup>304</sup>. Toutefois, il est très probable que cette transmission soit retardée. Si le CGCT indique que cette transmission doit être effectuée « *sans délais* »<sup>305</sup>, elle « *ne peut avoir lieu que si le volet administratif et le volet médical sont intégralement établis* »<sup>306</sup>. Le manque probable d'informations sur l'identité de la victime (volet administratif) sera de nature à retarder cette transmission. Le manque d'informations sur le volet médical ne doit quant à lui pas retarder la transmission puisqu'il peut être complété « *pendant les quatre-vingt-seize heures suivant la transmission du certificat de décès* »<sup>307</sup>. Dans tous les cas, le décès de la victime devra être indiqué sur le registre des décès de l'hôpital<sup>308</sup> puis sur le registre de suivi des corps<sup>309</sup>.

En principe, le directeur d'hôpital doit déclarer tout décès survenu dans son établissement à l'officier d'état civil de la commune du lieu du décès dans un délai de 24 heures<sup>310</sup>. Cette obligation semble néanmoins devoir être écartée, puisqu'en cas de SSE liée à un attentat, c'est le procureur de la République de Paris qui est seul compétent pour établir la « Liste Unique des Victimes »... Dans tous les cas, le directeur pourra se départir de cette responsabilité puisque l'alinéa 3 de l'article 80 du code civil indique que « *en cas de difficulté, l'officier de l'état civil doit se rendre dans les établissements pour s'assurer, sur place, du décès et en dresser l'acte, conformément à l'article 79, sur la base des déclarations et renseignements qui lui sont communiqués* ».

Eu égard à la présence d'un obstacle médico-légal sur le certificat de décès, le directeur devra en aviser immédiatement l'autorité judiciaire<sup>311</sup>. C'est à partir de cet instant que la phase de l'autopsie judiciaire va pouvoir démarrer. En pratique, le procureur de la République de Paris sera déjà informé de la possibilité de décès. La chronologie pourra être inversée, et l'autorité judiciaire déjà sur place.

---

303 Article R2213-1-1, II du CGCT.

304 Article R2213-1-2 II du CGCT.

305 Article R2213-1-2 I du CGCT.

306 Article R2213-1-2 IV alinéa 1 du CGCT.

307 Article R2213-1-2 IV alinéa 2 du CGCT.

308 Article 80 du code civil et R.1112-71 du CSP.

309 Article R.1112-76-1 du CSP.

310 Article 80 alinéa 2 du code civil.

311 Article R.1112-73 du CSP.

## 2) Le transport spécifique du corps du décédé vers une zone dédiée

Le droit français n'interdit pas qu'un corps sans vie reste un certain temps dans une unité de soins<sup>312</sup>, notamment lorsque l'établissement ne dispose pas de chambre mortuaire, et pour permettre à la famille de se recueillir auprès de la dépouille<sup>313</sup>. En revanche, le corps ne pourra pas rester dans ce lieu plus de dix heures à compter du décès<sup>314</sup>.

L'état de saturation des services généré par l'afflux massif de victimes pousse le directeur à réorganiser les circuits de prise en charge, y compris des personnes décédées. Grâce à son pouvoir d'organisation et de fonctionnement du service<sup>315</sup>, un circuit spécifique va être mis en place afin que la dépouille ne reste pas dans l'unité de soins. Le corps devra être transporté rapidement vers la « chambre mortuaire ». En vertu de l'article R.2223-90 alinéa 1<sup>er</sup> du CGCT repris par l'article L.6111-5 du CSP, « *Les établissements de santé publics ou privés doivent disposer au moins d'une chambre mortuaire dès lors qu'ils enregistrent un nombre moyen annuel de décès au moins égal à deux cents* ». Si l'établissement ne dispose pas de chambre mortuaire, ou que ses capacités sont atteintes, il devra être mis en place une « chambre mortuaire provisoire », également appelée « chapelle ardente »<sup>316</sup>. Le directeur d'hôpital dispose d'une marge de manœuvre conséquente dans l'aménagement de ces locaux puisqu'aucune disposition juridique ne vient le préciser<sup>317</sup>.

Un problème juridique aurait pu se poser, sachant que c'est le maire qui est seul responsable du transport des corps en vertu de son pouvoir de police administrative spéciale. Mais cette difficulté est surmontée par le fait que le transport du corps à l'intérieur de l'établissement n'est pas considéré comme un acte de police administrative. C'est donc le directeur qui autorisera seul ce transfert<sup>318</sup>. Il en va de même pour le transport du corps vers une chambre mortuaire située à l'extérieur de l'hôpital. Dans le cas où ladite chambre mortuaire serait située sur le territoire d'une autre commune, il faudra simplement que le directeur en informe sans délai le maire de la commune<sup>319</sup>. Toute cette organisation a été présentée par la circulaire du 4 novembre relative au transport de corps avant mise en bière<sup>320</sup>.

312 CE, 5 octobre 1998, n°193261-193359.

313 Circulaire DH/AF1 n°99-18 du 14 janvier 1999 relative aux chambre mortuaires des établissements de santé : « *il n'est pas obligatoire de procéder à ce dépôt immédiatement après le décès* ».

314 Article R.2223-76 du CGCT.

315 CE, sect, 7 févr. 1936, *Jamart*, n° 43321, Lebon 172 ; *GAJA*, 21<sup>e</sup> éd., 2017, n°45.

316 Notion introduite par la Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes (abrogée). Reprise dans l'annexe de la circulaire N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

317 Marc DUPONT, *op. cit.*, Décès en établissement de santé.

318 Article R.2223-95 alinéa 1<sup>er</sup> du CGCT.

319 Article R.2223-95 alinéa 2 du CGCT.

320 Circulaire du 4 novembre 2002 relative au transport de corps avant mise en bière, NOR LBLBC210026C : « *le Conseil d'État a considéré que, s'agissant d'un mouvement interne à l'hôpital, [l'autorisation administrative] ne se justifiait plus [...]. Ce nouveau dispositif constitue une procédure d'accord, qui ne peut être assimilée à une autorisation de transport de corps et ne saurait présenter le caractère d'acte de police administrative* ».

## **B – La phase de l'autopsie judiciaire : une compétence du procureur s'exerçant grâce aux moyens du directeur**

Informé par le directeur d'établissement d'une mort d'origine « violente » ou « suspecte », le procureur de la République va procéder à une réquisition de médecins (1) et de locaux (2) pour procéder aux autopsies judiciaires. Le corps de la victime est placé sous la responsabilité de la justice, jusqu'à ce qu'elle décide de sa remise<sup>321</sup>.

### *1) La réquisition du médecin légiste par le procureur*

L'article 230-28 du code de procédure pénale permet au procureur de la République d'ordonner une autopsie judiciaire. Seul un « *praticien titulaire d'un diplôme attestant de sa formation en médecine légale ou d'un titre justifiant de son expérience en médecine légale* » peut être désigné<sup>322</sup>. Le médecin n'a pas d'autre choix que de déférer à la réquisition, sous peine de poursuites pénales<sup>323</sup>. Bien entendu, le directeur ne peut pas lui non plus s'opposer à l'autopsie judiciaire<sup>324</sup>. Ces médecins seront affectés à l'autopsie des corps, et pourront compléter le volet médical « complémentaire » du certificat de décès<sup>325</sup>. Ils participeront également à l'identification formelle des victimes décédées en procédant conformément au protocole UNIVC<sup>326</sup>.

La circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale<sup>327</sup> indique désormais que « *les réquisitions judiciaires aux fins d'autopsie [...] émanant de juridictions rattachées à une structure dédiée [sont] exclusivement adressées à cette structure* ». Ainsi, « *les parquets [adresseront] leurs réquisitions judiciaires directement à leur structure de rattachement, prise en la personne de son représentant légal ou de celle bénéficiant d'une délégation des pouvoirs de ce dernier. Il appartiendra ensuite à l'établissement public de santé de désigner le médecin, relevant de son autorité, qui exécutera personnellement la mission judiciaire prévue dans la réquisition* ». Une décision du Conseil d'État semble toutefois nuancer le régime

---

321 L'instruction interministérielle du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme indique que « *Sous la direction [du procureur de la République de Paris], la prise en charge des corps des personnes décédées relève de la compétence exclusive des services enquêteurs, qui, en lien avec le service coordonnateur, organisent leur recensement, leur transport et les opérations conduisant à leur identification* ».

322 Article 230-28 alinéa 2 du code de procédure pénale.

323 Article L.4163-8 du CSP : « *Est puni de 3750 euros d'amende le fait [...] 2° pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique* ».

324 S'agissant d'une autopsie médicale, le directeur pourra s'y opposer, mais il devra avancer des motifs légitimes sous peine d'annulation de sa décision par le juge administratif (CE, 31 mars 2017, *CH Grasse*, n° 393155 ; Lebon ; *AJDA* 2017, p. 716).

325 Article R2213-1-1, II du CGCT.

326 La procédure d'identification s'inspire du Guide sur l'identification des victimes de catastrophes, publié en 1984 et révisé en 2009 : *Guide sur l'identification des victimes de catastrophes*, INTERPOL, 2009.

327 Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale (NOR : JUSD1033764C).

institué par la circulaire<sup>328</sup>.

Dans tous les cas, en raison de la réquisition judiciaire, les missions du procureur de la République seront remplies avec le concours des moyens humains du directeur d'hôpital... Le directeur est donc placé au service de l'autorité judiciaire. Un risque de télescopage des moyens humains et des besoins doit alors être anticipé. Le directeur, qui pensait pouvoir compter sur un médecin pour prendre en charge des victimes, ou pour animer la cellule d'identitovigilance, peut se le voir retirer par l'autorité judiciaire (notamment, les médecins légistes de l'Institut Médico-Légal<sup>329</sup>). En pratique, le directeur peut être à mille lieues de penser qu'une partie de son personnel risque d'être requise par l'autorité judiciaire. Il doit anticiper cette carence de moyens dans le cadre de son plan blanc. Par exemple, le fait que le médecin légiste de l'hôpital réponde présent lors du rappel de personnel ne doit pas dispenser le directeur de le doubler d'un second médecin, pour effectuer immédiatement ses tâches dans le cas où il serait requis.

## *2) La réquisition des lieux : une nécessaire anticipation*

Outre la réquisition du personnel de l'établissement de santé, l'autorité judiciaire peut mobiliser n'importe quel lieu pour réaliser les missions qui lui incombent (identification des victimes en vue d'établir la liste unique des victimes, autopsies judiciaires). L'Unité d'Identification de Victimes de catastrophes (UIVC) par exemple, peut mettre en place une « cellule *post mortem* ». Il est donc judicieux pour le directeur d'identifier en amont avec l'autorité judiciaire les locaux qui pourront être utilisés par l'autorité judiciaire.

---

<sup>328</sup> CE, sect., 26 décembre 2012, n°347093, *Association des médecins urgentistes de France*, Lebon : « qu'aux termes, enfin, de l'article 157 : " Les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent sur la liste nationale dressée par la Cour de cassation ou sur une des listes dressées par les cours d'appel (...) " ; que les circulaires attaquées, qui ont pour seul objet d'organiser, à l'échelle nationale, un cadre regroupant l'ensemble des structures intervenant dans le domaine de la médecine légale et de prévoir les modalités fonctionnelles selon lesquelles les réquisitions judiciaires doivent être effectuées, ne remettent en cause ni la liberté de choisir " toute personne qualifiée ", prévue par les dispositions précitées du code de procédure pénale, ni aucune exigence de choix direct et personnel, lequel peut donner lieu, en application des dispositions précitées, à une réquisition adressée à une personne morale aussi bien qu'à une personne physique ; qu'elles n'ont ni pour objet ni pour effet de dispenser les personnes requises qui ne seraient pas inscrites sur une des listes prévues à l'article 157 du code de procédure pénale ou ne relèveraient pas d'une structure inscrite de prêter serment ».

<sup>329</sup> Les IML pratiquent une activité de médecine légale thanatologique.

## **§ 2) La liste unique des victimes : compétence exclusive du procureur de la République mobilisant une pluralité d'acteurs**

Comme l'indique l'instruction interministérielle du 10 novembre 2017, « l'attribution formelle de l'identité [des victimes est arrêtée] par le procureur de la République de Paris ». Grâce aux données transmises par les établissements de santé (A), le procureur va établir et rendre publique la Liste Unique des Victimes (LUV) (B). Cette exclusivité de compétence peut rendre la position du directeur compliquée (C).

### **A – Une élaboration de la liste unique des victimes mobilisant l'ensemble des acteurs**

Afin de dresser la LUV, le procureur mobilise notamment les établissements de santé, qui sont en contact direct avec les victimes (1)<sup>330</sup>. Ces informations en provenance des établissements de santé transitent par l'ARS (2).

#### *1) Les établissements de santé : détenteurs de l'information primaire*

La liste unique des victimes est un document comportant les noms des victimes de l'acte de terrorisme (victimes décédées, victimes blessées, victimes impliquées<sup>331</sup>). La plupart de ces victimes vont être admises à l'hôpital pour recevoir des soins. C'est donc l'hôpital, en contact direct avec ces victimes, qui détient la majorité des informations relatives à leur identité (d'autres informations peuvent être collectées par les services enquêteurs, ou par la CIAV grâce à la collecte d'informations auprès des proches par voie téléphonique).

L'article L.3131-9-1 du CSP dispose que « *les informations strictement nécessaires à l'identification des victimes et à leur suivi [...] sont recueillies dans un système d'identification unique des victimes. Les établissements qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des services d'aide médicale urgente ou de premier secours [...], enregistrent les données à caractère personnel relatives aux victimes dans le système d'information* ». Le système d'identification des victimes généralisé à l'échelle nationale est l'appli SIVIC (Système d'Information pour le suivi des VICtimes). Cet applicatif va servir à dénombrer et à identifier les victimes admises à l'hôpital. Seuls les établissements de santé sont en mesure de renseigner SIVIC<sup>332</sup>. Ce nouveau dispositif a émergé à la suite des RETEX des attentats du 13 novembre 2015,

<sup>330</sup> Les services enquêteurs (en la personne du référent enquêteur victime), sous l'autorité permanente du parquet de Paris, participent activement à l'établissement de cette LUV.

<sup>331</sup> L'instruction du 13 avril 2016 indiquait que « *Sont recensées sur cette liste unique des victimes : les personnes décédées à la suite du ou des actes de terrorisme ; les personnes blessées, ayant subi un dommage physique ou psychique directement lié à l'acte ou aux actes de terrorisme ; les personnes impliquées qui se trouvaient sur le lieu des faits au moment de l'acte de terrorisme et qui, ayant été exposées au risque, ont présenté ultérieurement aux faits un dommage physique ou psychologique qui y est directement lié* ».

<sup>332</sup> Délibération de la CNIL du 7 juillet 2016 (n° 2016-208) : « *Les établissements de santé qui prennent en charge les victimes sont les seules sources des données* ».



qui identifiaient de multiples problèmes dans l'identification des victimes et dans l'information des familles<sup>333</sup>. Cet aspect sensible de la gestion de crise n'avait pas été suffisamment préparé. Le guide plan blanc de 2006 indiquait simplement que l'établissement devrait « *Conserver le mode d'identification des victimes « non identifiées » par un bracelet avec le numéro d'identification ou le numéro de la fiche SAMU ; en l'absence de celui-ci, établir une fiche d'identification propre à l'établissement* » et invitait les établissements à « *Établir une liste de patients identifiés ou non identifiés avec [tout une série de] caractéristiques* ».

Dès leur admission à l'hôpital, les victimes se voient attribuer un numéro SIVIC pré-établi. Toutefois, parce que le directeur est responsable en premier lieu de la prise en charge des victimes, l'identité véritable de la victime ne sera (r)établie que dans les heures qui suivent<sup>334</sup>, par la cellule d'identito-vigilance<sup>335</sup>.

L'identification des victimes décédées ou inconscientes peut poser problème. Ce sont les compétences des médecins légistes et le recueil d'informations auprès des proches par la CIAV ou les services enquêteurs victimes qui vont permettre de rétablir les identités. Pour les victimes décédées notamment, les services enquêteurs vont mettre en place une cellule *ante mortem* et une cellule *post mortem* chargées, à travers des procédures d'identification spécifiques, de la collecte d'informations identifiantes. Après confrontation de ces données, l'identité sera prononcée par la « commission d'identification ». Une fois l'identité confirmée par l'autorité judiciaire, la cellule d'identito-vigilance de l'établissement pourra retranscrire ces données dans SIVIC<sup>336</sup>.

---

333 Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, *op. cit.*, Tome 2, p. 22 : propos de Monsieur Georges SALINES : « *Il s'agit bien d'un ratage, car l'on ne devrait pas apprendre une telle nouvelle par téléphone et dans ces conditions. Et encore, je me considère comme chanceux, parce que des familles ont attendu trois jours et certaines ont veillé le corps d'un enfant qui n'était pas le leur. Il reste donc des marges de progrès considérables à accomplir* ».

*Ibid.*, p. 66, propos de Monsieur Stéphane GICQUEL : « *Il faut savoir que l'annonce des décès s'est faite dans le plus grand désordre. Le samedi, à dix-huit heures, nous recevions les premiers appels et nous nous trouvions devant l'alternative suivante : soit nous mentionnons en demandant à nos interlocuteurs de se présenter le lendemain à l'École militaire, soit nous annonçons le décès au téléphone. C'était le choix du diable : cela doit être pris en compte dans le retour d'expérience* ».

*Ibid.*, p. 113, propos de Monsieur Georges FENECH : « *Lors des premières auditions, une personne nous a raconté la manière dont on lui a annoncé la mort d'un proche dans les attentats. Elle nous a fait part du choc et de l'émotion ressentis lorsque la personne, au bout du fil, lui a annoncé le décès de ce parent avant de lui souhaiter une bonne soirée. Il s'agit là sans doute d'un manque de formation, d'expérience* ».

334 Instruction du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme : « *il existe un délai incompressible dans l'application SIVIC pour le processus d'identification en raison de la priorité donnée à la prise en charge des blessés et à la sécurisation du processus d'identification par les cellules d'identito-vigilance des établissements de santé* ».

335 En application de l'article L.3131-9-1 alinéa 3 du CSP, la CNIL a, par une délibération du 7 décembre 2017 (n°2017-321), indiqué que « *Les membres de [la] cellule de crise [hospitalière] et ceux des services d'urgence seront les utilisateurs de SI-VIC, spécialement habilités, au sein des établissements et ainsi responsables de la saisie des informations relatives aux victimes* ». Si la responsabilité incombe selon la délibération au Directeur de la CCH, il peut bien entendu la déléguer à une cellule d'appui (cellule d'identito-vigilance).

336 La délibération de la CNIL du 7 juillet 2016 (n° 2016-208) résumait : « *En cas d'attentat terroriste, il est prévu que les données soient saisies par les établissements de santé dans les douze premières heures qui suivent l'événement.*

La performance de l'appliquatif SIVIC réside dans le fait qu'il est interconnecté depuis 2017 avec l'appliquatif SINUS<sup>337</sup>, qui sert aux équipes du pré-hospitalier pour effectuer un dénombrement (des éléments d'identité peuvent déjà y être mentionnés) des victimes et indiquer leur orientation. Lorsqu'une victime arrivera à l'hôpital avec un « bracelet SINUS », celui-ci sera reporté dans SIVIC. Cela aura pour effet de créer une passerelle entre les informations SINUS et SIVIC.

Deux types de transmissions auront donc lieu entre l'ES et l'ARS : le bilan capacitaire, qui estime le nombre de places disponibles par spécialité et type de blessures (remonté par mail le plus souvent), et le bilan victimaire qui indique le nombre de victimes prises en charge par l'hôpital (remonté par l'appliquatif SIVIC).

## 2) *L'ARS : relais entre les ES et la CIAV*

Selon les termes de l'article L.3131-9-1 du CSP, les établissements de santé devraient transmettre le suivi des victimes « *aux agents désignés au sein des agences régionales de santé* ». Les données inscrites dans SIVIC sont en réalité automatiquement visibles par l'ARS, en temps réel, puisqu'elle dispose d'un accès SIVIC.

L'ARS a pour mission de s'assurer du bon remplissage par l'établissement de santé de l'appliquatif SIVIC. Si aucune donnée n'apparaît dans SIVIC, la CRAPS va prendre contact avec l'établissement de santé pour lui demander d'enregistrer les victimes (dénombrement)<sup>338</sup>. Si les victimes sont bien enregistrées dans SIVIC, mais qu'aucune donnée relative à leur identité n'est inscrite, la CRAPS va demander à l'établissement de santé d'accélérer son processus d'identito-vigilance (identification). L'accès par l'ARS à ces systèmes d'information est logique au regard de l'article L.1435-6 du CSP : « *L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé* ». C'est donc grâce à l'ARS que les institutions ayant un droit d'accès à SINUS pourront avoir accès aux identités.

Conformément à l'Instruction du 10 novembre 2017, l'ARS « *assure la remontée de ces informations, notamment cette liste [des victimes], au CORRUSS, lequel informe en temps réel la CIAV* ».

Pendant la gestion de crise, un autre acteur ressent le besoin d'être informé sur l'identité des victimes : le préfet de département. La question peut se poser de savoir si l'ARS est également tenue

---

*Pendant les 48 heures suivantes, les ARS, la DGS et le SSA mettront en œuvre les opérations de stabilisation et de consolidation des données* ».

337 C'est notamment pour cette raison que la CNIL a dû compléter par une délibération du 7 décembre 2017 sa délibération du 7 juillet 2016.

338 Intervention de Marisol TOURAINE, *RETEX sur les attentats du 13 novembre 2015*, *op. cit* : « Chaque directeur doit avoir pour préoccupation immédiate, outre les soins, d'établir et d'actualiser la liste des victimes qu'il prend en charge et de la transmettre aux autorités sanitaires ».

d'adopter un rôle d'interface entre les ES et le préfet. Ni la délibération CNIL de 2016 ni la délibération CNIL de 2017 n'évoquent le préfet comme titulaire d'un droit d'accès à SIVIC. Cela s'explique sans doute par le fait que ces identités n'ont (mis à part politiquement) pas grand intérêt pour la gestion de la crise, à cette étape du moins.

Pour autant, plusieurs faisceaux d'indices sont de nature à considérer que le préfet peut avoir accès à SIVIC : le fait que l'ARS, institution agissant pour le compte du préfet en période de crise, soit habilitée, et le fait que la CNIL ait tendance à élargir l'accès à SIVIC. La délibération de la CNIL n'est pas claire quant aux conséquences de l'interfaçage SIVIC-SINUS sur l'accès par le Préfet aux données identifiantes (le préfet a déjà accès à SINUS<sup>339</sup>).

L'ARS ne communique en revanche pas les données à l'autorité judiciaire, qui se les procure au moyen de ses services enquêteurs et de son accès à SIVIC.

## **B – La communication de la liste unique des victimes : une compétence exclusive du procureur de la République**

Le procureur de la République est le seul habilité à communiquer la liste unique des victimes une fois finalisée<sup>340</sup>. En raison des examens médico-légaux exigés pour l'identification des victimes décédées, la publication de la LUV peut être relativement tardive. Après les examens par les cellules *ante mortem* et *post mortem*, une « commission d'identification » doit se réunir pour « prononcer, sans doute possible, les identifications », permettant ainsi au magistrat référent victime d'établir la liste des personnes décédées. Une fois cette liste établie, l'autorité judiciaire pourra prendre contact avec les familles pour annoncer les décès.

Afin de procéder plus rapidement à l'annonce des décès, l'instruction du 10 novembre 2017 prévoit une « procédure accélérée d'identification ». Sur la demande du parquet, la commission d'identification se tient régulièrement afin de « valider au fil de l'eau<sup>341</sup> une liste d'identifications, sans attendre l'identification de l'intégralité des corps pour annoncer officiellement les décès [aux familles] ».

Avant de communiquer publiquement la LUV, l'autorité judiciaire prend le soin d'annoncer les décès

---

339 Arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS) : article 1<sup>er</sup> : « *Le préfet de police (secrétariat général de la zone de défense de Paris) est autorisé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS), dont les finalités sont d'assurer le dénombrement, l'identification et le suivi des victimes lors d'événements exceptionnels.* ».

Article 3 : « [...] sont autorisés à accéder aux données [...] » :

340 Instruction du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.

341 Le Gouvernement prend en considération la douleur des familles, puisque l'instruction de 2017 admet en procédure accélérée une validation des identités « *au fil de l'eau* », alors que l'instruction de 2016 prévoyait une validation [seulement] « *quotidienne* » .

aux proches des personnes décédées. Tirant les leçons des RETEX du 13 novembre 2015, ce sont des officiers de police judiciaire (OPJ) et des agents de police judiciaire (APJ) qui sont chargés d'annoncer les décès, soit « au centre d'accueil des familles, soit sur [le lieu de résidence des familles] ». Une fois ces décès annoncés, c'est le procureur de la République de Paris qui communiquera la LUV.

### **C – L'établissement de santé dans une situation délicate d'un point de vue éthique**

Au regard des compétences du procureur de la République de Paris, le directeur d'hôpital n'a juridiquement pas la possibilité d'annoncer un décès à une famille. Cela le place dans une situation délicate, puisqu'il aura connaissance d'une partie des décès : il est probable que des corps soient déposés dans son établissement, et que des victimes décèdent dans les services de soins.

Il y a là une véritable rupture avec les compétences classiques du directeur d'hôpital. En temps normal, le directeur est en mesure d'annoncer les décès. Il en va de même d'ailleurs pour les autres types de SSE qui n'ont pas pour origine une infraction pénale. Comment répondre que l'on ne « sait pas », ou que l'on ne « peut pas donner l'information » dans de pareilles circonstances ?

De nombreux professionnels de santé font part de leur inquiétude à ce sujet<sup>342</sup>. Comment empêcher un parent d'accéder à une unité de soins alors que celui-ci sait que son enfant y est hospitalisé ? Nombreuses sont les questions de cet ordre que les établissements de santé adressent quotidiennement aux ARS... Pour autant, cette situation n'est pas abordée par l'instruction du 10 novembre 2017.

D'un point de vue éthique la compétence exclusive de l'autorité judiciaire peut trouver une justification. Dans l'instruction du 13 avril 2016<sup>343</sup>, Manuel VALLS alors premier Ministre indiquait : « *Nous devons certes répondre à l'angoisse terrible des familles qui recherchent leurs proches le plus rapidement possible mais nous devons aussi préserver le cadre indispensable à une identification certaine* ». Les mêmes propos ont été tenus par l'ancienne Ministre de la santé Marisol TOURAINE : « *Les professionnels de santé mobilisés dans la suite des attentats me l'ont dit : ils ont parfois été démunis face à des familles inquiètes, désespérées, traumatisées, cherchant à obtenir des réponses. Comment ne pas le comprendre ? [...] L'identification est une étape*

---

342 A ce propos, Pierre LE COZ considère que la compassion témoigne d'une certaine éthique : « *Perception d'une souffrance chez autrui, la compassion est une émotion qui réactualise l'attachement des soignants au principe de bienfaisance. Aujourd'hui non moins qu'hier, la bienfaisance demeure une valeur universelle reconnue comme un des piliers de l'éthique médicale [...]* ». « *Si on retirait d'un hôpital la compassion qui lui donne la vie, il ne resterait plus qu'un immense bloc de béton armé* " (LE COZ, P., Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale, *op. cit.*).

343 Instruction n°5853/SG du 13 avril 2016 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.

essentielle, parce que la souffrance des familles liée à l'incertitude et à l'attente est insupportable »<sup>344</sup>.

Ce lien singulier et la relation de dépendance entre le directeur d'hôpital et l'autorité judiciaire pendant la gestion de crise n'est pas unique. Un lien semblable peut également exister entre le directeur et le préfet de département.

### **SECTION 3 : La préemption de compétences par les autorités étatiques**

Il est naturel que l'État préempte certaines compétences en gestion de crise. La Constitution du 4 octobre 1958 dispose que le Gouvernement « dispose de l'administration et de la force armée »<sup>345</sup>, que le Premier ministre « dirige l'action du Gouvernement » et qu'il est « responsable de la défense nationale »<sup>346</sup>. L'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 dispose quant à lui que « [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...] »<sup>347</sup>. Il est donc tout naturel que l'article D.1421-1, 7° du CSP dispose que la Direction Générale de la Santé (DGS) « centralise les alertes sanitaires », et « en liaison avec les autres ministères et institutions concernés, [...] assure la gestion des situations d'urgence sanitaire ». Notamment, les familles et proches des victimes vont être partiellement pris en charge par les autorités étatiques (§1). Toutes les limites juridiques précédemment évoquées de nature à freiner la gestion de crise pourront être dépassées par le Ministre en charge de la santé (§2).

#### **§ 1) La délicate gestion des familles et des proches des victimes**

Quelques heures après l'attentat, les familles et les proches des victimes vont affluer vers l'hôpital, lieu où se situent potentiellement leurs proches. Ils vont ainsi se placer sous la responsabilité du directeur d'hôpital (A). Afin de décharger au maximum le directeur de ce poids, le pouvoir central a prévu l'activation d'une cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV) (B) et un accueil décentralisé des familles (C).

---

344 Intervention de Marisol TOURAINE, *RETEX sur les attentats du 13 novembre 2015, op. cit.*

345 Article 20 alinéa 2 de la Constitution du 4 octobre 1958.

346 Article 21 alinéa 1<sup>er</sup> de la Constitution du 4 octobre 1958.

347 Cet alinéa a valeur constitutionnelle (CC., Décision n° 80-117 DC du 22 juillet 1980, *Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires*).

## **A – Un accueil des familles et des proches encore à l'hôpital**

L'afflux des familles et des proches des victimes à l'hôpital est inévitable. D'ailleurs, la présence de la famille est classiquement un droit du malade, qui plus est lorsqu'il est en fin de vie (ces éléments sont précisés dans le règlement intérieur de l'hôpital).

Pourtant, l'article R.1112-47 du CSP dispose que « *les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur* ». En situation d'afflux massif de victimes, le directeur peut partir du postulat que la présence d'un proche dans une unité de soins est de nature à « *gêner le fonctionnement des services* ». De façon préventive, le directeur d'hôpital pourra alors faire usage de ce pouvoir de police administrative spéciale (police sanitaire). En effet, si en principe la restriction d'une liberté fondamentale (respect de la vie privée et familiale du patient et de ses proches) ne peut être que le fait d'une loi, le pouvoir de police administrative n'est pas tenu à la distinction des domaines de la loi et du règlement.

Dans le cadre de son pouvoir d'organisation et de fonctionnement du service<sup>348</sup>, il reviendra au directeur la mission d'identifier une zone d'accueil des familles<sup>349</sup> (sa localisation, sa composition et son équipement seront inscrits dans le plan blanc). La décision de refus de la présence des familles au sein de l'établissement semble disproportionnée, et par conséquent illicite. Bien que l'article R.1112-47 puisse être assimilé à de la police administrative spéciale (régime juridique pouvant s'écarter du régime juridique applicable à la police administrative générale), les termes de l'article impliquent le respect d'une certaine proportionnalité. Toutefois, le risque de sur-attentat pourrait justifier une telle mesure ! Une décision de Tribunal Administratif relative à la restriction par le directeur du droit de visite est même allée jusqu'à parler de « pouvoir de police générale »<sup>350</sup>. Comme il vient d'être évoqué plus haut, un visiteur gênant dans la zone d'accueil des familles

---

348 En sa qualité de chef de service public : CE, sect, 7 févr. 1936, *Jamart*, n° 43321, Lebon 172 ; *GAJA*, 21<sup>e</sup> éd., 2017, n°45.

349 Le guide plan blanc de 2006 le prévoyait déjà : « des locaux doivent être consacrés à l'accueil des familles ».

350 TA Versailles, 25 janvier 2011, n°0908664, 0908667 et 1000323 : « *Considérant d'une part, qu'aux termes de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique en vigueur du 1er janvier 2006 au 23 juillet 2009, « le directeur de l'hôpital assure la gestion et la conduite générale de l'établissement » ; qu'aux termes du même article en vigueur du 23 juillet 2009 au 26 février 2010, « le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement » ; qu'aux termes de l'article R. 1112-47 du code de la santé publique, issu du décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 (des visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services). Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur* ». « *Considérant qu'il résulte de ces dispositions que le directeur d'un établissement public d'hospitalisation dispose d'un pouvoir de police générale dans l'établissement que, si dans l'exercice de son pouvoir de police, il doit prendre les mesures qui s'imposent à lui notamment d'assurer la sécurité des patients et du personnel et le bon fonctionnement du service, et s'il peut porter atteinte à une liberté fondamentale telle que le droit au respect de la vie privée et familiale qui s'exerce à l'occasion des visites rendues au malade par des membres de sa famille, ces mesures doivent être proportionnées aux buts recherchés et l'atteinte à cette Liberté illimitée* ».

Dans ce jugement, le TA avait annulé la décision du directeur, considérant que l'interdiction était générale et absolue, et d'une durée considérable.

pourra être expulsé (faits de violence)<sup>351</sup>. Le directeur pourra solliciter le concours des forces de police.

Lieu de forte émotion, la zone d'accueil des familles devra être peuplée par les professionnels de l'hôpital (il est judicieux de ne pas attribuer à cette zone les ressources humaines rares, comme les médecins), auxquels pourront s'ajouter les professionnels des CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique). En respectant un seuil de discrétion, cette zone pourra être un lieu de collecte d'informations identifiantes sur les victimes (projection d'un représentant de la cellule d'identito-vigilance, services enquêteurs, ...). Les établissements s'assureront du concours d'interprètes en cas de familles de victimes étrangères.

### **B – Une communication avec les familles et des proches sur l'état de santé des victimes totalement préemptée par la CIAV**

La Cellule Interministérielle d'Aide aux Victimes (CIAV) a été créée par la circulaire du Premier ministre du 12 novembre 2015<sup>352</sup>, modifiée le 10 novembre 2017. C'est le Premier ministre qui décide de l'activation de la CIAV. Si elle n'est pas activée, son rôle est assuré par le ministre de la justice.

Dès son activation, la CIAV met en place une plateforme téléphonique dédiée. Ce numéro de téléphone a alors vocation à être le point d'entrée de toutes les demandes de renseignements s'agissant des victimes. En cas d'appel d'un proche ou d'une famille, la CIAV sera chargée de renseigner l'appelant sur la situation de la victime (dans la limite des compétences de l'autorité judiciaire et « dans le respect du secret médical et du secret de l'enquête »<sup>353</sup>), et de collecter des informations identifiantes.

La CIAV est en lien permanent avec la CIC, et lui est subordonnée. Ainsi, les informations (autres que judiciaires) et éléments de langage qui pourront être communiqués aux familles des victimes sont déterminés par la cellule communication de la CIC.

Contrairement au directeur d'hôpital, la CIAV va, de façon exceptionnelle, pouvoir communiquer sur le décès d'une victime. L'instruction du 10 novembre 2017 indique que « *de façon exceptionnelle, lorsque les personnels compétents de la CIAV sont amenés à devoir confirmer un décès, ils en informent préalablement le Parquet de Paris* ». La CIAV n'a ici pas véritablement un rôle d'annonce, mais seulement de « confirmation ». Il est important de noter que, même dans cet

---

351 Le guide plan blanc de 2006 y faisait explicitement référence : « *Exercer les agents de la circulation à faire face à l'agressivité des familles des victimes de la catastrophe* ».

352 Elle a donc été déclenchée dès le lendemain, le 13 novembre 2015 (Rapport parlementaire fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, *op. cit.*, Tome 2).

353 Instruction du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

élément de souplesse dérogatoire au dispositif d'annonce des décès (LUV), l'autorité judiciaire reste pleinement compétente.

La CIAV n'est pas, en principe, en contact direct avec le directeur d'hôpital. Elle a seulement connaissance des données qui sont entrées par l'établissement dans SIVIC et qui lui sont transmises par le CORRUSS (après avoir transité par l'ARS)<sup>354</sup>. L'instruction du 10 novembre 2017 prévoit cependant que, « *par dérogation, en cas de nécessité d'informer les familles de manière urgente, le représentant du ministère chargé de la santé à la CIAV peut prendre directement contact avec les établissements de santé ou les ARS* ».

La mise en place de la CIAV ne dispense toutefois pas le DH de ses obligations réglementaires. L'article R.1112-15 du CSP dispose que « *Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue* ». Dans le cadre d'un attentat, les mesures utiles prises seront la mise en place d'une cellule d'identitovigilance au sein de l'hôpital, chargée de recueillir puis de communiquer l'identité des victimes aux autorités concernées (qui préviendront les familles).

### **C – Des instructions ministérielles invitant à un accueil décentralisé des familles**

L'accueil téléphonique des familles et des proches est préempté par la CIAV. Le numéro de la CIAV est très rapidement communiqué au grand public. Qui plus est, l'établissement de santé est habilité à communiquer aux familles qui l'appellent le numéro de la CIAV<sup>355</sup>.

Pour « les appels qui ne sont pas en lien avec la recherche ou la situation des victimes », la CIAV peut les renvoyer « vers la cellule d'information du public (CIP) mise en place par le préfet de département concerné ». Au sein du Centre Opérationnel Départemental (COD), des agents appuyés par le SIDPC, sont spécialement dédiés à cette mission d'information du grand public (s'y ajoute une veille des réseaux).

Au regard de ces éléments, le directeur peut se demander s'il est pertinent de maintenir une cellule chargée de réceptionner à l'hôpital les appels entrants des familles... ? Ne pourrait-il pas se contenter de renvoyer tous les appels vers la CIAV ou vers la CIP ?

---

<sup>354</sup> Cette chaîne de transmission de l'information du bas vers le haut de la hiérarchie administrative permet d'assurer une fiabilité des informations (contrôles du remplissage de SIVIC effectué par l'ARS). Il n'en demeure pas moins que la CIAV peut accéder aux informations « en temps réel ». La délibération CNIL de 2017 indique que « *afin d'assurer une remontée rapide des informations, la CIAV accède à l'ensemble des données saisies par les établissements de santé sans attendre la phase de consolidation des données par les ARS, la DGS et le SSA. Si la Commission mesure l'importance d'informer le plus rapidement possible les familles des victimes, elle considère que cette remontée d'informations ne doit pas se faire au détriment de leur fiabilité. Étant donné les circonstances dans lesquelles le traitement SI-VIC sera mis en œuvre, l'exactitude des informations communiquées aux familles des victimes apparaît primordiale* ».

<sup>355</sup> Instruction du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.



La même question se pose s'agissant de l'accueil physique des victimes. On peut observer une décentralisation de l'accueil des familles, puisqu'elles sont invitées à se diriger vers le Centre d'Accueil des Familles (CAF) mis en place par le préfet de département<sup>356</sup>. Ce lieu peut être communiqué par l'établissement de santé aux familles<sup>357</sup>. Il doit permettre aux victimes et/ou à leurs proches de « se signaler, d'être informés de la situation de la personne qu'ils recherchent et de leurs droits, de bénéficier d'une prise en charge médico-psychologique et d'un soutien et de fournir les éléments nécessaires à la cellule *ante mortem* »<sup>358</sup>. Un Centre d'Accueil des Impliqués (CAI) peut aussi être mis en place. Les professionnels qui composeront ces cellules sont donc peu ou prou les mêmes que ceux situés dans la zone d'accueil des familles de l'hôpital... Enfin, un espace d'information et d'accompagnement des victimes d'actes de terrorisme (EIA) pourra également être mis en place pour accompagner les victimes et leurs proches dans leurs démarches de reconnaissance de leurs droits. L'activation de l'EIA « devenue quasi-systématique à la fermeture d'une CIAV, en relais du Centre d'Accueil des Familles (CAF), [et] elle reste envisageable suite à un acte de terrorisme sans déclenchement de la CIAV, si cela s'avère nécessaire notamment compte-tenu du nombre important de victimes »<sup>359</sup>.

En réalité, l'hôpital a encore un rôle jouer dans l'accueil des familles : spontanément les familles se dirigeront vers l'hôpital. Les pouvoirs publics doivent orienter les comportements mais ne peuvent pas prétendre les dicter, surtout dans des circonstances propices à la panique. Cette déconcentration de l'accueil des familles permet simplement de désengorger l'hôpital, et donne ainsi la possibilité au directeur d'exercer ses compétences plus sereinement.

## **§ 2) L'hypothèse de la mise en œuvre de pouvoirs exceptionnels par le Ministre chargé de la santé**

En situation de crise, les conditions peuvent être réunies pour que le ministre de la santé fasse usage des pouvoirs exceptionnels que lui confère le CSP (A). Ils lui permettront le cas échéant de dépasser la plupart des obstacles juridiques soulevés dans cette étude (B).

---

356 *Ibid.* : « La réponse opérationnelle déployée par les services de secours et les services d'aide médicale urgente immédiatement après la commission d'actes à caractère terroriste est régie par les dispositions des plans ORSEC (organisation de la réponse de sécurité civile) arrêtés par les préfets de département [...] les modalités de mise en œuvre d'un centre d'accueil des familles (CAF) ».

357 *Ibid.* : il est désigné au préalable. À Paris, il s'agira de l'École Militaire. En province, c'est le plan ORSEC qui le définira.

358 *Ibid.*

359 Arrêté du 7 mai 2018 relatif aux modalités de fonctionnement de l'espace d'information et d'accompagnement des victimes d'actes de terrorisme, précisé par la Circulaire du 22 mai 2018 relative à l'application du décret n° 2016-1056 du 3 août 2016 modifié portant création des comités locaux d'aide aux victimes et des espaces d'information et d'accompagnement des victimes d'actes de terrorisme

## **A – L'attentat terroriste : une situation répondant aux critères de l'article L.3131-1 du CSP**

En cas d'attentat terroriste le ministère de la santé se met en ordre de bataille et active le Centre de Crise Sanitaire (CCS). L'article D.1421-1, 7° indique en effet que « *La direction générale de la santé [...] En liaison avec les autres ministères et institutions concernés, elle organise et assure la gestion des situations d'urgence sanitaire ; elle coordonne ou participe à la préparation des réponses aux situations sanitaires exceptionnelles* ». Pour piloter l'aspect sanitaire de la crise, la CCS est donc en lien permanent avec la CIC et les agences sanitaires placées sous la tutelle du ministère de la santé. Le CCS coordonne le cas échéant le déploiement des moyens sanitaires sur l'ensemble du territoire et assure le lien entre les différentes ARSZ.

En cas de besoin, le ministre de la santé pourra projeter des moyens humains nouveaux vers l'hôpital, appuyant ainsi le directeur dans sa mission de prise en charge des victimes. L'article L.3134-1 du CSP dispose que « *par arrêté motivé du ministre chargé de la santé* », la réserve sanitaire est mobilisée<sup>360, 361</sup>. En plus des réservistes sanitaires l'établissement pharmaceutique de l'ANSP pourra fournir des produits de santé. Le problème déjà évoqué de l'opérationnalité des professionnels de santé dans un établissement qu'ils ne connaissent pas, reste là aussi entier...

Un pouvoir bien supérieur peut néanmoins être attribué au ministre de la santé. L'article L.3131-1 du CSP dispose que « *en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence [...], le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population* ». Naturellement, cet article fait penser aux pouvoirs exceptionnels du président de la République prévus à l'article 16 de la Constitution française<sup>362</sup>. Comme l'article 16, l'article L.3131-1 permet d'adopter « toute mesure », ce qui laisse à penser que la distinction entre le domaine de la loi (dans lequel le ministre ne peut classiquement pas intervenir sauf par règlement d'application de la loi) et le domaine du règlement s'efface... Finalement, cet article confère au ministre chargé de la

---

<sup>360</sup> Anciennement établissement public de santé sous la tutelle du ministère, l'EPRUS est depuis la loi Touraine du 26 janvier 2016 une Équipe de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires, rattachée à l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP, dénommée « Santé Publique France »).

<sup>361</sup> À titre d'exemple, par arrêté du 27 mars 2018 la ministre des solidarités et de la santé a mobilisé la réserve sanitaire à Mayotte, « *considérant le contexte de forte tension sociale en cours [...]* » et « *l'impact du mouvement social sur l'organisation des soins sur l'île [...]* ».

<sup>362</sup> Article 16 de la Constitution française du 4 octobre 1958 : « *Lorsque les institutions de la République, l'indépendance de la nation, l'intégrité de son territoire ou l'exécution de ses engagements internationaux sont menacées d'une manière grave et immédiate et que le fonctionnement régulier des pouvoirs publics constitutionnels est interrompu, le Président de la République prend les mesures exigées par ces circonstances, après consultation officielle du Premier ministre, des présidents des assemblées ainsi que du Conseil constitutionnel. Il en informe la nation par un message* ».

santé un « super-pouvoir de police administrative »<sup>363</sup> et un pouvoir réglementaire national. S'il est vrai que le Premier ministre ou le Président de la République pourraient adopter des mesures identiques en CIC (théorie des circonstances exceptionnelles pour le premier, article 16 pour le second), l'article L.3131-1 est de nature à garantir une plus grande réactivité : un « arrêté », mesure la plus simple à adopter, suffira ! S'il le souhaite, le ministre pourra partager ce pouvoir avec les préfets de département, leur donnant ainsi une plus grande marge de manœuvre<sup>364</sup>.

En cas de situation sanitaire exceptionnelle d'origine terroriste, il est certain que si les moyens humains ou matériels sont dépassés, les conditions de cet article seront réunies. D'ailleurs, les attentats du 13 novembre à Paris ont poussé la ministre des solidarités et de la santé à y recourir. Par un arrêté du 14 novembre 2015, elle a autorisé « à titre dérogatoire » la dispensation d'un médicament (sulfate d'atropine, solution injectable 40 mg/20 mL PCA antidote des neurotoxiques organophosphorés) « par les professionnels de santé intervenant dans le cadre des services d'aide médicale urgente » alors qu'il s'agit d'un médicament normalement réservé au service de santé des armées<sup>365</sup>.

## **B – Le dépassement possible de tous les obstacles juridiques : la garantie d'une opérationnalité à tout prix**

En cas d'attentat, s'il faisait usage de cet article, le ministre chargé de la santé pourrait surmonter les difficultés juridiques évoquées tout au long de cette étude. Le champ des possibilités de l'article L.3131-1 du CSP a été parfaitement bien décrit par Didier TRUCHET dans son article qui fait aujourd'hui encore référence. Celui-ci finissait d'ailleurs par indiquer qu'« il est impossible d'en dresser une liste exhaustive ».

Grâce à cet article, le ministre serait en mesure d'appuyer tous les directeurs d'hôpital dans leurs missions. Il pourrait décider de limiter les droits des malades afin de faciliter leur prise en charge<sup>366</sup>. Par exemple, la décision de ne plus dispenser les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie pour les victimes en situation d'urgence dépassée, libérant ainsi du personnel pour s'occuper des patients pouvant encore être sauvés.

---

363 Comme l'indique Didier TRUCHET (TRUCHET D., L'urgence sanitaire, *RDSS*, n°3, 2007, p. 411) : « la théorie des circonstances exceptionnelles, issue des célèbres arrêts du Conseil d'État Heyriès (28 juin 1918, GAJA 2007, n° 32) et Dames Dol et Laurent (28 février 1919, *ibid.* n° 34) peut aussi offrir une base légale adéquate aux mesures requises par une urgence sanitaire [...] mais elle profite en principe aux autorités de police générale, ce que n'est pas le ministre de la Santé ».

364 Article L.3131-1 alinéa 2 du CSP.

365 Arrêté du 14 novembre 2015 autorisant l'utilisation de sulfate d'atropine, solution injectable 40 mg/20 mL PCA antidote des neurotoxiques organophosphorés (NOR : AFSP1527645A).

366 Didier TRUCHET indiquait : « dans une situation extrême, on ne peut exclure [que les mesures d'urgence] soient très graves et qu'elles rompent radicalement avec les droits habituels des patients » (TRUCHET D., L'urgence sanitaire, *op. cit.*).

Des mesures pourraient aussi être prises vis-à-vis des proches des victimes. Par exemple, interdire aux non-professionnels de santé l'accès à l'hôpital, ou leur ordonner de rester chez eux (limitation du droit de mener une vie familiale normale ; restriction de la liberté de circulation). Cela aurait pour effet de désengorger l'hôpital et permettrait au directeur de déployer les efforts uniquement sur le soin. Selon Didier TRUCHET, « en cas d'afflux massif de cadavres, les droits des proches envers les dépouilles mortuaires pourraient être sévèrement réduits ».

Il pourrait aussi s'agir de réquisitions de produits de santé risquant de manquer dans les hôpitaux au vu du nombre de blessés, directement chez les grossistes répartiteurs ou les fabricants. Ou encore une injonction à la population de se diriger vers les EFS pour donner leur sang.

A l'inverse, le ministre pourrait aussi priver le directeur de ses compétences. Par exemple, ordonner la fermeture d'un établissement de santé menacé par un risque de sur-attentat, mettre en quarantaine un établissement et son personnel, injonction à rester travailler au delà des obligations de service, suspension temporaire du droit de retrait des fonctionnaires...

Comme le dit la formule désormais consacrée de Pierre LAGADEC (2015), la gestion de crise c'est « *se préparer à être surpris* »<sup>367</sup>. Rien de mieux alors, qu'une disposition juridique permettant de « prendre toute mesure » adéquate !

---

367 P.LAGADEC (2015), *Le continent des imprévus, op.cit.*

## *Conclusion :*

L'attentat terroriste et l'afflux massif de victimes à l'hôpital ne changent pas fondamentalement la mission première du directeur d'hôpital : donner à son établissement les moyens de dispenser des soins de qualité aux patients qui le nécessitent.

Pour autant, l'attentat terroriste répand par nature une « crise », et impose donc de l'appréhender en tant que tel. Certes la mission du directeur d'hôpital reste la même, mais le chemin pour la mener à bien lui, change.

Au stade de la préparation de la crise le directeur devra faire usage de sa compétence première : penser et mettre en œuvre une organisation performante. Cet exercice est quotidien pour un directeur d'hôpital, mais son adaptation à l'attentat terroriste est moins aisée.

Il existe une complexité inhérente à l'attentat terroriste. La spécificité des blessures d'abord, mobilise des ressources déjà rares au sein de l'établissement (notamment, les services de chirurgie et de réanimation). La nécessité de réorganiser le fonctionnement de l'établissement en un temps record ensuite, sachant que c'est la quasi totalité des services qui est impactée (poursuite des soins courants, organisation des services d'urgence en mode plan blanc, logistique de brancardage, procédures d'identitovigilance spécifiques, rappel de personnels, organisation des relèves, sécurisation du site, ...). L'inter-dépendance avec les autorités extérieures enfin, puisque la coordination entre les différents acteurs de la crise (les services des administrations déconcentrées ou décentralisées, les services de l'État ou l'autorité judiciaire) est essentielle pour apporter une réponse cohérente et efficace. C'est tout ceci que le directeur d'hôpital va être amené à fusionner pour produire un alliage le plus résilient possible.

C'est sur le directeur que pèse la responsabilité de mettre en place une politique volontariste en matière de « situations sanitaires exceptionnelles » au sein de l'établissement. Dans cette lourde tâche, il sera aidé par l'investissement remarquable de nombreux professionnels sensibilisés à la question (professionnels de santé et personnels administratifs). Au fur et à mesure, l'acculturation du reste des équipes à la gestion de crise et à ses enjeux facilitera ce travail de préparation. À terme, la charge de travail titanesque que demande la préparation de la crise devrait être répartie sur plusieurs épaules, ce qui en allégera le poids.

L'organisation d'exercices « ratés » ou n'ayant pas atteint les objectifs fixés ne doit en aucun cas décourager les acteurs. Ceux-ci doivent garder à l'esprit que le travail accompli est toujours un pas en avant. Parce qu'il fédère les équipes, il permet d'apporter une meilleure réponse le jour venu. Plus encore, il donne à l'hôpital les moyens d'avancer sur bien d'autres sujets (la préparation d'exercice

est souvent l'occasion de revoir le fonctionnement classique de l'établissement de santé). Jean MONET écrivait à ce propos que « *Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise* ».

Il revient aussi au directeur d'hôpital la responsabilité de se préparer lui-même. La gestion de crise n'est pas innée et, parce qu'il ne s'agit pas de son cœur de métier, le directeur n'y est pas nécessairement formé. Une connaissance de soi, une connaissance des procédures internes à l'hôpital et du fonctionnement général des institutions en situation sanitaire exceptionnelle est requise. Les exercices seront là pour l'y entraîner.

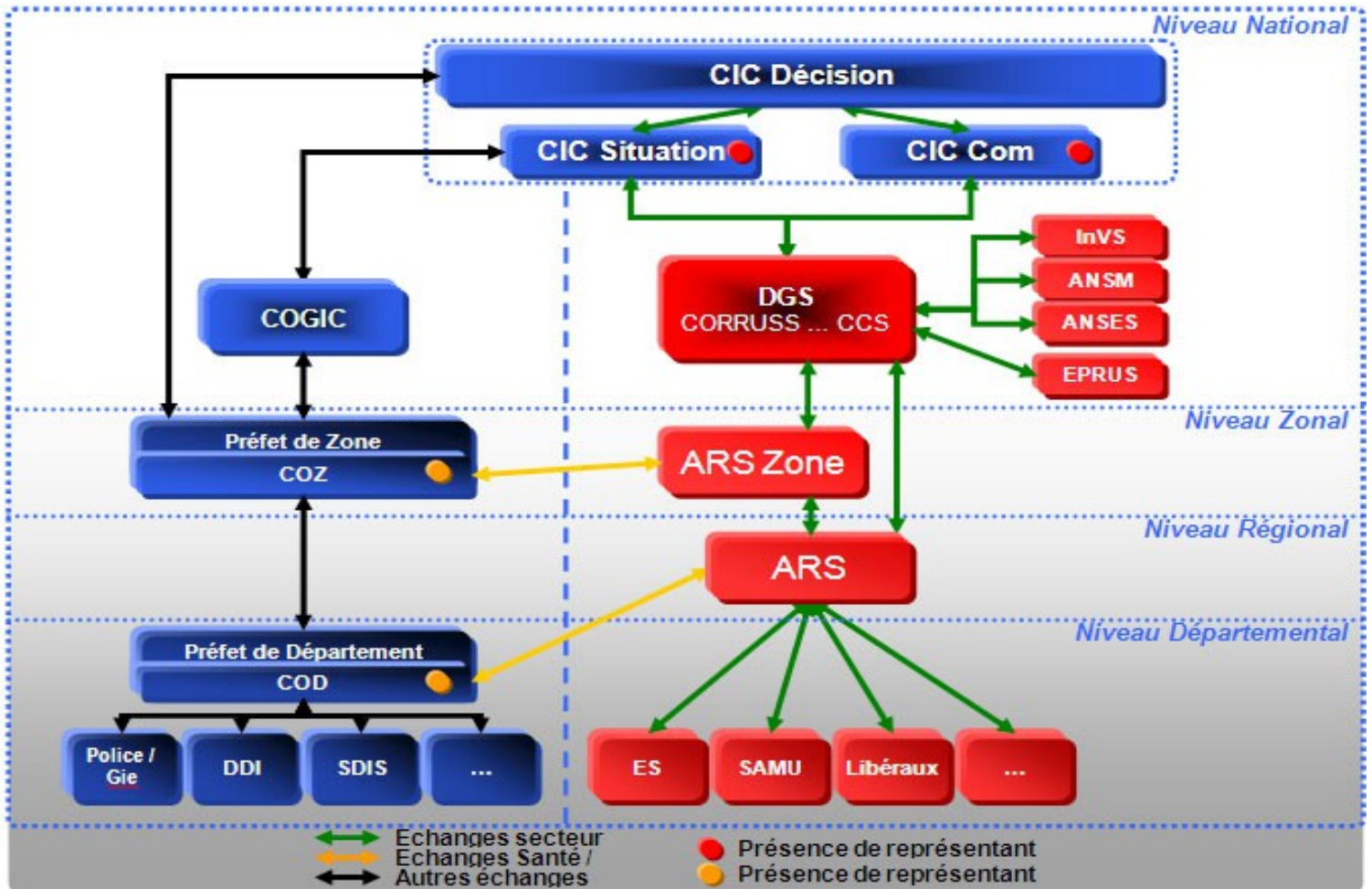
La réponse du directeur d'hôpital face à l'attentat terroriste est encore en pleine réflexion. Très attendu par les acteurs du terrain, le « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé » devrait être publié dans les mois qui viennent. Il potera avec lui de nombreux changements, qui semblent aller dans le bon sens. Prenant en compte le besoin des acteurs de terrain de disposer d'outils opérationnels, il leur délivrera dans le même temps les clefs de compréhension du dispositif global de gestion des SSE. Cette démarche doit nous mener vers une gestion de crise plus harmonieuse.

Face à tous ces enjeux d'importance vitale, l'opérationnalité est le maître mot, et le Droit ne semble avoir que peu de place. En réalité, la doctrine de gestion des situations sanitaires exceptionnelle est diffusée aux multiples acteurs par l'intermédiaire du Droit. Si la forme la plus connue du Droit est la sanction, il est plus souvent utilisé pour organiser la société. En période de crise, il est l'instrument permettant de répartir les compétences de chacun et donc de fluidifier les dispositifs. Ainsi, face à l'attentat terroriste, le Droit ne doit pas être sclérosant mais au contraire au service de l'opérationnalité.

Bien que les questions juridiques émergent progressivement (rappel de personnel, garantie de l'effectivité des droits du patient en fin de vie et gestion du corps des victimes, ...), la présente étude n'identifie pas de problème juridique majeur s'agissant de la réponse du directeur d'hôpital face à l'attentat terroriste. Aussi, sans doute vaut-il mieux structurer le dispositif d'abord, et l'asseoir par le Droit ensuite.

*Annexes*

**Annexe 1 : Schéma d'organisation de la gestion de crise au niveau national**  
**(Ministère de la santé)**



## Annexe 2 : Entretiens menés

<b>Prénom et NOM</b>	<b>Fonctions</b>
Brigitte ALGRAIN	Directrice qualité, gestion des risques et relations des usagers au CHU de Rennes
Sébastien ARRIBART	Cadre de santé au SAMU 35
Renaud BOUVET	Docteur spécialiste en médecine générale, Médecin légiste et chef du service de médecine légale et médecine pénitentiaire au CHU de Rennes.
Charlotte BOYER	Directrice référente du pôle « médico-chirurgical » la sécurité et « plan de crise » du groupement hospitalier Nord aux HCL (site la Croix-Rousse)
Guillaume BRELIVET	Responsable du pôle régional de défense sanitaire à l'ARS Bretagne
Gaëlle CHESNAIS	Directrice qualité et gestion des risques du CH de Vitré
Delphine COLLE	Cheffe du bureau « Préparation aux crises » à la sous-direction VSS à la DGS
Delphine COLLET	Responsable qualité et gestion des risques au CHP Saint-Grégoire
Julie COURPRON	Directrice des ressources humaines au CHU de Rennes
Laurent DUMEIGE	Directeur du patrimoine et de la sécurité au CHU de Rennes
Cécile HENRY	Cheffe de projet « planification ORSAN – Préparation du système de santé » au sein du bureau de la préparation aux crises à la sous-direction VSS de la DGS.
Loïc LE GALL	Chef de l'unité « planification de défense » au service du HFDS des ministères sociaux
Nicolas LE GALL	Conseiller de défense et de sécurité de zone à l'ARS de zone Ouest
Roselyne LEMOINE	Cadre supérieur de santé au CHU de Rennes
Éric LOUIS	Responsable sécurité au CHU de Rennes
Pauline MAGNE	Adjointe à la Cheffe de bureau « Préparation aux crises » à la sous-direction VSS à la DGS
Séverine MORILLE	Ingénieure qualité gestion des risques au CHU de Rennes
Jean-Marc PHILIPPE	Médecin des hôpitaux, Conseiller médical auprès du Directeur général de la santé.
Frédéric RIMATTEI	Directeur général adjoint du CHU de Rennes
Christophe VALNET	Ingénieur d'études sanitaires à l'ARS Bretagne
Christophe VAN DER LINDE	Enseignant Chercheur à l'EHESP





## NORMES JURIDIQUES

### ● Codes :

- Code de la Santé Publique
- Code pénal
- Code de procédure pénale
- Code du Travail
- Code de la défense
- Code Général des Collectivités Territoriales
- Code de la sécurité intérieure
- Code de la sécurité sociale
- Code de l'action sociale et des familles
- Code civil

### ● Décrets :

- Décret n° 2018-175 du 9 mars 2018 relatif au système d'information d'identification unique des victimes
- Décret n°2017-1240 du 7 août 2017 relatif au délégué interministériel à l'aide aux victimes.
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- Décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements (*tel que modifié par le décret du 16 février 2010*).
- Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.
- Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux (abrogé).

### ● Arrêtés :

- Arrêté du 7 mai 2018 relatif aux modalités de fonctionnement de l'espace d'information et

d'accompagnement des victimes d'actes de terrorisme.

- Arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.
- Arrêté du 18 août 2016 portant approbation de la politique ministérielle de défense et de sécurité.
- Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.
- Arrêté du 14 novembre 2015 autorisant l'utilisation de sulfate d'atropine, solution injectable 40 mg/20 mL PCA antidote des neurotoxiques organophosphorés.

● **Circulaires et Instructions :**

- Instruction n°SG/HFDS/PDS/2018/54 du 31 janvier 2018 relative à la mise en œuvre du plan Vigipirate au sein des périmètres des ministères sociaux.
- Instruction interministérielle n°5979/SG du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme
- Instruction n°DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire.
- Instruction n°DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Circulaire n°DGOS/R1/2017/165 du 9 mai 2017 relative à la première délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2017.
- Instruction du 12 avril 2017 relative au renforcement des mesures de sécurité et de gestion de crise applicables dans les écoles et les établissements scolaires.
- Instruction n°SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.
- Instruction n°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.

- Instruction n°DGOS/RH3/2016/21 du 22 janvier 2016 clarifiant les dispositions relatives au droit de grève applicables aux internes.
- Instruction n°SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation.
- Circulaire n°2015-205 du 25 novembre 2015 relative au plan particulier de mise en sûreté face aux risques majeurs.
- Instruction DGS/DUS/SGMAS n°2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Instruction générale interministérielle n°6600/SGDSN/PSE/PSN du 7 janvier 2014 relative à la sécurité des activités d'importance vitale.
- Instruction interministérielle n°DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.
- Instruction n°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.
- Circulaire du Premier ministre n°5567/SG du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.
- Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.
- Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.
- Circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes (abrogée).
- Circulaire DGS/3E n°1471/DH/9C du 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital (abrogée).

● **Autres :**

- Délibération CNIL n°2016-208 du 7 juillet 2016 autorisant le ministère des affaires sociales et de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité l'établissement d'une liste unique des victimes d'attentats pour l'information de leurs proches par la cellule interministérielle d'aide aux victimes, intitulé « SIVIC ».
- Délibération CNIL n° 2017-321 du 7 décembre 2017 autorisant le ministère des solidarités

et de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la mise en œuvre d'un outil permettant le dénombrement, l'aide à l'identification et le suivi des victimes d'une situation sanitaire exceptionnelle, intitulé SI-VIC

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES GÉNÉRAUX :**

CORNU, G., *Vocabulaire juridique*, 10<sup>e</sup> éd., P.U.F, 2014 (Publication de l'Association Henri Capitant)

DELVOLVE, P., LONG, M., WEIL., et al., *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, 21<sup>e</sup> éd., Dalloz, 2017

DUPONT, M., BERGOIGNAN-ESPER, C., *Droit hospitalier*, 10<sup>e</sup> éd., Dalloz, 2017

HOLCMAN, R., *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, 3e éd., DUNOD, 2017

MOQUET-ANGER, M-L., *Droit hospitalier*, 5<sup>e</sup> éd., L.G.D.J, 2018

### **OUVRAGES SPÉCIALISÉS ET MÉMOIRES :**

*Agression collectives par armes de guerres : conduites à tenir pour les professionnels de santé*, 2018, Ministère de l'intérieur, Ministère des armées et Ministère des solidarités et de la santé.

CROCQ, L., HUBERSON, S., VRAIE, B., *Gérer les grandes crises – Sanitaires, écologiques, politiques et économiques*. Paris : Odile Jacob, 2009

DUPONT, M., MACREZ, A., *Le décès à l'hôpital : règles et recommandations à l'usage des personnels*. 4<sup>ème</sup> édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012.

LAGADEC, P., *Le continent des imprévus*. Paris : Manitoba / Les Belles Lettres, 2015.

MASSEY, J., *Bioterrorisme : état d'alerte*. Paris : Éditions de l'Archipel, 2003.

## **ARTICLES, NOTES ET CONCLUSIONS :**

Annales françaises de médecine d'urgence, Volume 6 / Numéro 1 (Février 2016), Retour d'expériences des attentats du 13 novembre 2015.

APOLLIS, B., Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009, *RGDM*, numéro spécial, n°15, 2011, p.59-74.

BORGETTO, M., APOLLIS, B., RENAUDIE, O., et al., L'Assistance publique/Hôpitaux de Paris, *RDSS*, Dossier, n°6, 1 novembre 2016, p. 1001-1076.

CADRE P., Et si la gestion de crise devenait notre quotidien : Retour d'expériences, *Sécurité et stratégie* 2017/2 (26), p. 38-45.

CARLI, P., PONS F., LEVRAUT J., et al., The Frenche emergency medical services after the Paris and Nice terrorist attacks : what have we learnt ?, *The Lancet*, Volume 390, n°10113, p. 2735–2738.

CASTAING, C., Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?, *AJDA*, n°40, 30 novembre 2009, p. 2212-2219.

COIGNAC, A., L'évolution de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme, *Dalloz actualité*, 5 mars 2018.

DAUTIN Carole, CARUHEL Grégoire, LACROIX Brigitte, et al., Équipes sportives versus équipes de crise, *Lettre d'Information sur les Risques et les Crises (LA LIREC)*, dossier, n°45, décembre 2014, p.10-30

DUPONT, M., Décès en établissement de santé, *Litec Droit médical et hospitalier*, Fasc.37, 1er novembre 2008.

DUTRIEUX, D., Le nouveau régime du transport de corps avant mise en bière, *AJDA*, 2002, p. 961.

ELLENBERG, E., OSTFELD. I., et SFEZ. R., Prise en charge des victimes du terrorisme en Israël : la France peut-elle s'en inspirer ?, *Revue droit et santé*, n°76, p. 160-164, *LEH Edition*, mars 2017

FAUGEROLAS, P., Sécurité, précaution et responsabilité du directeur d'hôpital, *RDSS*, n°3, 1999, p.546-562.

GATE, J., Le lien de préposition révélé : collaborateur occasionnel du service public et responsabilité, *Revue Lamy Droit Civil*, n°51, 1er juillet 2008.

HAMONIC, A., Conséquences et inconséquences du caractère fonctionnel de la théorie du collaborateur occasionnel du service public, *Droit Administratif*, n°5, Mai 2013, étude 10.

HAZEBROUCQ, V., Les tableaux de service : une obligation réglementaire... et un outil de gestion du temps médical hospitalier, *SRH info, radio-vigilance*, 2<sup>ème</sup> trimestre 2008.

HOLVECK, J., La prise en charge des victimes de terrorisme : un enjeu devenu majeur, *Revue droit pénal*, n°10, octobre 2016.

LE COZ, P., Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale, *Texte d'intervention devant l'Académie Nationale de médecine*, 24 février 2009.

LEMAIRE, F., Le droit de retrait dans la fonction publique, *AJFP*, n°5, septembre 2013, p. 257-264

MAZIN J-N., Éthique, terrorisme et devenir, *Éthique et droit du vivant, Revue générale de droit médical*, n°58, mars 2016.

MOQUET-ANGER, M.-L., Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé, *JCP A*, 2009, n°2224, n°9.

PELLISSIER, G., Recours pour excès de pouvoir : conditions de recevabilité, *Répertoire de contentieux administratif*, janvier 2010, 55-72.

ROUSSET E., Sécurité et liberté : discussion entre un philosophe anglais et un philosophe français, Hobbes et Rousseau, *Sécurité et stratégie* 2017/2 (26), p. 62-66.

ROUX-DUFORT, C., Continuité, anticipation et résilience, *Sécurité et stratégie* 2014/3 (18), p. 5-11.

TABUTEAU, D., Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire, *RDSS*, n°6, 1er novembre 2017, p. 1056-1064.

TERNEYRE, P., Réquisition de personnes, *Répertoire de droit du travail*, juin 2016.

THIERRY, J-B., La responsabilité pénale des établissements de santé, *AJ Pénal*, 2012, p.376.



TRUCHET D., L'urgence sanitaire, *RDSS*, n°3, 2007, p. 411.

VAN DER LINDE, C., La culture de sécurité au sein d'un établissement de santé : un enseignement à repenser. *Les cahiers de la fonction publique*, n°379, p. 59-62.

VIDANA, J-L., Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire, *RDSS*, 2012, p. 267-279.

Note technique de cadrage : Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles, 2014, Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

### **GUIDES, RAPPORTS ET COMMENTAIRES :**

*Guide de légistique*, Conseil d'État, 3<sup>ème</sup> édition, 2017.

L'aide aux victimes – Livre blanc – Sous la direction de Juliette MEADEL, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'Aide aux victimes, 2017, *La documentation française*.

Mémento de Cybersécurité à l'usage du directeur d'établissement de santé : connaître vos risques pour mieux y faire face, Ministère des Affaires sociales et de la santé (DGOS), 2017.

Rapport d'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) 2017 (enquête nationale de victimation), Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (O.N.D.R.P), décembre 2017.

*Fiche pratique à destination des responsables d'établissement accueillant du public : organiser un confinement face à une menace terroriste*, Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale, juillet 2017.

*Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE)*, Ministère des Affaires sociales et de la santé, avril 2017.

Conseil national de l'Ordre des médecins, *Risque terroriste et secret professionnel du médecin*, Rapport adopté lors de la session de janvier 2017.

Guide de déclinaison des mesures de sécurisation périmétriques et bâtiminaire, Ministères sociaux,

2016.

*Plan Vigipirate « Faire face ensemble »*, Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale, décembre 2016.

Guide d'élaboration du PPMS à destination des directeurs d'école, des chefs d'établissement et des équipes pédagogiques, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, août 2016.

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

Guides de bonne pratique « Vigilance attentats : les bons réflexes » à destination des équipes de direction et du personnel des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, juin 2016.

Intervention de Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Organisation du retour d'expérience (RETEX) sur les attentats du 13 novembre 2015*, Mercredi 20 janvier 2016.

Compte rendu de la Commission de la défense nationale et des forces armées – Assemblée Nationale, Mercredi 16 décembre 2015 (compte rendu n°29).

Conseil national de l'Ordre des médecins, *Secret Médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui*, Communiqué de presse du 3 avril 2015.

Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014.

Guide pour réaliser un Plan de continuité d'activité, Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale, 2013.

Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG), Ministère des Solidarités et de la Santé, version 1, décembre 2012.

Guide sur l'identification des victimes de catastrophes, INTERPOL, 2009.

Réponse ministérielle à la question écrite n°3423 de J-P. DUPRE du 21 août 2007 (<http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-3423QE.htm>).

*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.

### **CONFÉRENCES ET COLLOQUES :**

Institut de l'Ouest : Droit et Europe (IODE), *L'indemnisation et la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme de masse* : colloque, Mardi 3 avril 2018, Couvent des Jacobins, Rennes. PESCHANSKI, D., PIERRE, P., KLEIN-PECHANSKI, C., CARTRON, H.

Conférence organisée par le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes : Retour d'expériences attentats de Paris / Nice / Londres », Mardi 5 décembre 2017, CHU Rennes site Pontchaillou.

CAVALIER, M., TABUTEAU, D., HOUSSIN, D., PODEUR, A., *La gouvernance des risques en santé* : actes du colloque du 15 et 16 juin, CHU de Toulouse. Paris : Éditions de Santé ; Paris : Les Presses de SciencePo, 2010/05. (Verbatim Santé).

### **MEMOIRES ET THESES :**

BATY, B., BLOCH, C., CLAVIER, J-B., et al..., *L'organisation hospitalière dédiée aux crises sanitaires (plan blanc) est-elle toujours d'actualité face aux nouvelles menaces ?* MIP Module interprofessionnel de santé publique. École des Hautes Études en Santé Publique (E.H.E.S.P.). Rennes : 2016.

BOUVIER-MULLIER, G., *Le directeur à l'épreuve des nouveaux risques : enjeux de la sécurisation des établissements de santé*. Mémoire de directeur d'hôpital : École des Hautes Études en Santé Publique (E.H.E.S.P.). Rennes : 2017.

BOYER, C., *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 de directeur d'hôpital : École des Hautes Études en Santé Publique (E.H.E.S.P.). Rennes : 2016.

## **PRESSE :**

CHAYER, D., Terrorisme : la France s'intéresse au système hospitalier israélien, *Le Figaro*, 08/01/2017.

France Info (radio), Interview de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, sur le climat social et la situation de l'hôpital public, 27 septembre 2016.

PANNIER, A-C., Afflux de patients aux urgences, le Plan blanc déclenché, *La voix du Nord*, mercredi 14 mars 2018.

Projet de reconstruction du CHU de Rennes sur le site de Pontchaillou – Rennes, 22 juin 2017, *Dossier de presse CHU Rennes*, Disponible sur : [https://www.chu-rennes.fr/documents/Actualites/2017/06/2017\\_06\\_23\\_ReconstructionCHU/CHU\\_Rennes\\_-\\_Dossier\\_Presse\\_-\\_Projet\\_de\\_reconstruction\\_du\\_CHU\\_de\\_Rennes\\_sur\\_le\\_site\\_de\\_Pontchaillou\\_-\\_Juin\\_2017.pdf](https://www.chu-rennes.fr/documents/Actualites/2017/06/2017_06_23_ReconstructionCHU/CHU_Rennes_-_Dossier_Presse_-_Projet_de_reconstruction_du_CHU_de_Rennes_sur_le_site_de_Pontchaillou_-_Juin_2017.pdf).

## **AUTRES :**

Catalogue des offres de formation continue 2018, École des Hautes Études en Santé Publique (E.H.E.S.P), p. 44-47.

---

## - TABLE DES MATIÈRES -

---

<i>Sommaire</i> .....	I
<i>Table des abréviations</i> .....	II
<i>Introduction</i> .....	1
<b><u>PARTIE 1 : LA RESPONSABILISATION DU DIRECTEUR D'HÔPITAL AU STADE DE LA PREPARATION DE LA CRISE</u></b> .....	9
<b><u>CHAPITRE 1 : Une préparation face à la menace terroriste largement assurée et assumée par le directeur d'hôpital</u></b> .....	10
<b><i>SECTION 1</i> : Des compétences juridiquement détenues par le directeur d'hôpital mais en pratique déléguées à ses subordonnés</b> .....	10
§ 1) La mise en place d'une dynamique propice à la gestion des SSE par l'établissement.....	10
A – L'indispensable définition d'une politique d'établissement tournée vers la gestion de crise.....	10
1) Les enjeux d'une politique de gestion de crise clairement affichée.....	11
2) Une réalité encore hétérogène selon le secteur géographique et la typologie de l'établissement.....	12
B – L'identification problématique d'un budget SSE.....	13
§ 2) La déclinaison de la politique en programmes d'actions pertinents et cohérents.....	14
A – La préparation de plans pour faire face à la menace : mise en œuvre d'un principe de prévention.....	15
1) Le plan blanc d'établissement (PB).....	16
2) Le plan de sécurité d'établissement (PSE).....	16
3) Le plan de continuité d'activité (PCA).....	19
4) L'intégration d'un volet « attentat » dans la convention « santé – sécurité – justice ».....	20
5) Une articulation obligatoire des plans poussant à la mise en place d'un plan unique ?.....	22
B – L'indispensable (in)formation du personnel.....	23
C – La mise en œuvre des plans par l'organisation d'exercices.....	25
1) Des exercices obligatoires mais une liberté de choix dans leur réalisation.....	25
2) Des exercices facilités par l'acculturation du monde hospitalier aux attentats terroristes.....	26
D – La prévention de la radicalisation.....	26
1) La radicalisation du personnel : un signalement faible.....	27
2) La radicalisation des patients : une balance délicate entre dénonciation et secret médical.....	28

<b>SECTION 2 : De lourdes responsabilités assumées par l'établissement.....</b>	<b>31</b>
§ 1) Une multiplicité des responsabilités.....	31
A – De lourdes responsabilités juridiques mais difficilement envisageables en pratique.....	31
1) La responsabilité répressive.....	31
2) La responsabilité indemnitaire.....	34
B – Une responsabilité politique et médiatique éminemment sensible.....	34
§ 2) Une angoisse légitime de mieux en mieux maîtrisée.....	35
A – Le déni de réalité comme mécanisme de défense face à l'impréparation.....	35
B – Un directeur de mieux en mieux préparé à la gestion de crise.....	36
<b>CHAPITRE 2 : Une préparation en partie assistée par de multiples acteurs.....</b>	<b>38</b>
<b>SECTION 1 : L'appui du directeur par le ministère de la santé : une autorité lointaine mais structurante.....</b>	<b>38</b>
§ 1) L'harmonisation des politiques et des outils logistiques de gestion de crise.....	38
A – La publication d'Instructions normatives : une marche forcée pour les directeurs d'établissements.....	38
B – L'élaboration de guides visant à faciliter l'élaboration des plans par les établissements de santé.....	40
§ 2) Une aide concrète résiduelle.....	41
A – L'organisation ponctuelle de formations.....	41
B – L'organisation ponctuelle d'exercices nationaux.....	42
<b>SECTION 2 : L'appui du directeur par les autorités locales : la préfecture et l'ARS.....</b>	<b>43</b>
§ 1) L'identification délicate de l'autorité compétente au niveau régional en cas d'attentat.....	43
A – Une compétence juridiquement captée par le Préfet.....	43
B – Une compétence préfectorale techniquement assurée par l'ARS.....	44
§ 2) La territorialisation de la réponse du système de santé : l'élaboration d'une stratégie régionale laissant peu de marge de manœuvre au DH.....	45
A – Le dispositif ORSEC NOVI du Préfet.....	45
B – Le dispositif ORSAN AMAVI du DGARS.....	46
§ 3) Les appuis multiples de l'ARS au profit du directeur de l'établissement.....	48
A – L'organisation de formations et d'exercices de grande envergure.....	48
B – Le soutien financier.....	49
<b>SECTION 3 : La mutualisation des savoirs et des pratiques grâce à des coopérations inter-établissements.....</b>	<b>50</b>
§ 1) Le rôle majoré des ESR dans la préparation aux attentats terroristes.....	51
§ 2) Le groupement hospitalier de territoire (GHT) : une réponse de groupe en devenir ?.....	52

<b>PARTIE 2 : LE DIRECTEUR D'HÔPITAL : ACTEUR INTEGRE DANS LA GESTION DE CRISE SELON UN PRINCIPE DE SUBSIDIARITE.....</b>	<b>55</b>
<b>CHAPITRE 1 : L'exercice par le directeur d'hôpital de compétences exclusives.....</b>	<b>56</b>
<b>SECTION 1</b> Un pilotage de crise pleinement assuré par le directeur.....	<b>56</b>
§ 1) Le déclenchement du Plan Blanc : une décision exceptionnelle.....	56
A – La décision de déclencher le plan blanc.....	56
1) Le déclenchement officiel du plan blanc : compétence exclusive du directeur.....	57
2) La mise en œuvre officieuse du plan blanc : des acteurs de terrain primo-alertés.....	58
3) Le choix du plan blanc déclenché et le niveau d'alerte.....	58
B – La spécificité du déclenchement du plan blanc dans une structure juridiquement complexe.....	60
C – L'hypothèse d'une carence de la part du directeur.....	61
§ 2) La cellule de crise hospitalière : lieu d'exercice intensif des pouvoirs classiques du directeur.....	63
A – La désignation d'un directeur de la cellule : le pilote de la crise.....	63
B – La cellule de crise : organe unique de décision et de coordination.....	64
1) La délégation des tâches au sein de la cellule de crise.....	65
2) Des décisions nourries et relayées par les cellules d'appui.....	65
3) La main courante : témoin perfectible du pilotage de crise.....	66
§ 3) Le rappel de personnel: pilier de la réponse à l'afflux massif de victimes.....	69
A – L'exercice d'un pouvoir exceptionnel du directeur.....	69
1) La distinction entre le « rappel de personnel » et le cas du « remplacement » .....	69
2) Une mesure d'urgence juridiquement encadrée.....	70
3) Un pouvoir hiérarchique et organisationnel classique à la mise en œuvre particulière.....	71
B – L'efficacité de mise en œuvre du rappel de personnel.....	72
1) L'enjeu d'une automatisation des rappels.....	72
2) Sociologie du rappel de personnel.....	73
3) Une efficacité potentiellement renforcée par la crainte de l'arsenal répressif.....	74
C – Le cas particulier des collaborateurs occasionnels du service public.....	75
1) Le collaborateur classique.....	75
2) Le collaborateur requis.....	78
<b>SECTION 2</b> : Une réorganisation profonde du service décidée par le directeur et justifiée par un principe de mutabilité.....	<b>79</b>
§ 1) Des spécificités dans les modalités d'admission du patient.....	79
A – L'admission des victimes de l'attentat.....	79
1) Un accueil et des filières d'hospitalisation sur-mesures.....	79
2) La dispense d'une médecine de guerre.....	81
B – L'identification spécifique des victimes.....	82

1) L'attribution d'un numéro dédié à la situation sanitaire exceptionnelle.....	82
2) Une mission de restauration des identités confiée au directeur.....	83
C – Le sort réservé aux patients non-victimes.....	85
1) La poursuite des activités courantes urgentes.....	85
2) Le renvoi des personnes ne nécessitant pas de soins urgents.....	86
<b>§ 2) Une prise en charge adaptée au regard de l'urgence.....</b>	<b>87</b>
A – La déprogrammation des interventions non-urgentes.....	87
1) Une mesure classique mais souvent écartée en raison de ses conséquences lourdes.....	87
2) Une utilisation intensive en cas d'afflux massif de victimes.....	88
B – La fin de vie à l'hôpital en cas d'afflux massif de victimes.....	89
1) Les victimes « morituri » : une urgence dépassée synonyme de résilience.....	89
2) Une obligation de prise en charge difficile à assurer.....	90
<b>§ 3) Une circulation des informations et des personnes redéfinie.....</b>	<b>92</b>
A – De la sécurisation classique du site aux mesures de confinement.....	92
B – Les enjeux forts de communication interne.....	94
1) Une information du directeur par les cellules d'appui (bottom-up).....	94
2) La délivrance par le directeur d'une information adaptée à l'ensemble du personnel (top-down).....	95
3) Des réseaux de communication inédits.....	95

**CHAPITRE 2 : Le partage ou le transfert de compétences : le directeur d'hôpital en appui  
d'autorités extérieures.....** 97

***SECTION 1 : L'articulation des compétences du directeur avec celles des autorités locales  
(Préfecture / ARS).....*** 98

<b>§ 1) L'obligation d'un reporting constant par le directeur.....</b>	<b>98</b>
A – La communication des moyens.....	98
B – La communication des besoins.....	99
<b>§ 2) La communication du directeur avec les médias : une stratégie orchestrée par l'autorité préfectorale.....</b>	<b>100</b>
A – Le choix d'une communication et les informations communicables décidées par le Préfet.....	100
B – La délivrance du message par le directeur et son équipe de communication.....	101
<b>§ 3) Une coordination inter-établissements réalisée par l'ARS.....</b>	<b>102</b>
A – L'absence de contact direct entre le directeur et les autres établissements.....	103
B – L'organisation des renforts par l'ARS et le Préfet.....	104
<b>§ 4) L'absence de décès au cours du transport : une fiction juridiquement commode.....</b>	<b>105</b>
A – Un transport de corps normalement sous la responsabilité du maire ou du préfet.....	106
B – Un corps placé sous la responsabilité du directeur d'hôpital.....	107



<b>SECTION 2 : L'articulation des compétences entre le directeur d'hôpital et l'autorité judiciaire.....</b>	<b>108</b>
§ 1) La gestion des urgences dépassées : un partage des compétences inscrit dans la temporalité.....	108
A – La phase du décès et l'intégration du corps dans un circuit spécifique : une compétence du directeur.....	108
1) Le constat du décès.....	108
2) Le transport spécifique du corps du décédé vers une zone dédiée.....	110
B – La phase de l'autopsie judiciaire : une compétence du procureur s'exerçant grâce aux moyens du directeur.....	111
1) La réquisition du médecin légiste par le procureur.....	111
2) La réquisition des lieux : une nécessaire anticipation.....	112
§ 2) La liste unique des victimes : compétence exclusive du Procureur de la République mobilisant une pluralité d'acteurs.....	
A – Une élaboration de la liste unique des victimes mobilisant l'ensemble des acteurs.....	113
1) Les établissements de santé : détenteurs de l'information primaire.....	113
2) L'ARS : relais entre les ES et la CIAV.....	113
B – La communication de la liste unique des victimes : une compétence exclusive du Procureur de la République.....	115
C – L'établissement de santé dans une situation délicate d'un point de vue éthique.....	116
	117
<b>SECTION 3 : La préemption de compétences par les autorités étatiques.....</b>	<b>118</b>
§ 1) La délicate gestion des familles et des proches des victimes.....	118
A – Un accueil des familles et des proches encore à l'hôpital.....	119
B – Une communication avec les familles et des proches sur l'état de santé des victimes totalement préemptée par la CIAV.....	120
C – Des instructions ministérielles invitant à un accueil décentralisé des familles.....	121
§ 2) L'hypothèse de la mise en œuvre de pouvoirs exceptionnels par le Ministre chargé de la santé.....	122
A – L'attentat terroriste : une situation répondant aux critères de l'article L.3131-1 du CSP.....	123
B – Le dépassement possible de tous les obstacles juridiques : la garantie d'une opérationnalité à tout prix.....	124
<b>Conclusion.....</b>	<b>126</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>III</b>
<b>Normes juridiques.....</b>	<b>IV</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>V</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>VI</b>



Depuis 2015, la France est frappée par une vague d'attentats terroristes. Leur objectif premier est de déstabiliser le système en lui infligeant les pertes humaines les plus lourdes possibles. La Nation française a prouvé sa capacité à résister, et l'État son aptitude à apporter une réponse globale à la crise. Le système de santé participe activement à cette réponse. Une fois extraites de la zone sinistrée, les victimes sont acheminées à l'hôpital afin d'y recevoir les soins appropriés.

Le directeur d'hôpital a désormais la lourde responsabilité de préparer au mieux son établissement à la prise en charge d'un afflux massif de victimes du terrorisme. Pour mener à bien cette nouvelle mission, il devra conduire une politique d'établissement volontariste en matière de situations sanitaires exceptionnelles. L'hôpital doit pouvoir se réorganiser en un temps record, et les professionnels être formés à la gestion d'un tel événement.

Pendant la crise, le directeur verra ses compétences traditionnelles évoluer et son pilotage en interne s'en trouvera facilité. Cela lui donnera également les moyens de s'intégrer pleinement dans la réponse globale de l'État à l'attentat terroriste. En lien avec de nombreux acteurs extérieurs à l'hôpital, il devra coopérer avec eux dans un contexte d'urgence.

Face à l'attentat terroriste, le directeur d'hôpital doit donner les moyens au système de santé d'entrer en résilience.

---

**Mots clefs :**

DIRECTEUR D'HÔPITAL ; ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ; TERRORISME ; ATTENTAT ; SUR-ATTENTAT ; CRISE ; SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE ; AFFLUX MASSIF DE VICTIMES ; ORSAN ; RÉSILIENCE ; PLAN BLANC ; PLAN DE SECURISATION D'ÉTABLISSEMENT ; PLAN DE CONTINUITÉ D'ACTIVITÉ.