

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Mémoire de Master 2 droit et politiques de santé

*

Hoel Jefferson



Sous la direction du professeur Johanne Saison
2019

« Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent, ni les responsables de la formation, ni l'Université de Lille »

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier le professeur Johanne SAISON et le docteur Yann DEMARS qui ont accepté de diriger mon travail.

Egalement, je souhaite remercier tout particulièrement le docteur Corinne BILLAUT chef du service Zonal de Défense et de Sécurité de l'ARS Hauts-de-France qui m'a accueilli en stage dans son service. Stage sans lequel la réalisation de ce mémoire sur une telle thématique aurait été impossible.

De plus, je remercie ses collègues Pierre BLONDEL et Benoit BARBARA pour leur aide et conseils tout au long de la réalisation de mon mémoire.

Enfin, je souhaite remercier mes amis désormais juristes Benjamin BUREAU et Lucas DUPONT pour leurs conseils notamment méthodologiques et juridiques.

Sommaire

Remerciements.....	2
Table des abréviations.....	4
Introduction	8
 Première partie : La notion de situation exceptionnelle et la constitution d'un cadre juridique pour une réponse adaptée	 15
Titre 1 : Le cadre juridique et la gestion d'une situation exceptionnelle.....	16
Titre 2 : L'organisation hospitalière face à une situation sanitaire exceptionnelle	37
 Deuxième partie : L'appréciation de la notion de terrorisme par le droit de la santé et l'évolution de la prise en charge de la victime.....	 59
Titre 1 : La confrontation du système de santé au terrorisme	60
Titre 2 : Le suivi de la victime en phase post-crise.....	84
 Conclusion	 105
Bibliographie.....	107
Table des matières	116

Table des abréviations

- § : Paragraphe
- **AASC** : Associations Agréées de Sécurité Civile
- **AMU** : Aide Médicale Urgente
- **ANSM** : Agence Nationale de la Sécurité et du Médicament
- **ANSP** : Agence Nationale de Santé Publique
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ARSZ** : Agence Régionale de Santé Zonale
- **Art.** : Article
- **Art. cit.** : Dans l'article cité
- **APHP** : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
- **SSA** : Service de Santé des Armées
- **ASN** : Autorité de Sûreté Nucléaire
- **CAF** : Centre d'Accueil des Familles
- **CAI** : Centre d'accueil des Impliqués
- **CCH** : Cellule de Crise Hospitalière
- **CCS** : Centre de Crise Sanitaire
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CIAV** : Cellule Interministérielle d'Aide aux Victimes
- **CGCT** : Code général des collectivités territoriales
- **CIC** : Cellule Interministérielle de Crise
- **CIP** : Cellule d'information du Public
- **CLAV** : Comités Locaux d'Aide aux Victimes
- **CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **COD** : Centre Opérationnel Départemental
- **CORRUS** : Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales
- **COS** : Commandant des Opérations de Secours
- **CRAPS** : Cellule Régionale D'appui et de Pilotage Sanitaire
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **CUMP** : Cellule d'urgence médico-psychologique

- **DG** : Directeur Général
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **DGS** : Direction Générale de la Santé
- **DGSCG** : Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises
- **DMC** : Directeur Médical de Crise
- **DO** : Directeur des Opérations
- **DOS** : Directeur des Opérations de Secours
- **DSM** : Directeur des Secours Médicaux
- **EFS** : Etablissement Français du Sang
- **ESMS** : Etablissements et services médico –sociaux
- **EPRUS** : Etablissement de Préparation et de réponse aux urgences sanitaires
- **FENVAC** : Fédération Nationale des Victimes d'Attentats et d'Accidents Collectifs
- **FSI** : Forces de Sécurité Intérieure
- **FGTI** : Fonds de Garantie des Victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions
- **GAIS** : Groupe d'Appui d'Intervention Spécialisé
- **GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- **Ibid** : Au même endroit
- **INAVEM** : Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation
- **IML** : Institut médico- légal
- **INERIS** : Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques
- **Loc.cit.** : A l'endroit cité
- **LUV** : Liste Unique des Victimes
- **MSS** : Ministère des Solidarités et de la Santé
- **NOVI** : Nombreuses victimes
- **NRBC-E** : Nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif
- **ORSAN** : Organisation de la Réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
- **ORSAN AMAVI** : Accueil massif de victimes non contaminées
- **ORSAN BIO** : Prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent
- **ORSAN CLIM** : Prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique
- **ORSAN EPI- VAC** : Gestion d'une épidémie ou pandémie
- **ORSEC** : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

- **PACT** : Plan d'Action Contre le Terrorisme
- **PAV** : Paris Aide aux Victimes
- **PBE** : Plan Blanc Elargi
- **PCA** : Plan de Continuité d'activité
- **PCS** : Plan de Continuité de Sauvegarde
- **PFR** : Point Focal Régional
- **PMA** : Poste Médical Avancé
- **POI** : Plan d'Opération Interne
- **PPI** : Plan Particulier d'Intervention
- **PSE** : Plan de Sécurisation d'Etablissement
- **PSM** : Poste Sanitaire Mobile
- **PUMP** : Poste d'Urgence médico- psychologique
- **PRV** : Point de Regroupement des Victimes
- **PVUS** : Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire
- **PZMRS** : Plan Zonal de Mobilisation des Ressources Sanitaires
- **RETEX** : Retour d'expérience
- **RSI** : Règlement Sanitaire Internationale
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SINUS** : Système de suivi des victimes
- **SIVIC** : Système d'information des victimes
- **SDIS** : Services Départementaux d'Incendies et de Secours
- **SGDSN** : Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité Nationale
- **SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- **SSE** : Situations Sanitaires Exceptionnelles
- **SZDS** : Service Zonal de Défense et Sécurité
- **UA** : Urgence Absolue
- **UE** : Union Européenne
- **UMJ** : Unité médico-judiciaire
- **UR** : Urgence Relative
- **VSS** : Veille et Sécurité Sanitaire

Introduction

« Ces cinq dernières années, 78 projets d'attentats ont été recensés : 50 ont été déjoués, 17 ont échoué et 11 ont abouti, faisant 245 morts et plus de 900 blessés »¹. Le constat fait par Mme Laurence Marion prouve que plus que jamais la société est incertaine voyant planer sur elle l'ombre grandissante de risques toujours plus nombreux, avec comme point d'orgue du XIX^e siècle : le terrorisme.

Pour traiter d'un sujet aussi vaste que la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, une définition des termes compris dans le sujet est préalablement nécessaire. Il ne s'agit pas non plus de traiter du sujet dès l'introduction mais d'éclaircir des notions qui permettent une meilleure compréhension de la matière même de l'étude.

Ces termes sont au nombre de trois. Le risque, la situation sanitaire exceptionnelle et enfin la crise.

Ces trois notions sont toutes plurielles quant à leur utilisation dans le langage courant et dans le langage spécifique du sujet traité. Une fois ces trois notions explicitées, il conviendra alors d'avancer sur l'intérêt même du sujet et de la vision choisie dans cette étude.

Le risque

Définir ce qu'est un risque est indispensable pour pouvoir par la suite comprendre les politiques de gestion de risques qui sont mises en place. On parle de risque dans plusieurs situations. Un joueur ou encore un sportif va prendre un risque lorsqu'il va vouloir faire un pari ou sortir de sa zone de confort. Or ce risque est totalement différent des risques que constituent les catastrophes naturelles ou le terrorisme².

Le sociologue Ulrich Berck est l'un des premiers à s'être intéressé à la notion de risque dans son ouvrage de 1986 « *La société du risque – Sur la voie d'une autre modernité* »³.

Selon sa théorie, progrès et risque sont liés. Alors qu'à cette époque c'est le développement des industries qui est source de progrès dans la société (sous-entendu de bien être), on voit

¹ CE, 5^e et 6^e chambres réunies, 18 juillet 2018, 411156. D'après Madame Laurence Marion, rapporteur public dans l'affaire récemment jugée par le Conseil d'État rejetant les prétentions de plusieurs membres de la famille du caporal-chef Abel Chennouf, parachutiste assassiné par Mohamed Merah en mars 2012.

² INERIS, *Comment définir le risque ?*, 2019. [Site consulté le 5 Août 2019]

³ *Ibid.*

apparaître que le progrès n'est pas forcément bon, mais qu'il peut générer des menaces⁴. Ces menaces sont diverses et portent atteintes à la santé ou la sécurité des personnes.

Comme le fait remarquer l'Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques (INERIS) dans le langage courant « danger » et « risque » sont interchangeables. En effet le Larousse définit le danger comme « Ce qui constitue une menace, un risque pour quelqu'un, quelque chose »⁵ Or le risque associe une idée d'incertitude, de probabilité comme le montre cette définition du même dictionnaire à savoir « La possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage »⁶ ou encore « Danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité »⁷. Un risque ne sera par définition jamais certain.

En outre, la vision contemporaine du « risque » elle entend deux sens qui fondent les politiques mises en place. Premièrement, cela désigne la forte probabilité d'un danger, deuxièmement les conséquences possibles de ce danger⁸. Par ce fait, « un événement potentiellement dangereux ne génère un risque que s'il est susceptible de porte atteinte à des enjeux humains, environnementaux, économiques, culturels »⁹. En d'autres termes, on ne va pas prévoir de plan de gestion de risque pour des ouragans qui sévissent dans une zone désertique. Au contraire un plan de gestion de risque sera établi pour les zones habitables qui sont reconnues comme étant « à risque » dans ce domaine.

On peut catégoriser les risques selon leur type, on retrouve les risques technologiques, biologiques, naturels, sociétaux et terroristes.

Les situations sanitaires exceptionnelles

Le concept de « situations sanitaires exceptionnelles » (SSE), « englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soin ou de perturber l'organisation de l'offre de soin »¹⁰.

Une circulaire du 27 juin 2013 définit quant à elle la SSE comme « la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante

⁴*Ibid.*

⁵Définition du terme « Danger », dictionnaire Larousse [site consulté le 5 Août 2019]

⁶Définition du terme « Risque », dictionnaire Larousse [site consulté le 5 Août 2019]

⁷INERIS, *loc.cit.*

⁸*Ibid.*

⁹*Ibid.*

¹⁰MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 14.

des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité ou de son caractère médiatique et pouvant aller jusqu'à la crise »¹¹.

On retrouve alors des points fondateurs d'une SSE à savoir un évènement dit inhabituel qui nécessite pour être géré une réponse dépassant les moyens mis en place de façon ordinaire.

Dès lors on distingue deux grands types de SSE¹². Dans un premier temps, il y a les SSE à cinétique rapide type attentat. Dans un second temps, on trouve des SSE à cinétique lente type épidémie. Dans les deux cas, elles seront créatrices de tensions hospitalières¹³.

C'est une notion volontairement très large pour permettre le développement d'un véritable continuum entre le fonctionnement « habituel » du système de santé et la réponse opérationnelle aux crises de grande ampleur allant du quotidien à la crise¹⁴. La SSE se veut différente de l'urgence sanitaire telle que décrite par le professeur Didier Truchet à savoir « comme une situation qui a rapport à la conservation de la santé publique et appelle une action qui ne souffre point de retardement ou pressante »¹⁵. En effet celle-ci faisant sens à la santé publique et non à la perturbation de l'offre de soin.

La situation exceptionnelle nécessite la mise en œuvre de décisions inhabituelles par soucis d'urgence vitale ou économique dérogeant au cadre légal ordinaire.

Dans le langage courant une SSE ne concerne que les attaques terroristes, un accident de grande ampleur. Néanmoins le critère le plus important étant la création de tensions hospitalières au détriment de l'établissement de santé qui se trouve ou va se trouver en difficulté, de ce fait par définition, de plus en plus de « situations exceptionnelles » sont appelées à être des SSE puisque dès lors que cela entraîne des victimes effectives (terrorisme) ou potentielles de toutes sortes (problème lié à l'eau potable) cela est qualifié comme telle.

La crise

La crise connaît plusieurs définitions amenant chacune à une compréhension différente de la notion. Pour le Larousse la crise peut être « une rupture d'équilibre entre la production et la consommation, caractérisée par un affaiblissement de la demande, des faillites et le chômage »¹⁶, ou « une grave pénurie de quelque chose » ou encore « un moment très difficile dans la vie de quelqu'un, d'un groupe, dans le déroulement d'une activité ».

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

¹² **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 16.

¹³ *Ibid.* p. 15

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ **TRUCHET (D.)**, *L'urgence sanitaire*, RDSS, 2007, n° 3, 14 Mai 2007, p.411 – 412.

¹⁶ Définition du terme « crise », dictionnaire Larousse [site consulté le 5 Août 2019]

Le sens étymologique du mot « crise » signifie « faire un choix » ou « décider ». Alors que de nos jours le mot « crise » est plus associé à une période instable comme le montre les définitions du Larousse qui font d'avantage référence à la crise économique ou émotionnelle.

Pour Patrick Lagadec, la crise est difficile à définir tant elle a de facettes. Cependant la crise connaît des éléments qui se reproduisent à chaque fois à savoir un événement exceptionnel, un dépassement de la capacité d'action et une perte de repères¹⁷. Plus qu'une définition la crise est un ensemble d'événements qui se succèdent. La crise se distingue donc de la SSE puisqu'elle fait partie intégrante des composantes de la notion de la crise.

On va donc parler de crise lorsque la situation sanitaire exceptionnelle ne va pas être gérée de manière efficace dans un délai raisonnable. En d'autres termes, on parle de crise lorsque l'organisation est incapable de faire face aux événements, ou encore lorsque la gestion de la situation a échoué.

La crise connaît alors deux voire trois phases, à savoir une phase aigüe où les conséquences seront les plus graves, ensuite un apaisement et une sortie de crise, enfin une possible rechute durant la sortie de crise.

Cependant de nombreux auteurs rendent synonymes les termes SSE ou situations exceptionnelles et crises. Les lectures rassemblent la « gestion de crise » et la « gestion de situations sanitaires exceptionnelles » alors même qu'elles font références à des phases différentes.

Ces trois termes éclaircissent la compréhension sur la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et principalement sur ce qu'est une SSE.

La plupart des risques et tout particulièrement les risques terroristes ne sont pas connus du grand public car cela rendrait la société paranoïaque, cependant le risque terroriste n'est pas le seul à peser sur la société actuelle. La question de l'environnement déjà présente depuis quelques années est à l'abord de 2020 un enjeu pour tous les pays du monde. De plus, des risques sont inhérents à la géographie et topologie française et certainement aussi reliés à la question environnementale. En effet, éboulement, ouragan, débordement des eaux, pluies violentes, tous ces risques sont récurrents et s'accroissent avec le temps. De plus ces situations font souvent des victimes. Des typologies de situations existent, on peut citer les épidémies,

¹⁷LAGADEC (P.), La gestion des crises, outils de réflexion à l'usage des décideurs, Mars 1991, Ediscience, p. 20- 60.

les attentats, incendies, accident nucléaires mais aussi une rupture d’approvisionnement d’eau potable, panne téléphonique, fermeture d’une unité de soins¹⁸.

La multiplication des risques a rendu nécessaire le développement de la gestion des SSE afin de rendre performant le système de santé et de permettre la continuité des soins pour la prise en charge des victimes. C’est une matière qui se développe particulièrement en France depuis quelques années, et surtout depuis 2015 , année des attentats de Paris.

La réponse aux situations sanitaires exceptionnelles nécessite la préparation d’une planification, mais aussi d’une prévention conduisant à la mise en place de régimes d’exceptions qui ont des conséquences sur le régime de droit commun.

La gestion des SSE recourt à un cycle qui commence par l’apparition d’un risque, le déclenchement de la « SSE » et de ses conséquences, la gestion et enfin le retour d’expérience qui permet d’être plus efficace la prochaine fois. Puis le cycle recommence car comme on l’a vu les risques se multiplient.

En raison de ce cycle, c’est malheureusement toujours après un évènement d’une ampleur inédite que la gestion des SSE fait une avancée en termes d’efficacité. On peut citer la catastrophe de Tchernobyl du 26 Avril 1986, ou encore Fukushima le 11 Mars 2011. Ces deux évènements ont fait avancer les choses en matière de protection nucléaire. Au niveau international les attentats du 11 Septembre 2001 à New York, Madrid 2004, Londres 2005 et enfin Oslo 2011 ont eux aussi confronté les autorités à du jamais vu en matière d’accueil massif de victimes.

La France n’est pas épargnée puisqu’avec la catastrophe AZF du 21 Septembre 2001, la canicule de l’été 2003 et les attentats de Paris en 2015, les autorités ont été confrontées elles aussi à du jamais vu sur le territoire.

Ces nombreux évènements qu’ils soient internationaux ou locaux font l’objet d’études afin de permettre un retour sur expérience, amenant à une meilleure efficacité pour la prochaine fois.

Les avancées concernent la gestion en elle – même mais aussi le cadre légal et réglementaire permettant de donner une réponse adaptée. De plus cela comprend également une meilleure prise en charge de la victime, de son admission dans l’établissement de santé à son indemnisation par les autorités compétentes. L’indemnisation des victimes est un enjeu

¹⁸ **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, Guide d’aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 14.

important dans la société puisqu'elle permet une « certaine compensation » après l'évènement. Cependant la détermination de la qualité de victime n'est pas chose facile et cela laisse de côté certaines personnes qui se voient pourtant comme victimes. En lien direct avec la qualité de victimes, les souffrances psychologiques sont de plus en plus présentes notamment depuis les attentats, ce qui redessine la gestion des évènements et de leurs conséquences afin de réduire au maximum les conséquences psychologiques sur les victimes.

La gestion des SSE est un sujet complexe car il fait appel à un grand nombre d'acteurs notamment sur le terrain et donc à des disciplines différentes. La planification doit alors se faire avec l'ensemble des acteurs répartis sur un maillage territorial défini permettant de donner la réponse la plus adaptée à la situation.

En France quatre échelons concernent la gestion de situations sanitaires exceptionnelles à savoir un niveau national, zonal, régional et départemental, avec donc un grand nombre d'acteurs différents comme le préfet, les ARS, le SDIS, SAMU, la Police. Le maillage territorial de réponse peut aussi compter sur des moyens de terrains (exemple PSM, malles antidotes).

En la matière, on distingue le plan ORSEC qui organise la réponse de sécurité civile du plan ORSAN qui correspond à la réponse hospitalière, ce dernier est l'outil central de la planification de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les premiers propos de l'étude ont tenté de contextualiser et de délimiter les contours de la gestion de situations sanitaires exceptionnelles. Il s'agit, malgré ces éclaircissements, d'une notion compliquée à appréhender tant elle impacte de nombreux domaines, touche de nombreux acteurs, des questions peuvent alors se poser.

D'une part, on l'a vu par la définition des termes précédents, tous se renvoient à l'un ou à l'autre amenant même une confusion quant à leur utilisation. Pourtant ces notions sont le socle de la mise en place du cadre juridique d'exception, exception qui devient de plus en plus de l'ordre du commun comme on l'a constaté avec la mise en place de l'état d'urgence durant une longue période sur le territoire français. Il pourrait donc être intéressant d'approfondir ces notions ainsi que les notions fondatrices du droit public, comme la notion d'ordre public, afin de comprendre comment est mis en place et contrôlé ce cadre juridique. Et ce en adoptant une

vision large de la situation exceptionnelle afin d'aboutir sur la situation sanitaire exceptionnelle.

D'autre part, le terrorisme fait partie intégrante de la société moderne. La notion vient principalement se confronter à des nécessités sécuritaires. Néanmoins, le terrorisme ce n'est pas uniquement interpeler les auteurs de l'acte, les hôpitaux sont au cœur du terrorisme en accueillant les victimes mais aussi les auteurs des actes qui peuvent être blessés par les forces de l'ordre. A ce titre le droit de la santé doit intégrer la notion ainsi que ses composantes éthiques notamment face au soignant. Il pourrait alors être intéressant d'approfondir cet aspect méconnu du droit de la santé.

Il est donc légitime d'aborder la question qui suit : Quels sont les enjeux de la mise en place du dispositif de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ?

La démarche pour répondre à cette interrogation est la suivante. Dans un premier temps, il est nécessaire de s'interroger plus précisément sur la notion de situation exceptionnelle permettant la mise en place d'un régime dérogeant au droit commun (Partie 1). La réponse donnée à la situation ne peut se faire qu'en dérogeant au droit commun car cette situation touche à l'ordre public. Néanmoins tout n'est pas permis et le juge contrôle l'application de ce régime d'exceptions et les mesures prises.

Dans un second temps, le terrorisme prenant une place importante au XIX^e siècle, il est intéressant d'approcher la notion sous l'angle du droit de la santé afin de comprendre ses enjeux notamment face à la victime (Partie 2).

Première partie : La notion de situation exceptionnelle et la constitution d'un cadre juridique pour une réponse adaptée

« Les crises majeures imposent, du fait de leur intensité et parce qu'elles affectent plusieurs secteurs ministériels, la mise en œuvre d'une réponse globale de l'Etat »¹⁹.

La survenue d'une situation exceptionnelle ou le cas échéant d'une crise, nécessite une intervention plurielle des acteurs, ainsi qu'une réponse coordonnée et rapide. Plusieurs dispositifs encadrent la mise en œuvre de cette réponse. La réflexion qui anime cette étude concerne la gestion des SSE. Cependant il est indispensable de comprendre la gestion des situations exceptionnelles plus générales ainsi que ses outils comme par exemple l'utilisation de l'état d'urgence²⁰ dans un contexte post-attentat.

Cette première partie va s'intéresser à la mise en place d'un régime juridique d'exception permettant la réponse à une situation exceptionnelle ainsi qu'à ses conséquences.

C'est l'objectif de ce titre 1, à savoir comprendre comment peut être mis en place un régime d'exception permettant une réponse adaptée face à la situation exceptionnelle mais aussi sa gestion ainsi que le contrôle des mesures par le juge.

Le titre 2 s'attardera sur le rôle de l'organisation hospitalière face aux situations sanitaires exceptionnelles. L'établissement à un rôle central dans la gestion des SSE aussi bien à priori qu'à postériori.

¹⁹Circulaire n° 5567/SG relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures, Janvier 2012

²⁰ Loi n°55-385 du 3 Avril 1955 relative à l'état d'urgence (version consolidée du 10 juillet 2019)

Titre 1 : Le cadre juridique et la gestion d'une situation exceptionnelle

L'accroissement des risques dans la société corrélée à l'évolution de la société, des technologies (transports, énergie), des risques terroristes mais aussi de l'environnement rendent nécessaire maintenant plus que jamais, l'élaboration d'un arsenal juridique²¹ pour faire face aux situations exceptionnelles.

La France fait reposer son arsenal juridique sur un possible risque qui pourrait peser sur l'ordre public²².

Le législateur français a prévu en cas de situation exceptionnelle, un dispositif permettant de donner une réponse rapide et coordonnée, d'étendre les pouvoirs des différents acteurs notamment le préfet ou encore le maire. Sans oublier les établissements de santé qui sont en première ligne et qui sont sensibles aux tensions hospitalières, qui mettent en danger la prise en charge et la qualité des soins.

La théorie jurisprudentielle²³ de l'urgence rend possible la mise en place de pouvoirs étendus pour l'administration²⁴. L'urgence justifie la prise de mesures de sauvegarde contraignantes²⁵ qui sont principalement des mesures de polices administratives.

La réponse que donne l'administration à une situation exceptionnelle est prévue dans les différents plans comme le plan ORSEC²⁶. C'est l'application de ces plans qui vont sur le terrain rendre possible une réponse rapide et effective. Mais également, ce sont ces plans qui vont accorder des moyens, étendre les pouvoirs et donc définir les rôles des différents intervenants²⁷.

L'objectif est d'écarter au plus vite le risque qui pèse sur l'ordre public²⁸. Cependant la réalisation de cet objectif ne peut se faire à n'importe quel prix, cela doit être encadré par les juridictions.

²¹ **THERON (F.)**, *Le cadre juridique des situations de crise*, LIREC, n° 41, décembre 2013, p. 12

²² *Ibid.*

²³ **LOCHAK (D.)**, *Pouvoirs exceptionnels et droits fondamentaux*, CRDF, n°6, 2007, p. 124.

²⁴ **THERON (F.)**, *loc.cit.*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ MINISTRE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide ORSEC départemental et zonal Mode d'action de secours à de nombreuses victimes dit « NOVI »*, 2019

²⁷ **THERON (F.)**, *loc.cit.*

²⁸ *Ibid.*

Chapitre 1 : L'instauration d'un cadre juridique exceptionnel et son contrôle

L'instauration d'un cadre juridique d'exception ne peut se faire sans porter atteinte à l'ordre public. La réponse des autorités à la situation passe par la mise en œuvre de pouvoirs de police qui sont néanmoins contrôlés par le juge.

Section 1 : Ordre public et pouvoirs de police

§1 La notion d'ordre public

De valeur constitutionnelle, l'ordre public est général lorsque l'autorité de police exerce sa compétence sur un territoire donné. Il est spécial lorsqu'un texte précise le champ d'application ou les modalités de mise en œuvre des pouvoirs de police²⁹.

A/ Définition de l'ordre public général

La définition de l'ordre public passe par la définition de l'objectif de la police municipale selon le Code général des collectivités territoriales (CGCT) à savoir « La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques »³⁰.

Selon la conception d'Hauriou l'ordre public est avant tout un ordre « matériel et extérieur »³¹ dont les atteintes extérieures provoquent des troubles.

Le juge a une conception extensive par rapport à la définition matérielle et extérieure de la notion. En effet, il considère par l'interdiction de situations où le trouble n'est pas directement mis en cause comme à propos de la moralité publique³² mais aussi le respect de la dignité humaine³³.

Le dispositif français de réponse à une situation exceptionnelle c'est-à-dire à une menace potentielle sur l'ordre public, intervient donc en cas de possible atteinte au bon ordre, à la sûreté, la sécurité ou encore à la salubrité publique.

²⁹ Fiche orientation ordre public Dalloz, juin 2019

³⁰ Code général des collectivités territoriales, article L. 2212-2.

³¹ Fiche orientation ordre public, Dalloz juin 2019

³² CE, sect., 18 déc. 1959, Sté « Les films Lutétia »

³³ CE, ass., 27 oct. 1995, Commune de Morsang-sur-Orge

C'est cette menace sur l'une des composantes de la notion d'ordre public qui va permettre l'instauration d'un cadre juridique d'intervention spécifique³⁴. A partir de là, l'acte pris par l'administration classique ne va plus être assimilé comme répondant à l'intérêt général³⁵ puisque cet acte a été pris afin de répondre à la menace sur l'ordre public. Ce n'est donc plus un acte administratif dit classique, mais bien une mesure de police administrative car caractérisée non pas par l'intérêt général mais par un but d'ordre public³⁶.

B/ Définition de l'ordre public spécial

Certaines polices sont spéciales, dans ce cas l'objet de leur activité peut ne pas être distinct des objectifs d'ordre public général, ou alors elles sont une finalité propre³⁷. Dans le premier cas ça peut être la police des monuments historiques et dans le second cas la police de l'exploitation cinématographique par exemple.

Parfois une composante de l'ordre public générale peut être visée, dans ce cas rien ne permet de distinguer le type de pouvoir de police mis à part l'existence d'un texte habilitant une autorité dans un domaine spécifique tendant à la protection plus globale de l'ordre public. C'est par exemple le cas de la police des édifices menaçant de ruine³⁸ qui plus globalement contribue à la protection du côté salubrité de l'ordre public général, mais qui est un domaine spécial.

La mise en place de pouvoir de police spéciale permet souvent d'être plus contraignant et de visée une catégorie de personne spécifique comme par exemple les étrangers. Néanmoins le juge contrôle d'avantage l'usage de ces pouvoirs³⁹.

§2 Les pouvoirs de police : outils de gestion de situations exceptionnelles

A/ Les pouvoirs de police administrative

1 / Définition de la police administrative (ou générale)

L'objet de la police administrative générale est l'instauration, le maintien ou la restauration de l'ordre public⁴⁰. Quand on parle de pouvoir de police on pense tout de suite

³⁴ **THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 12.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Fiche orientation ordre public, Dalloz juin 2019

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Code général des collectivités territoriales, article L. 2212-2.

aux pouvoirs de police judiciaire qui ont un caractère répressif. La police administrative s'en distingue par son caractère. En effet celle-ci a vocation à être préventif avec comme seul objectif la préservation de l'ordre public. Il peut s'agir de mesures réglementaires (arrêtés de fermeture), individuelles (contrôles d'identités), ou même d'obligations de ne pas faire (interdiction d'entrer dans un périmètre).

2/ Les acteurs de police administrative en période de crise

Le détenteur du pouvoir de police administrative est un représentant direct de l'Etat à l'échelon national, régional, départemental ou communal. Il est à noter que l'autorité territorialement moins étendue peut si les circonstances locales le rendent nécessaire, aggraver la décision prise par l'autorité territorialement la plus étendue⁴¹. Cela est possible depuis une décision du Conseil d'Etat de 1902⁴². Un maire peut alors aggraver les mesures de police prises par le préfet.

a/ Les acteurs gouvernementaux

Le Premier ministre, chef du gouvernement est le seul à détenir la compétence de pouvoir administratif au niveau national. Il est également le seul à pouvoir prendre des mesures de police pouvant être appliquées sur l'ensemble du territoire. C'est lui qui active la Cellule Interministérielle de Crise (CIC) lorsqu'un événement exceptionnel affecte de son intensité plusieurs secteurs ministériels⁴³. Il en confie ensuite la conduite opérationnelle à un autre ministre, le plus souvent au ministre de l'Intérieur⁴⁴.

Le ministre de l'Intérieur a un rôle essentiel en matière de gestion de crise. En effet de par sa position, c'est de lui dont dépend le réseau des préfetures sur l'ensemble du territoire. Cela en fait donc un intervenant privilégié pour les préfets. Comme dit auparavant, le ministre de l'Intérieur pourra être le chef opérationnel au sein de la CIC en période de crise majeure.

b/ Le préfet

Le préfet est le représentant de l'Etat dans chaque département. Il dispose de pouvoirs de polices administratives limitées géographiquement au département.

⁴¹ **THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 13.

⁴² Arrêt du Conseil d'Etat du 18 avril 1902, Maire de Nérès-les-Bains

⁴³ GOUVERNEMENT, *Risques, prévention des risques majeurs*, [consulté le 13 juillet 2019].

⁴⁴ *Ibid.*

Il peut intervenir selon 3 hypothèses définies par l'article L 2215-1 CGCT. Il faut soit que la mesure de police concerne simultanément plusieurs communes du département. Soit que la mesure concerne deux ou plusieurs communes limitrophes, ou enfin qu'après une mise en demeure adressée au maire restée sans effet le préfet se substitue au maire.

Néanmoins il existe une exception à cette limitation d'intervention du préfet. En effet selon l'article L742-1 du code de la sécurité intérieure, « la direction des opérations de secours (DOS) relève de l'autorité de police compétente »⁴⁵. Le préfet peut donc être dans certains cas le directeur des opérations de secours (DOS), il pourra alors intervenir hors des cas prévus⁴⁶.

Dans ce rôle de DOS, le préfet dirigera et coordonnera les actions de tous les intervenants de secours et des moyens disponibles.

C'est dans le cadre de ses attributions de police générale qu'entre la préparation du plan ORSEC départemental⁴⁷.

c/ Le maire

Le maire a autorité de police générale depuis la loi du 5 avril 1884. A ce titre c'est le gardien de l'ordre public local. Le maire à une position privilégié, c'est le représentant de l'Etat le plus proche de la population et des risques qui pèsent sur celle-ci. Le maire peut aussi endosser le rôle de DOS selon l'article L2215-1 CGCT⁴⁸ en tant que représentant de police au niveau local. Il peut tout comme le préfet prendre des mesures pour prévenir tout risque dans sa commune⁴⁹. Tout comme le préfet avec le plan ORSEC départemental, le maire doit mettre en œuvre le Plan communal de sauvegarde qui regroupe toute information concernant la prévention et protection de la population de la commune. En pratique le maire intervient surtout comme un soutien au préfet qui pilote la majorité des crises. Le maire pilotera seulement les crises locales.

B/ Pouvoirs de police spéciale

1/ Les autorités détentrices de pouvoirs de police spéciale

Il existe différents types de police spéciale qui sont confiées à plusieurs acteurs afin qu'ils puissent garantir l'ordre public sans posséder obligatoirement de pouvoir de police

⁴⁵ **THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 13.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ MINISTRE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit*

⁴⁸ **THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 13.

⁴⁹ *Ibid.* p. 14.

générale. On peut citer comme exemple le ministre de l'Intérieur qui possède la police spéciale des étrangers. Aussi les établissements publics peuvent en être investis. C'est le cas de l'Agence nationale de la sécurité et du médicament (ANSM) qui peut prendre des mesures de polices en cas de risque dans l'utilisation d'un médicament mis sur le marché.

Dans le prolongement de ses pouvoirs de polices administratives exprimées auparavant. Le préfet dispose de pouvoirs de police spéciale. On peut citer à titre d'exemple la police de l'eau. Pouvoir très important car c'est lui qui va prendre la décision de limiter la consommation d'eau en cas de problème sur le réseau d'eau afin d'éviter une contamination et intoxication des usagers du réseau d'eau potable.

Le maire n'est pas en reste non plus. Il détient la police spéciale relative aux établissements menaçant de ruine. Il dispose aussi de pouvoirs de police spéciale en lien avec la santé publique. En effet il peut ordonner l'abattage de chiens errants en cas de risque sur la santé publique.

2/ Des pouvoirs étendus nécessaires à la gestion de la situation

Pour répondre aux situations exceptionnelles qui sont des situations dictées par la notion d'urgence, il est nécessaire que les acteurs précités puissent user de pouvoirs étendus. En effet, les pouvoirs de police générale ou spéciale s'exercent d'avantage en situation classique et ne permettent pas répondre à l'urgence.

Il existe deux grands types de pouvoirs étendus, la réquisition et le recours à la force.

a/ La réquisition, l'élément majeur sur le terrain

C'est en tant que DOS que le préfet a la mission de mobiliser les moyens nécessaires à la résolution de la situation exceptionnelle. Ces moyens peuvent être publics ou privés, le plus souvent des accords préalables sont établis, néanmoins en l'absence de cet accord et en cas d'urgence, le préfet peut les réquisitionner⁵⁰.

Formellement l'arrêté préfectoral de réquisition doit être motivé et doit fixer la nature des prestations requises ainsi que la durée de la réquisition⁵¹.

⁵⁰ **THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 14.

⁵¹ *Ibid.*

Aussi la loi prévoit que l'autorité de police puisse réquisitionner tous biens et services en cas d'afflux de patients ou de victimes dans un établissement de santé⁵² ou encore des moyens pour lutter contre le développement de maladies contagieuses⁵³.

La réquisition est un levier indispensable en cas d'urgence. La préexistence d'accords entre les parties permet à chacun de connaître à l'avance la majorité des formalités liées à la réquisition. Avec ce pouvoir, le préfet est au centre de la gestion de situation exceptionnelle.

b/ Le recours à la force comme outil exceptionnel

Le recours à la force est le pouvoir le plus coercitif de l'administration⁵⁴. Il peut être utilisé par exemple en cas de refus de la population à évacuer un lieu. L'administration peut dans certaines conditions strictes exécuter la mesure menacée par un refus, sans autorisation préalable du juge, c'est l'action d'office⁵⁵.

L'administration peut aussi faire appel à la force publique lorsque l'urgence le justifie. Cependant elle ne peut pas tout se permettre et doit respecter certaines règles de légalité. L'usage de la contrainte sur la population, même avec un motif d'urgence, ne doit excéder ce qui est strictement indispensable.

Si elle ne respecte pas cela, l'administration commet une voie de fait et elle s'expose à des sanctions⁵⁶.

Le recours à la force doit demeurer exceptionnel du fait du caractère fortement attentatoire aux libertés publiques.

Section 2 : Le contrôle des pouvoirs étendus

§1 Le contrôle du juge en situation dictée par l'urgence

A/ Le contrôle des buts et des motifs

Le juge intervient comme un garde-fou durant la situation d'urgence, situation qui exige la prise de décisions rapides. Il assure que la sécurité des biens et des personnes soit bien prise en compte par les autorités de polices administratives. Rappelons que dans un Etat démocratique tel que la France, la liberté est la règle, la restriction est l'exception⁵⁷.

⁵² Code de la santé publique, article L. 3110-8

⁵³ Code rural, article L. 223-5

⁵⁴ THERON (F.), *Op.cit.* p. 14.

⁵⁵ *Ibid.* p. 15

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ LOCHAK (D.), *Pouvoirs exceptionnels et droits fondamentaux*, CRDF, n°6, 2007, p. 124 - 130.

Le risque est que l'autorité de police, détentrice de pouvoirs étendus, n'abuse de ses pouvoirs en les utilisant dans des situations qui ne le requièrent pas. C'est le cas si les autorités de police agissent dans un but étranger à l'ordre public. Cela caractériserait un détournement de pouvoir⁵⁸.

Cependant le Conseil d'Etat admet que les atteintes à la liberté publique peuvent être faites pour des nécessités d'ordre public. Le juge va alors avoir un contrôle approfondi sur les mesures de polices administratives prises durant la période d'extension des pouvoirs.

Le juge va ici contrôler l'erreur manifeste d'appréciation c'est-à-dire contrôler que les autorités de police ne commettent pas d'erreurs grossières ou inacceptables voir déraisonnables⁵⁹.

B/ Le contrôle de proportionnalité de la mesure

Le juge ne va pas seulement se cantonner à l'erreur manifeste d'appréciation d'une situation par les autorités de police. En effet, il vérifie également que la mesure prise est en adéquation avec la situation. Autrement dit, est ce que la mesure prise vient répondre de manière proportionnelle à la situation ? Le juge administratif exerce un contrôle de proportionnalité sur les mesures de police administrative afin qu'ordre et liberté soient en adéquation. Ce contrôle de la mesure concerne aussi bien sa mise en place dans l'espace que dans le temps⁶⁰.

En cas de disproportion entre la mesure et la situation, la mesure est annulée pour motif d'illégalité⁶¹.

En général les mesures prônant une interdiction absolue sont prohibées car elles sont synonymes de suppression d'une liberté publique⁶².

§ 2 Les situations exceptionnelles prévues par le cadre jurisprudentiel et constitutionnel

A/ La théorie des « circonstances exceptionnelles »

L'urgence n'est pas le seul motif qui permet aux administrations d'obtenir des pouvoirs étendus. En effet, la jurisprudence se fonde également sur la théorie des « circonstances exceptionnelles »⁶³. C'est une autre situation qui permet à la puissance

⁵⁸*Ibid.*

⁵⁹**THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 15.

⁶⁰*Ibid.*

⁶¹*Ibid.*

⁶²*Ibid.*

⁶³CE 28 févr. 1919, *Dames Dol et Laurent*, req. n° 61593, GAJA, 20^e éd., Dalloz, 2015, n° 32 ; CE 28 juin 1918, *Heyriès*, req. n° 63412, GAJA, 20^e éd., Dalloz, 2015, n° 31

publique d'obtenir momentanément une extension de pouvoirs afin d'assurer la continuité des services publics⁶⁴.

Le terme « circonstances exceptionnelles » se distingue de l'urgence. Est entendu par « circonstances exceptionnelles » tout « événements particulièrement graves et imprévisibles ».

Tout comme les situations dictées par l'urgence, l'administration va alors bénéficier de pouvoirs étendus afin de pouvoir répondre aux risques qui pèsent sur l'ordre public. En dehors de toute précision de texte, la hiérarchie des normes est bouleversée⁶⁵, les règles de formes et de procédures peuvent également être écartées⁶⁶

Que ce soit en situation d'urgence ou dans une situation ciblée par la théorie des circonstances exceptionnelles (catastrophe naturelle, guerre), le cadre ordinaire ne suffit pas, il n'est pas adapté. C'est pourquoi le juge admet la possibilité de prendre des mesures dérogatoires aux règles de droit commun⁶⁷ seulement s'il est impossible de prendre des mesures régulières en respectant la légalité normale. La capacité de déroger au droit commun est essentielle afin de pouvoir émettre une réponse efficiente en cas de situation exceptionnelle. Le cadre ordinaire n'est pas conçu pour répondre à un tel bouleversement. En effet, un hôpital ne va pas exiger le retour de personnel pour gérer les afflux des urgences comme il pourrait le faire en cas de déclenchement de son plan blanc.

Néanmoins admis par le juge, l'extension des pouvoirs fait l'objet d'un contrôle renforcé du juge.

B/ Le cadre constitutionnel

La jurisprudence et la loi ne sont pas les seules à prévoir des situations de crises. La Constitution admet l'existence de temps de crise lors de l'existence de menaces extrêmement graves. La Constitution mentionne ici des « régimes d'exceptions »⁶⁸. C'est le cas de l'état d'urgence utilisé en France du 14 novembre 2015 au 31 octobre 2017 suite aux attentats sur le territoire français. C'est également le cas de « l'état de siège »⁶⁹ et de l'article 16 de la Constitution⁷⁰.

⁶⁴ **THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 16.

⁶⁵ CE 21 déc. 1951, *Époux Grolleau*, req. n° 97275

⁶⁶ CE 28 mars 1947, *Sieur Crespin*, req. n° 81678

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ **CARCASSONNE (G.) ; GUILLAUME (M.)**, *La Constitution introduite et commentée*, Points, 12^e édition, 2014, 480p.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ *Ibid.*

En cas d'état d'urgence ou d'état de siège, la suspension des droits fondamentaux est tolérée. Ces dernières années, le législateur a renforcé les pratiques attentatoires aux libertés publiques⁷¹. De plus avec l'application prolongée de l'état d'urgence en France, le sentiment que le régime d'exception se pérennise dans le temps est né.

1/ L'état d'urgence

La législation sur l'état d'urgence a été instituée lors de la guerre d'Algérie. Elle a été appliquée six fois entre 1955 et 2015. C'est la loi du 3 Avril 1955⁷² qui organise le régime. Cette loi a été modifiée à deux reprises, en 1960 et en 2015 suite aux attentats de Paris.

L'état d'urgence est déclaré par décret en Conseil des ministres en cas de péril imminent résultant d'atteintes graves à l'ordre public ou d'événements présentant, par leur nature et leur gravité, le caractère de calamité publique⁷³. L'état d'urgence peut être prorogé au-delà des 12 jours prévus.

La déclaration de l'état d'urgence habilite le préfet à prendre des arrêtés pour restreindre ou interdire la circulation des personnes et véhicules, instaurer une zone de protection et de sécurité, interdire le séjour à une personne cherchant à entraver l'action des pouvoirs publics et ordonner la fermeture provisoire des lieux de spectacles ou réunions.

Par ailleurs, le ministre de l'Intérieur va également être titulaire de pouvoirs d'exceptions comme assigner à résidence une personne jugée dangereuse mais aussi permettre des perquisitions à domicile (y compris les données informatiques).

La modification de la loi en 2015 rend possible la dissolution des associations ou groupements de faits qui incitent à commettre des actes portant atteinte à l'ordre public. Mais il n'est plus possible de contrôler la presse et la radio comme le rendait possible la loi du 3 avril 1955.

2/ L'état de siège

L'état de siège est également un régime juridique exceptionnel qui est mis en place pour faire face à des situations conflictuelle⁷⁴ (guerre civile, invasion). C'est l'article 36 de la Constitution du 4 octobre 1958 qui est le fondement sous la V^e République de l'état de siège, il est également codifié à l'article L. 2121-1 du code de défense. Il ne peut être déclenché qu'en cas de péril imminent résultant d'une guerre étrangère ou d'une insurrection armée. Il

⁷¹ **THERON (F.)**, *Op.cit.* p. 16.

⁷² Loi n°55-385 du 3 Avril 1955 relative à l'état d'urgence (version consolidée du 10 juillet 2019)

⁷³ Fiche Orientation Etat d'urgence Dalloz, mai 2019

⁷⁴ Fiche orientation Etat de siège Dalloz, Mai 2019

peut être déclaré pour une durée maximale de treize jours, ensuite une prorogation est possible uniquement autorisée par le Parlement⁷⁵.

Ce régime autorise entre autre le transfert de pouvoirs de police de l'autorité civile à l'autorité militaire, la création de juridictions militaires et l'extension des pouvoirs de police ainsi que la limitation de certains droits et libertés.

Ce régime n'a jamais été utilisé sous la V^e République.

3/ L'article 16 de la Constitution

L'article 16 de la Constitution s'inspire de la théorie des circonstances exceptionnelles à la différence que le président sera le seul investi de pouvoirs élargis⁷⁶ autrement dit il est investi des « pleins pouvoirs ».

L'article 16 est utilisé « *Lorsque les institutions de la République, l'indépendance de la Nation, l'intégrité de son territoire ou l'exécution de ses engagements internationaux sont menacés d'une manière grave et immédiate et que le fonctionnement régulier des pouvoirs publics constitutionnels est interrompu* »⁷⁷.

Ce régime a été utilisé une fois lors de la tentative de « putsch des Généraux »⁷⁸ pour renverser le président De Gaulle en 1961.

Chapitre 2 : La gestion d'une situation exceptionnelle

La notion de crise est une notion difficile à appréhender c'est pourquoi il convient de s'y intéresser de nouveau afin de mieux comprendre ce que sont les situations sanitaires exceptionnelles qui placent le système de santé au centre de leur gestion.

Section 1 : La crise au sens général

§ 1 La notion de crise

A/ Définition de la notion de crise

La définition de la notion de crise n'est pas évidente car la notion est complexe d'autant plus que l'objet de ce mémoire ne concerne pas la gestion de la crise et sa compréhension en elle-même, nous resterons donc dans une analyse relativement superficielle de la notion.

⁷⁵*Ibid.*

⁷⁶ Constitution 4 octobre 1958

⁷⁷*Ibid.*

⁷⁸ THERON (F.), *Op.cit.* p. 16.

En effet, elle peut avoir des significations diverses mais est surtout volatile tant au fil du temps des nouveaux risques sont apparus amenant dans leur sillage un élargissement de la notion de crise.

Le sens étymologique du mot « crise » signifie « faire un choix » ou « décider ». Alors que de nos jours le mot « crise » est plus associé à une période instable.

Il existe plusieurs définitions concernant le mot « crise », chacune exprimant une réflexion proche mais différente.

On peut retrouver la définition de J.M FESSLER qui selon lui « la crise est une situation qui menace le priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress ainsi que des résistances profondes »⁷⁹. Dans cette définition, on retrouve plusieurs critères à savoir contraintes, surprises, stress mais aussi résistances qui sont des éléments communs à la notion.

Ensuite P.LAGADEC donne la définition suivante « La crise ébranle les références les plus essentielles d'un système, les choix collectifs fondamentaux des acteurs concernés »⁸⁰. Ici on peut retrouver la réflexion que les acteurs doivent avoir pour répondre à cette crise.

Enfin pour P.BARBARIN-COSTES, la crise crée 3 difficultés majeures⁸¹. Premièrement c'est une somme de difficultés qui déborde les capacités des administrations, c'est « le déferlement »⁸². Ensuite le « dérèglement »⁸³ intervient c'est-à-dire que le fonctionnement des systèmes institutionnels est menacé. Enfin les acteurs vont faire des choix différents pour gérer la situation, c'est ce qu'il nomme « la divergence ».

Ces 3 définitions sont différentes mais chacune apporte une vision essentielle de ce qu'est une crise et surtout de comment celle-ci doit être gérée. C'est une situation imprévisible qui ébranle les capacités et les choix fondamentaux des acteurs qui devront prendre des décisions communes afin de sortir de cette crise.

⁷⁹FESSLER (J-M.), La gestion de crise », Gestions hospitalières, n° 439, octobre 2004, 620p

⁸⁰LAGADEC (P.), *La gestion des crises, outils de réflexion à l'usage des décideurs*, Mars 1991, Ediscience, p. 44 – 48.

⁸¹BARBARIN-COSTES (P.), *L'hôpital face à une situation sanitaire exceptionnelle à caractère biologique*, 2016/2017, p. 9

⁸²*Ibid.* p.10

⁸³*Ibid.*

B/ Une conception de plus en plus élargie

L'évolution de la société et surtout l'évolution technologique du XX^e siècle sont créatrices de nouveaux risques. De ce fait les crises mutent également, ce qui complique inévitablement la préparation à la prévention de ces crises.

Plus la société connaît de crises et plus celles-ci évoluent et deviennent au fil du temps plus « violentes » ou « agressives » comme peut l'être une maladie qui va résister de mieux en mieux aux médicaments. Il faut donc changer sa manière d'agir et de voir les choses au fil du temps. On en vient même à préparer ce qui ne peut arriver, autrement dit « penser à l'impensable »⁸⁴.

Même si la plupart de ces nouveaux risques (nanotechnologiques, nouvelles maladies) peuvent être traités de manière presque identique que les risques plus traditionnels (nucléaire, chimique, biologique), ils sont nécessairement composés d'informations spécifiques. Il faut donc connaître les spécificités de chaque risque et préparer la population mais aussi la réponse adéquate⁸⁵.

L'acte terroriste est l'exemple parfait pour montrer cette évolution et l'apparition de nouveaux risques. C'est d'ailleurs un si bon exemple que nous verrons en seconde partie de réflexion la prise en compte du terrorisme par le droit de la santé et le suivi de la victime.

Auparavant, le terrorisme était qualifié « d'état »⁸⁶ sous-entendu une revendication claire auprès d'un gouvernement pour obtenir un avantage quel qu'il soit. Désormais ce terrorisme a disparu ou en tout cas a été supplanté par un terrorisme sans revendications réelles qui peut frapper n'importe qui pour des raisons floues mais qui sont la plupart du temps des raisons idéologiques ou encore religieuses. Les auteurs de ces actes reviennent au sens premier du terme terrorisme à savoir « provoquer la terreur »⁸⁷. Il faut donc prévoir quelque chose qu'on ne maîtrise pas car il est difficile de savoir quand, où et surtout comment ils vont frapper, car ils ont un large panel de moyens (armes de guerre, voiture, explosifs). Il faut donc être en capacité de répondre à ces moyens en prévenant et en formant la population et plus précisément les établissements de santé et personnels de soins en général (SAMU, SMUR, SDIS) à prendre en charge ce type de situation.

⁸⁴ *Ibid.* p.11

⁸⁵ *Ibid.* p.12

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ Définition du terme « Terrorism » , dictionnaire Larousse

§ 2 La gestion de la crise

A/Le processus de gestion de crise

Lorsqu'une crise se déclenche il est indispensable de ne pas perdre du temps sur le formalisme de la gestion de crise ou encore de perdre du temps sur la communication avec les différents acteurs. Le processus de gestion de crise français est rodé afin qu'il soit connu de tous lorsqu'une crise éclate. Ce processus connaît plusieurs étapes qui permettent de gérer la crise quelle que soit sa nature⁸⁸.

Tout commence par la survenue d'une crise majeure. Comme vu auparavant la notion de crise connaît plusieurs définitions selon ce que l'auteur veut pointer du doigt, à savoir l'imprévisibilité, la réponse à donner ou encore les choix à faire. Une autre définition met l'accent sur le fonctionnement des institutions à savoir « La crise est une rupture dans le fonctionnement normal d'une organisation ou de la société, résultant d'un événement brutal et soudain, qui porte une menace grave sur leur stabilité voire de leur existence-même »⁸⁹.

Et c'est en raison de cette imprévisibilité et de sa violence d'apparition qu'elle nécessite une réaction urgente et coordonnée.

Lorsque la crise est d'envergure nationale c'est alors le Premier ministre qui va activer une CIC et en confier le plus souvent la conduite opérationnelle au ministre de l'Intérieur⁹⁰.

La CIC est composée de 4 cellules, ces cellules vont faire un rapport sur les faits concernant la situation mais aussi sur son impact et ses conséquences, prévoir tout nouvel événement, prendre les décisions importantes pour la conduite de gestion de crise et enfin communiquer au public et aux institutions les informations afin d'éviter une diffusion de « fake news » qui pourrait compliquer la situation.

Sur le terrain les décisions vont être relayées par les préfets et ARS.

Enfin la phase de sortie de crise va mettre fin aux mesures spécifiques mises en place dans le cadre de la gestion de crise. Il faut donc bien juger la fin de la crise. C'est un exercice difficile puisque certaines crises peuvent faiblir mais connaître un rebondissement⁹¹.

⁸⁸GOUVERNEMENT, *Risques, prévention des risques majeurs*, [consulté le 13 juillet 2019].

⁸⁹*Ibid.*

⁹⁰*Ibid.*

⁹¹*Ibid.*

La gestion de crise est inévitablement soumise aux évolutions des risques mais sa gestion reste structurée de sorte qu'elle permet une gestion et une adaptation aux futures crises.

B/Les autorités compétentes en gestion de crise

Les différentes structures de gestion de crise sont réparties entre plusieurs strates territoriales. On retrouve évidemment en premier rang un niveau national, puis un niveau zonal issu du mode de pensée de la défense (militaire) et un niveau régional.

1/ Le niveau national

Lorsqu'une situation exceptionnelle se déclenche, elle touche le plus souvent voir toujours plusieurs ministères. Une coordination est nécessaire. C'est le rôle du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN). Celui-ci est un service du Premier ministre. Ce secrétariat teste les différents plans liés au terrorisme ce qui lui permet d'évaluer le niveau de réponse et de capacité qu'a l'Etat pour faire face aux risques⁹². Le SGDSN est aussi le secrétariat du conseil de défense et de sécurité nationale qui est l'autorité compétente en matière de gestion de risque.

En cas de débordement de capacités nationales, un soutien de l'Union Européenne est possible depuis 2013⁹³.

a/ Les autorités

Le ministère de la santé est au centre du pilotage opérationnel de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles via la sous-direction Veille et sécurité sanitaire (VSS)⁹⁴. Ce pilotage est assuré par le CORRUSS qui a pour rôle de centraliser les alertes et d'assurer le suivi de la gestion des situations. C'est le point focal de toutes les alertes nationales et même internationales tout particulièrement privilégié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI).

Lorsque la situation exceptionnelle est une situation sanitaire, le CORRUSS devient le Centre de crise sanitaire (CCS).

⁹² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, p. 185.

⁹³ Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé

⁹⁴ La « sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire » anciennement dénommée « département des Urgences Sanitaires ». Article R. 1421-1 du code de la santé publique

b/ Les agences sanitaires

Il existe plusieurs agences sanitaires en France qui possèdent des compétences en matière de gestion de situations sanitaire exceptionnelles

- L'agence nationale de santé publique (ANSP)

L'ANSP a pour mission de veiller sur les risques sanitaires menaçant les populations, la promotion de la santé, le développement de la prévention et l'éducation à la santé, le lancement d'alerte sanitaire mais aussi la préparation aux menaces.

Afin de pouvoir exercer ses missions, l'ANSP gère le stock stratégique national de santé ainsi que la réserve sanitaire.

- L'agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM)

L'ANSM participe à tout ce qui entoure le médicament. Pour ce faire elle participe à l'application des lois et règlements en ce domaine (essais, évaluation, fabrication, importation, exportation, distribution)⁹⁵.

Elle est un apport utile pour l'élaboration des plans et leurs mises en œuvre. Elle participe également à la gestion des alertes

- L'établissement français du sang (EFS)

L'EFS veille à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles et à l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques⁹⁶.

A ce titre l'EFS organise les moyens de transfusions sanguines (gestion et acheminement) en cas de catastrophe nationale ou internationale.

- L'autorité de sûreté nucléaire (ASN)

L'ASN participe à la gestion des situations qui concernent la radioprotection.

L'ASN n'est pas une tutelle de l'Etat c'est une agence indépendante cependant elle assiste le gouvernement grâce sa connaissance technique sur le sujet, afin d'assurer une bonne élaboration des différents plans traitant du risque nucléaire.

⁹⁵Code de la santé publique, article L5311-1

⁹⁶Code de la santé publique, article L1222-1

2/ Le niveau zonal

La zone de défense est compétente pour 3 missions ;

- L'élaboration des mesures non militaires de défense et la coopération avec l'autorité militaire.
- La coordination des moyens de sécurité civile dans la zone
- L'administration de moyens de police nationale et gendarmerie.

La zone de défense est une circonscription territoriale suprarégionale destinée à faciliter la gestion d'un événement exceptionnel dont l'importance nécessite des moyens dépassant ceux du département⁹⁷.

Dans chaque zone l'Etat est représenté par un préfet de zone de défense et de sécurité qui est aussi préfet de département.

a/ Le préfet de zone

En période de crise c'est lui qui exerce les missions de coordination des moyens sur plusieurs départements. Il peut dans le cadre de ses missions prendre des mesures de police administratives nécessaires ainsi que faire appel aux moyens publics ou privés sur la zone (possible réquisitions).

b/ Les ARS de zone (ARSZ)

Le DGARZ assiste le préfet de zone de défense et de sécurité.

Lorsque l'événement dépasse les capacités du niveau régional alors le niveau zonal est mobilisé pour assurer la coordination des moyens sanitaires⁹⁸. Chaque ARS est responsable de la mise en œuvre du PZMRS sur son territoire. Elle peut alors déployer des moyens zonaux matériels et humains.

3/ Le niveau régional

Les ARS ont été créées en 2010 dans chaque région. Elles ont pour mission de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé nationale qui garantit le droit à la protection

⁹⁷ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Op.cit.* p. 189.

⁹⁸ Instruction n°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

de la santé de chacun⁹⁹. A été mis en place en même temps une plateforme régionale de veille¹⁰⁰ qui permet une continuité entre les missions.

Dans le domaine de la veille et la sécurité sanitaire, l'ARS a pour mission¹⁰¹ :

- D'organiser l'observation de la santé dans la région ainsi que la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires via le point focal régional (PFR).
- Contribuer à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire.

Une des missions principales de l'ARS est de préparer et mettre en œuvre le dispositif ORSAN. Dans le cadre des SSE, elle coordonne la réponse des acteurs du système de santé.

En cas de SSE, 3 niveaux peuvent être activés :

- Niveau 1 : Veille et gestion des alertes sanitaires
- Niveau 2 – renforcé : La plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS) est renforcée par les personnels des différentes directions de l'ARS.
- Niveau 3 – crise : Activation de la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) renforcée par les différentes directions de l'ARS selon les besoins.

C'est le DGARS qui est compétent pour activer les niveaux 2 et 3.

Section 2 : Le cas spécifique de la situation sanitaire exceptionnelle

§1 La notion de SSE

A/ Définition stricte des SSE

La notion de situation sanitaire exceptionnelle comprend « les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins »¹⁰².

⁹⁹Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, JORF n° 0077 du 1 Avril 2010 page 6277.

¹⁰⁰Instruction 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

¹⁰¹Code de la santé publique, article L.1431-2.

¹⁰² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Op.cit. p. 15.

C'est une situation créatrice de tensions hospitalières c'est-à-dire « qu'il résulte d'une inadéquation entre le flux entrant de patients et les capacités immédiates de prise en charge de l'établissement »¹⁰³.

Ces tensions peuvent être liées à l'affluence de patients, à une fragilisation du fonctionnement des structures d'accueil notamment des urgences ou encore issue d'une carence de lits. Une situation sanitaire exceptionnelle peut aussi résulter d'un événement à cinétique lente telle qu'une épidémie.

Les risques qui vont concerner un établissement de santé peuvent être nombreux et divers.

B/ L'appréciation du concept de SSE

Ces dernières années le système de santé s'est vu confronté à diverses situations exceptionnelles. On peut citer les attentats de Paris et de Nice, mais également la période de canicule de 2009, la catastrophe de l'usine AZF ou encore l'épidémie de grippe A (H1N1). La SSE est une menace, pour la santé de la population, mais aussi car elle présente un risque de déstabilisation des acteurs sanitaires¹⁰⁴. Ces situations ont marqué la société, le système de santé. Quelque soit le type de SSE (attentat, NRBC, catastrophe naturelle, épidémie), ce sont des catégories d'événements qui font peur (parfois de manière déraisonnée) à la population. Comme vu dans la définition stricte de la notion de SSE, l'afflux massif de personnes malades, blessées, n'est pas l'unique motif de déstabilisation du système de santé. On peut citer 4 formes différentes de déstabilisation qui caractérisent la SSE :

- Son ampleur : elle peut concerner aussi bien un seul quartier d'une commune, un département, une région entière voir le territoire national dans son ensemble¹⁰⁵. Plus la zone géographique est étendue plus le nombre de victimes potentielles est élevé et plus il y a d'intervenants.
- Sa nature : comme vu auparavant (annexe) les risques qui concernent un établissement de santé sont nombreux. C'est la particularité des SSE, toutes situations pourraient potentiellement avoir un impact sur le système de santé.
- Sa dynamique : une épidémie ne frappera pas le système de santé comme une catastrophe nucléaire. Une SSE peut donc être à cinétique lente¹⁰⁶ ou au contraire relever de l'urgence absolue.

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ BARBARIN-COSTES (P.), *op.cit.* p. 14

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.14

- Son origine : si une SSE est par définition de nature très diverse, elle peut trouver son origine dans plusieurs sources. Dans un monde toujours plus connecté, dans une Europe de libre échange et de libre circulation, le risque peut provenir de partout. On le voit ces dernières années avec le terrorisme. Mais c'était déjà vrai par le passé avec la catastrophe de Tchernobyl par exemple.

L'épidémie de grippe de 2016/2017 montre à quel point les services hospitaliers peuvent être mis sous tensions sans forcément être au point de rupture et donc de crise¹⁰⁷. La communication est essentielle dans ces situations car cela permet d'avoir la vision la plus proche de la réalité afin d'y répondre efficacement.

§2 La réponse organisationnelle aux SSE

A/ Un système de réponses stratifiées

Le système de gestion de crise français n'a pas été conçu comme un système de réponses centralisées où tout part du même endroit quelque soit le lieu où la situation sanitaire exceptionnelle est détectée. Il a été conçu sous forme de strates à savoir un niveau national, régional, départemental et enfin local¹⁰⁸. Cela a pour objectif de se rapprocher le plus près des acteurs et de connaître les spécificités de chaque territoire. En cas de problèmes sur le réseau d'eau d'une commune (type contamination du réseau d'eau suite à une brèche dans une canalisation), il est indispensable que cette situation soit gérée par un acteur de terrain qui va connaître les spécificités du lieu.

Le niveau national concerne l'élaboration de la majorité des plans. Plans qui composent l'essence même de la réponse aux situations exceptionnelles en France comme le plan ORSAN.

Ensuite c'est au niveau régional que cela se joue. La gestion de crise à ce niveau est assurée par les ARS qui sont responsables de la mise en place des plans ORSAN¹⁰⁹. Comme vu dans le chapitre 1, le préfet de département est la pièce maitresse de la gestion de crise. C'est lui qui décide de l'activation des différents plans ou encore d'appliquer les mesures nécessaires. Au niveau local, ce sont les établissements de santé eux même qui vont sur demande du préfet activer leur plan blanc.

¹⁰⁷ BARBARIN-COSTES (P.), *op.cit.* p. 15

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.35.

« Le principe de sanctuarisation de l'hôpital¹¹⁰ » anime la réflexion des différents plans de gestion de situations sanitaires exceptionnelles. En effet l'objectif de la gestion de ces situations est de répondre à la problématique afin d'éviter un impact trop important sur le système de santé comme le souligne la définition des SSE« (...) une augmentation sensible de la demande de soins ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins »¹¹¹. Pour répondre à cette situation, les services de secours vont donc éviter d'engorger les hôpitaux ce qui serait créateur de tensions hospitalières¹¹². Cela aggravant la situation. On évite de déplacer le risque amené par la situation exceptionnelle à l'hôpital¹¹³.

C'est pourquoi les plans et particulièrement le plan ORSEC NOVI rend possible un triage sur « le chantier »¹¹⁴ afin de traiter directement les victimes. De plus, l'utilisation d'outils comme SINUS et SIVI-C permettent respectivement via des bracelets pour le premier, de trier les victimes selon leurs degrés d'urgences (Urgence absolue ou relative). Pour le deuxième, il s'agit de répertorier les victimes admises à l'hôpital afin que tout soit centralisé. Cela rend la communication plus facile.

B/ L'évolution de la structuration hospitalière comme atout pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016¹¹⁵ permet aux établissements de santé d'être plus forts dans la gestion de crise. En effet le fait d'être rattaché à un plus grand établissement qui sera son établissement siège, permettra à terme d'avoir des meilleurs moyens mais aussi des moyens matériels plus efficaces et plus performants.

La coopération qui est au fond la volonté de rapprochement des établissements sous forme de GHT et aussi indispensable pour la gestion de SSE. Les GHT permettent d'avoir un panel de personnels et donc de spécialités plus étendue.

De plus le projet médical partagé qui définit la stratégie médicale du GHT comporte parmi ses grands principes l'organisation de la réponse aux SSE¹¹⁶.

¹¹⁰BARBARIN-COSTES (P.), *op.cit.* p. 15

¹¹¹MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.16.

¹¹²*Ibid.*

¹¹³BARBARIN-COSTES (P.), *op.cit.* p. 16.

¹¹⁴ Terme faisant référence au lieu de l'incident

¹¹⁵Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹¹⁶MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p. 90.

L'organisation en GHT peut présenter divers avantages comme des moyens humains en plus grand nombre mais pas seulement. Les avantages concernent la préparation de la réponse mais aussi la gestion lors de la crise.

La réponse a donnée en cas de SSE va découler d'une réflexion commune, de groupes de travail. Cet axe de réflexion sera partagé entre tous les établissements et à terme la réponse donnée s'inscrira dans la même optique. En outre les formations pourront être mutualisé et surtout accueillir plus de personnes ainsi les exercices pourront être de plus grand envergure permettant ainsi une meilleure préparation.

Lors de la phase de gestion de crise, l'appartenance à un groupement peut faciliter les choses sur plusieurs aspects. La possibilité de mutualiser les moyens humains et matériels est un atout important mais ce n'est pas tout. Lors de tensions hospitalières la possibilité de libérer des lits et transférer les patients non pas chez eux mais dans un autre hôpital ne bénéficiant pas des services nécessaires à la gestion de crise en elle même peut contenter tous les acteurs hospitaliers.

Enfin l'établissement support peut être l'interlocuteur unique de l'ARS lors de la SSE ou même en général pour le pilotage du système de santé et ainsi avoir un rôle pivot dans la transmission des informations relatif au GHT¹¹⁷.

Titre 2 : L'organisation hospitalière face à une situation sanitaire exceptionnelle

Le secteur sanitaire se trouve de plus en plus souvent confronté à des situations sanitaires exceptionnelles puisque les autorités sanitaires sont très souvent affectées par les différentes crises. C'est pourquoi le ministère de la santé est partie intégrante du dispositif de sécurité nationale¹¹⁸.

Dans la continuité du titre précédent, il convient maintenant de se pencher sur les établissements de santé eux même. Puisque se sont eux qui sont en première ligne lors de catastrophes ou plus génériquement lors de situations exceptionnelles.

Ces SSE ont bien sûr des conséquences sur la population elle-même mais peuvent aussi toucher directement un établissement de santé. Hors ce cas précis, un établissement de santé

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Code de défense, article L. 1172-8

sera forcément touché par l'événement puisqu'il va prendre en charge un certain flux de victimes qui pourrait le cas échéant créer une tension au sein de cet établissement. Tensions liées comme on l'a vu précédemment à l'affluence de patients, à une fragilisation de la structure d'accueil ou une carence de lits. Les établissements de santé font partie intégrante du dispositif de réponse aux SSE.

Les établissements de santé n'ont pas d'autres choix que d'être prêts à toute éventualité. Ils doivent être en capacité de répondre aux conséquences d'une SSE. Le personnel hospitalier ne doit pas être étranger à la culture de crise.

C'est pourquoi le dispositif français repose sur une planification globale concernant tous les domaines de risques (NOVI, NRBC, AMAVI). Une fois la crise passée, il est indispensable de faire un retour d'expérience de tous les acteurs mobilisés afin d'apprendre des possibles erreurs ou tout simplement en vue de s'améliorer afin d'être de plus en plus efficace.

Chapitre 1 : Les principes d'organisations d'un établissement de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle

L'établissement de santé est donc au centre de la gestion sur le terrain des conséquences d'une SSE, c'est pourquoi il se doit d'être prêt. Ce faisant il doit prendre en compte tous les risques qui pèsent sur sa structure afin d'opter pour une organisation efficiente permettant une réponse adaptée à la situation.

Section 1 : La structure hospitalière et sa prise en compte des risques

§ 1 : L'appréciation de la situation géographique et des moyens de l'établissement de santé

A/ La prise en compte de l'environnement

1/ La zone proche hospitalière

Lors d'une crise on peut distinguer deux fronts d'acteurs qui vont s'occuper de la gestion sanitaire, des conséquences sur les victimes. On a d'un côté les acteurs de terrain (SAMU, SMUR, SDIS) et de l'autre les établissements de santé qui vont intervenir dans un second temps afin de continuer la prise en charge des victimes.

Néanmoins la frontière entre les « champs d'intervention » de ces deux catégories d'acteurs n'est pas si établie. L'établissement de santé doit en effet mener ses réflexions de gestion SSE en prenant en compte la gestion qui n'est pas de son ressort¹¹⁹. Tout particulièrement pour certaines SSE comme une situation à caractère biologique où la décontamination des victimes va être une question importante de la gestion des victimes¹²⁰. Décontamine-t-on sur place ? A l'hôpital ? Qui prend en charge les vêtements ? Dans les faits la décontamination est une question très sensible car aucun acteur ne veut prendre en charge les déchets par exemple, chacun prétextant que ce n'est pas de son ressort.

Il faut pouvoir prévoir toutes ses formalités avant car les plans ne prennent pas en compte les spécificités locales. Penser plus loin que son propre établissement est indispensable surtout pour les situations moins conventionnelles où les acteurs de terrains ont moins l'opportunité d'être rôdé dans ce domaine.

De plus gérer l'extérieur des établissements permet de respecter le principe repris par les différents plans et nommé par les auteurs de « sanctuarisation de l'hôpital »¹²¹. Principe selon lequel il faut tout faire pour ne pas engorger l'hôpital, la gestion même de la situation doit se faire sur le chantier. C'est pourquoi l'hôpital se doit d'être impliqué dans la conception de la défense autour de son établissement. La gestion des SSE ne se fait donc pas uniquement en interne. Les hôpitaux doivent se sentir concernés par l'organisation des SSE qui leur est extérieure.

Cela montre encore une fois qu'une coordination dès les premiers instants de la planification est indispensable car une situation qui se voit durer sur un temps relativement long nécessitera une coordination à tous les échelons y compris dans la prise en charge des victimes. L'hôpital ne pourra pas tout faire seul, il doit profiter de son rôle pour étendre son maillage territorial¹²².

2/L'enceinte de l'établissement

Malgré tout, les établissements de santé ne pourront pas être à l'abri d'une arrivée massive de victimes lors d'une SSE. Il y aura des victimes qui pourront se rendre aux hôpitaux d'eux même, sans passer par l'orientation des forces sur place.

Lors des attentats de Paris, des victimes étaient accueilli à l'hôpital alors même que les événements n'étaient pas encore connus¹²³.

¹¹⁹ BARBARIN-COSTES (P.), *op.cit.* p. 32.

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ *Ibid.*

¹²² *Ibid.* p. 34

¹²³ *Ibid.* p. 35

Cela est possible du fait du positionnement géographique des hôpitaux dans certaines villes mais aussi et surtout par le temps qu'il faut pour mettre en place les plans. Pendant ce temps d'activation, de début de gestion de crise, il y aura des victimes qui seront déjà en cours de soin dans les hôpitaux. Il est alors vital pour les établissements de santé de se protéger face à cette arrivée, qui est un risque pour eux.

L'établissement de santé ne sera pas au courant des caractéristiques de la situation ou alors très peu. En cas de contamination chimique ou de manière plus conventionnelle en cas d'épidémie virale il faudra prendre des précautions afin de protéger sa structure et surtout le personnel de soin. En outre le phénomène de foule peut rendre nerveux certains patients qui peuvent se montrer violents, les forces de l'ordre étant déjà prises par la gestion sur le chantier, ne pourront certainement pas venir « protéger » l'établissement de santé.

La défense interne doit être globale. De ce fait elle passe par des détails qui pourraient compliquer la situation s'ils ne sont pas pensés au préalable. On peut penser à la mise en place d'une bonne indication (par des panneaux par exemple) au sein de l'établissement pour aider les victimes mais aussi le personnel qui vient en renfort à s'orienter au sein des différents services¹²⁴, ou encore aux ravitaillements en eau et en nourriture.

Il faut donc prévoir une organisation garante de la défense de l'établissement de santé en tant que structure avec de nombreux personnels.

B/ La prise en compte des moyens matériels et humains

Le personnel doit faire preuve d'autonomie en cas de SSE. Ce qui suppose une certaine culture de crise au sein de son personnel et une bonne préparation préalable des différents services. Tous doivent savoir ce qu'il faut faire et comment appliquer les plans. Leurs rôles, missions sont à détailler à chaque membre.

Aussi, la communication est primordiale au sein de l'hôpital. Tous les services qui sont concernés par la situation doivent être mis dans la boucle d'information. Le personnel doit avoir une vision sur ce qu'il se passe afin de ne pas empiéter sur les tâches d'autres services ou collègues du même service. Orienter et informer le personnel qui arrive en renfort afin de ne pas perdre de temps permettra une meilleure gestion interne¹²⁵. Il faut tout mettre en place pour ne pas stresser le personnel avec des difficultés certes inhérentes à la situation mais qui auraient pu être gérées en amont.

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ *Ibid.*

De plus il faut porter une attention particulière à la communication externe concernant les conséquences de la situation. Si c'est le rôle notamment des ARS mais surtout du ministère de communiquer sur cela, l'hôpital doit faire attention à ne pas affoler le public. On sait qu'aujourd'hui tout est médiatisé, des journalistes voudront obtenir des informations sur les victimes. Il faut protéger les victimes et leurs familles en portant attention aux informations qui leur sont relatives.

Si la crise se prolonge, la gestion du personnel sur la durée sera primordiale¹²⁶. Il existe au sein de l'armée une « cellule d'aide aux familles »¹²⁷ qui permet de soutenir les familles. Cette idée de cellule serait intéressante à reproduire aux seins des établissements de santé. L'objectif est de rassurer le personnel et de lui enlever toutes les difficultés du quotidien (école, crèche etc). Le personnel sera plus efficace s'il sait sa famille à l'abri que s'il se pose constamment la question car en cas d'événement majeur il est fort probable que les familles du personnel hospitalier soit touchées mais également le personnel lui-même.

Pour faire écho à la défense même de la structure hospitalière, l'inventaire des moyens géographiquement proche de l'établissement peut permettre de contribuer à une gestion efficace. Avoir connaissance de locaux proches permettant un accueil en amont de l'accueil hospitalier, les points d'accès routiers mais aussi piétons etc. Cela permettant une possible création de zone de triage¹²⁸ afin d'orienter par la suite les victimes directement vers le bon service tout en évitant d'infecter ou contaminer la structure en cas de contamination des victimes. Tout cela en s'appuyant sur le plan Blanc.

§ 2 : La gestion de crise au sein de l'établissement de santé

A/ Les grands principes de gestion de crise

Pour être en capacité de répondre à une situation dépassant les capacités normalement acceptées et gérées par le système de santé et surtout par les établissements, un organisation est indispensable.

Cette organisation repose sur 3 éléments de doctrine¹²⁹ :

- Une montée en puissance

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.203.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.74 - 80.

- La mise en place d'une cellule de crise hospitalière (CCH)
- Une préparation efficace

La combinaison de ces 3 éléments doit permettre aux établissements de répondre à toutes situations quelque soit sa nature.

Il existe 2 niveaux de montée en puissance permettant de s'adapter au niveau de puissance de la SSE. Ce qui a pour objectif d'éviter la mobilisation de beaucoup de moyens humains ou matériels alors que la SSE n'a que peu d'impact.

1/ Niveau 1 « plan de mobilisation interne »

Ce niveau de mobilisation est donc le premier à être activé lorsqu'une SSE se déclenche et que l'alerte a été enregistrée. Ce premier niveau est la première étape de la montée en puissance de l'établissement de santé. Ce niveau permet de gérer les situations « potentiellement »¹³⁰ critiques mais qui ne remettent pas en question le fonctionnement de l'hôpital à court terme. C'est par exemple une épidémie interne de grippe ou encore des inondations. Cette situation déroge à la gestion habituelle qu'a l'établissement de santé qui doit donc modifier son organisation.

Cette montée en puissance nécessite la mise en place d'une CCH interne.

De plus si ce niveau peut-être déclenché postérieurement au déclenchement d'une crise, il peut aussi être activé en prévention. En effet l'établissement de santé peut anticiper la situation à risque suite à une alerte. On pense notamment aux alertes de météo France concernant par exemple un risque d'inondation ou même d'orages violents pouvant entre autre couper le courant. Ou plus violemment une alerte attentat ciblant particulièrement l'établissement de santé.

Dans ce cas, les services seront pré-mobilisés et les membres de la CCH seront pré-alertés.

2/ Niveau 2 « plan blanc »

Logiquement le niveau 2 intervient lorsque la SSE qui est déjà en cours s'aggrave ou si elle a un impact majeur sur l'établissement de santé¹³¹.

Ce niveau revient à l'activation du plan blanc qui sera détaillé dans la section suivante. Il permet entre autre une plus forte mobilisation des moyens humains et matériels.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ Ibid. p. 80 -84

Cette fois ci, la CCH est structurée c'est-à-dire qu'elle n'est pas qu'interne, qu'elle est composé de plus de personnes.

L'objectif final de cette montée en puissance est de permettre une continuité des soins pour les victimes de la situation mais aussi de ne pas faillir, dans la qualité des soins proposés pour les personnes qui sont déjà eu sein de l'établissement mais extérieures à la situation.

Ce niveau est déclenché sans délai par le directeur de l'établissement ou par le DGARS. C'est également le directeur d'établissement qui pilote la gestion de crise.

B/ La cellule de crise hospitalière (CCH)

La cellule de crise hospitalière peut être activée dans les 2 niveaux de gestion de crise par l'établissement de santé. Cependant son rôle et sa composition diffèrent selon le niveau déclenché.

Elle est composée des principaux responsables d'établissements. Elle a pour mission de coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs¹³².

Cette CCH doit être mise en place rapidement. Les différents plans¹³³ recommandent la mise en place dans les 45 minutes. La structuration de la CCH se fait toujours autour de 2 fonctions essentielles que sont les fonctions décision et coordination.

Section 2 : La réponse opérationnelle de l'établissement de santé à une situation sanitaire exceptionnelle

§ 1 : Préparation de la réponse au sein des établissements de santé

A/ Les étapes clés d'une préparation efficace

La planification permet d'organiser une réponse efficace, pour se faire les établissements doivent s'organiser selon les recommandations des différents guides. Ces recommandations sont à prendre en compte et à appliquer. Néanmoins la culture de crise est différente dans tous les établissements. L'expérience de chacun vient compléter sur le terrain les recommandations faites à froid. Il est évidemment que les guides essaient d'être le plus proche possible de réalité, cependant chaque crise est différente et chaque structure a ses propres spécificités. Il convient ici de reprendre les grands axes de préparation des établissements de santé pour se préparer aux situations sanitaire exceptionnelles.

¹³² *ibid.*

¹³³ *ibid*

Tout d'abord, la culture de crise est très importante. En effet le directeur de l'établissement doit s'appuyer sur une équipe afin d'élaborer les plans de gestion des tensions hospitalières et notamment le plan blanc. Cette équipe doit être la plus performante possible en matière de gestion de crise. Il peut également s'appuyer sur des référents SSE dont un directeur médical de crise. Les référents SSE sont nommés par le Directeur d'établissement et le Président de la commission médicale d'établissement (CME)¹³⁴.

Une équipe de référent pluridisciplinaire et expérimenté est un atout certain gestion de crise.

En collaboration avec l'ARS, les établissements de santé vont faire une analyse des risques et menaces qui pèsent sur leur établissement afin d'avancer dans la préparation des plans comme le plan de continuité d'activité (PCA) et le plan de sécurisation d'établissement (PSE). Avoir une vision globale des menaces qui pèsent sur son établissement est primordial. Menaces aussi bien extérieures qu'internes à l'établissement. Dans ce domaine il existe différentes sources d'appuis méthodologiques pour les établissements et notamment des travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ce travail est toujours fait de manière coordonnée avec l'ARS et le SAMU. Ces diagnostics de risques et de réponse capacitaire sont partagés avec l'ARS qui regarde si cela correspond aux dispositions du plan ORSAN. Avec comme objectif pour l'ensemble de la région d'être en capacité de répondre à tous types d'événements exceptionnels. Cette coordination a pour objet d'identifier pour chaque volet ORSAN, les difficultés pour les services de l'établissement de santé qui nécessiteront une montée en puissance¹³⁵.

Enfin toujours en collaboration avec l'ARS, il convient de définir les résultats à obtenir correspondant aux volets ORSAN. Cela au vu de ses capacités face aux risques mais surtout vis-à-vis de son positionnement dans chaque volet ORSAN en cas de situation exceptionnelle. S'il existe toujours un écart entre les capacités de l'établissement et ce qu'a prévu l'ARS, une annexe au plan ORSAN est faite afin que le cas échéant des ajustements et des actions soient faites pour que l'établissement soit enfin en capacité de répondre à la situation. La principale difficulté dans ce travail c'est que les victimes ne sont pas toutes régulées, alors l'établissement ne peut pas prévoir le nombre exact de lits ou besoins humains et matériels pour accueillir les victimes. En effet l'établissement peut être en deuxième ligne, mais avoir

¹³⁴ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.74 - 80.

¹³⁵ *Ibid.*

spontanément un grand nombre de victime qui se présente devant ses portes. Tous les établissements doivent se tenir prêt à donner une réponse minimale¹³⁶.

B/ Les capacités de réponses d'un établissement

En situation sanitaire exceptionnelle, les établissements de santé bénéficient de moyens de réponses. Ces moyens sont prévus par la planification et notamment le plan blanc. Ces moyens sont des pouvoirs étendus rendus possible par la situation exceptionnelle. Comme on a pu le constater, une situation qui déroge au cadre ordinaire ne peut être réglée dans ce même cadre. Il est nécessaire que les acteurs tout comme les autorités bénéficient de capacités d'actions étendues.

1/ La mobilisation des moyens humains

Pour les établissements de santé publics, le directeur pourra si la situation l'exige rappeler du personnel en renfort afin de compléter les équipes. Cela est possible eu égard au principe de continuité du service public¹³⁷. C'est le code du travail qui régit cette situation et la rend possible pour les établissements de santé privés. Dans le deux cas, le directeur doit avant tout maintenir sur place le personnel déjà en activité avant même de rappeler des renforts.

Le rappel de personnel est particulièrement utilisé par les établissements de première ligne. Tout cela doit être prévu dans la planification hospitalière afin que le personnel soit informé et que chaque service sache qui mobiliser. Pour éviter toute difficulté le jour venu, une mise à jour régulière des listes de numéros de téléphone du personnel est obligatoire.

Autre possibilité de renforts cette fois entre établissements. En effet de plus en plus d'établissements font parti de GHT. Ces groupements permettent un échange rapide de personnels si nécessaire. Enfin l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN pourra porter assistance à l'établissement sous tension en mettant en tension un établissement non concerné afin de porter assistance à celui en difficulté¹³⁸.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ CABRILLAC (R.) ; FRISON-ROCHE (M.-A.) ; REVET (T.), Libertés et droits fondamentaux, Dalloz, 17^e édition, 2011, 951p.

¹³⁸ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.74 - 80.

2/ Libération des lits et déprogrammation d'activités

La prise de la mesure de gestion de déprogrammation des activités de l'établissement de santé est une mesure importante, elle représente un levier important pour la gestion des SSE¹³⁹. La déprogrammation d'activité est lourde de conséquence pour un établissement de santé, elle ne doit être mise en place que si la situation l'exige et que les autres mesures prises (rappel de personnel par exemple) ne sont pas efficaces.

Cette déprogrammation est décidée par le directeur de l'établissement, elle doit être faite secteur par secteur¹⁴⁰. On peut par exemple déprogrammer les activités de chirurgie fonctionnelle mais pas les urgences.

Une fois la crise passée, la reprogrammation peut se faire mais elle doit être pensée correctement afin d'éviter un retour d'activité trop important. La reprogrammation doit se faire secteur par secteur et par ordre de priorité.

Pour augmenter ses capacités, l'établissement peut libérer des lits. Cette possibilité fait suite à une réorganisation interne à l'établissement afin de libérer le plus de place possible au sein des services (renvoyer les patients en l'état de rentrer chez eux, transferts vers un autre service par exemple). Cette réorganisation peut même amener à ouvrir une unité de soin supplémentaire pour accueillir les victimes de la crise¹⁴¹.

§ 2 : Le dispositif de réponse du système de santé en général

A/ Le plan ORSAN

Ce sont les ARS qui élaborent le dispositif ORSAN afin de pouvoir faire face aux SSE. Le dispositif ORSAN repose sur des orientations ayant pour objectif de former le personnel de santé, une gestion des moyens de réponse et surtout un schéma de planification concernant l'organisation du système de santé en SSE. ORSAN est donc différent pour chaque territoire selon leurs spécificités locales puisque le dispositif ORSAN est élaboré à partir du projet régional de santé¹⁴². C'est le directeur de l'établissement ou le DGARS qui sont compétents pour déclencher le plan blanc sans délai.

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² BARBARIN-COSTES (P.), *op.cit.* p.

En situation normale, le système de santé est organisé d'une manière à prendre en charge les événements de la vie « quotidienne » et « courante ». Cependant en SSE ce cadre ne permet pas de prendre en charge les conséquences de l'événement indésirable. C'est pourquoi le dispositif ORSAN identifie les adaptations qui sont à prévoir dans l'organisation de l'offre de soin.

Il est l'outil central de la planification de la réponse du système de santé.

L'objectif d'ORSAN est de planifier la montée en puissance du système de santé et cela de manière coordonnée sur l'ensemble des secteurs (libéral, hospitalier, médico-sociaux). C'est pourquoi le dispositif ORSAN comprend 5 volets qui reprennent les principaux risques pesant sur le système de santé.

On retrouve le volet « ORSAN AMAVI » qui prévoit l'organisation en cas d'accueil massif de blessés. Puis le volet « ORSAN EPI-CLIM » qui permet de prendre en charge un afflux important de patients victimes d'une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique.

Ensuite on retrouve le volet « ORSAN REB » qui lui concerne les risques épidémiques et biologiques. Le volet « ORSAN NRC » prévoit la prise en charge d'un événement NRC. Enfin le volet « ORSAN MEDICO-PSY » concerne la prise en charge médico-psychologique des victimes d'un accident grave.

Ces 5 volets ont pour vocation de balayer les risques qui pèsent sur le système de santé, mais cela ne concerne que les risques qui sont connus. On peut donc se demander si le système de santé saura répondre à une situation inédite à laquelle personne n'a encore pensé. Cette réflexion fait écho à la gestion de crise même, au développement des risques qui sont en corrélation avec le développement de la société.

Pour une meilleure coordination les établissements de santé sont classés selon leur rôle. On retrouve les établissements de « première ligne »¹⁴³ qui sont ceux possédant un service d'urgence et un plateau technique chirurgicale fonctionnant H24. Au sein de cette catégorie on retrouve plus précisément les établissements experts permettant une prise en charge spécialisée (brûlure, chirurgie, neurochirurgie). Par exemple un établissement qui se trouve proche géographiquement d'une centrale nucléaire sera considéré comme en première ligne.

Puis les établissements de « deuxième ligne »¹⁴⁴ qui sont les établissements qui ne possèdent pas de service d'urgence. Ils sont mobilisables en cas de dépassement des capacités des établissements de première ligne.

¹⁴³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p. 90.

¹⁴⁴ *Ibid.*

B/ Le plan blanc

Au fil des années et des crises que le système de santé subit, la préparation à la gestion de celles-ci ont évolué. Il a été nécessaire de repenser le système de préparation et de réponses au fil du temps. Auparavant essentiellement préparée au niveau national avec la publication de plans ministériels ou interministériels qui se suffisaient à eux même mais étaient parfois trop loin de la réalité de terrain¹⁴⁵, on est passé dorénavant à l'élaboration d'une stratégie de terrain destinée avant toute chose aux professionnels de terrain. Avec comme acteurs principaux les ARS qui grâce à leur connaissance du terrain et de leur connexion avec les différentes autorités et acteurs peuvent diffuser d'une façon optimale cette prévention.

C'est dans cette optique le dispositif ORSAN est mis en place. Les différents éléments le composant sont ensuite repris et déclinés par les opérateurs dans les plans blancs des établissements de santé et les plans bleus des établissements médico-sociaux. Il existe également des plans de renfort que sont le plan blanc élargi et le plan zonal de mobilisation. Le plan blanc élargi (PBE) est un outil à disposition du préfet. Ce dernier peut l'activer pour soutenir le système de santé qui ne peut pas répondre à la situation exceptionnelle dans son mode renforcé. Le préfet mobilise alors des ressources sanitaires extérieures.

Le plan zonal de mobilisation permet de mobiliser des moyens sanitaires zonaux et de les répartir sur la zone de défense.

Au niveau des établissements de santé c'est le plan blanc qui est l'outil principal de gestion de crise. Ce plan blanc relève de la responsabilité du directeur¹⁴⁶. Le plan blanc est déclenché dès lors qu'une situation exceptionnelle éclate et que l'on sait que les capacités de l'établissement de santé vont être dépassées. L'objectif est de permettre la continuité de l'offre de soin mais également de maintenir la qualité de cette offre¹⁴⁷.

Le plan blanc doit être revu annuellement, il fait l'objet de débats entre les différentes instances de l'hôpital qui sont compétentes dans ce domaine à savoir le conseil de surveillance, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et aussi la commission d'hygiène de sécurité et des conditions de travail¹⁴⁸. L'ARS contrôle aussi l'élaboration et la mise à jour de ce plan blanc tous les ans.

¹⁴⁵ **BARBARIN-COSTES (P.)**, *Loc.cit.*

¹⁴⁶ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *L'établissement de santé en tension*, 2005.

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ **BARBARIN-COSTES (P.)**, *Loc.cit.*

Historiquement le plan blanc n'est pas un dispositif d'organisation hospitalière mais pré-hospitalière. En effet suite aux nombreux attentats des années 80-90 en France¹⁴⁹, l'APHP décide de mettre en place un dispositif de mobilisation rapide¹⁵⁰ qui suivrait logiquement le travail du SAMU sur le terrain lorsqu'il y a de nombreuses victimes. Aujourd'hui cet aspect prise en charge de nombreuses victimes relève du plan ORSEC NOVI. Cette prise en charge de la victime se fait dans ce cas sur le terrain au poste médical avancé (PMA). Ce n'est qu'en suite que la victime est transférée dans un hôpital disposant d'un plateau technique adéquat.

L'objectif du plan blanc est de changer la configuration de l'hôpital qui en temps normal ne peut pas gérer les conséquences d'une situation exceptionnelle car sa mise en tension sera trop importante. On va donc reconfigurer l'hôpital pour pouvoir faire face à cette situation et ses conséquences.

Le plan blanc permet d'utiliser les personnels et tous les moyens existants afin de prendre en charge toutes les victimes qui vont arriver spontanément ou redirigées par le SAMU.

Chapitre 2 : Une préparation indispensable

Pour être prêts les établissements de santé et plus largement le système de santé a recours à la planification qui est un outil indispensable. Cependant cette planification ne peut se faire sans le retour d'expérience des équipes de terrains, cela permettant la prise en compte d'éléments nouveaux.

Section 1 : La planification

§ 1 : Le cadre général de la planification

A/ Définition

La planification a pour but de référencer les moyens et compétences disponibles ou mobilisables sur un périmètre donné. C'est un outil d'aide à la décision.

« Chaque ministre est responsable, sous l'autorité du Premier ministre, de la préparation et de l'exécution des mesures de défense et de sécurité nationale incombant au département dont il

¹⁴⁹Liste des attentats sur le territoire français

https://fr.wikipedia.org/wiki/Chronologie_des_actes_terroristes_en_France#Ann%C3%A9es_1990

¹⁵⁰BARBARIN-COSTES (P.),*op.cit.* p.

à la charge »¹⁵¹. La ministre de la santé est donc responsable de la planification en matière sanitaire, elle est responsable de « l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes »¹⁵².

C'est le ministère de la santé qui est donc le garant du maintien de la continuité du système de santé en contribuant à la planification interministérielle en matière de défense et de sécurité nationale, en lien avec le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN)¹⁵³.

La mise en place des ARS a modifié la planification sanitaire qui aujourd'hui repose sur un maillage zonal et régional comme on a pu le constater précédemment.

De fait, les politiques de planification ont évolué ces dernières années, passant d'une approche ciblée avec des plans de réponse sur des thématiques spécifiques, à une approche globale et d'effets à obtenir, avec la définition de stratégies générales de réponse. L'objectif consiste à homogénéiser et à harmoniser les moyens de réponse du système de santé dans le cadre de scénarii génériques. Les plans de réponse nationaux intersectoriels (pandémie grippale, NRBC, chikungunya/dengue...) sont ensuite déclinés au sein des territoires en tenant compte des spécificités et des ressources locales disponibles dans les secteurs libéraux, pré-hospitalier, hospitalier et médico-social.

B/ Le rôle central de l'ARS en matière de planification

Les ARS sont dotées de compétences larges dans le pilotage de la mise en œuvre territoriale des politiques de santé. Les missions de sécurité sanitaire s'appuient sur la veille sanitaire, la surveillance épidémiologique et environnementale, le contrôle sanitaire et les inspections dans tous les domaines de compétence de l'ARS, la prévention des risques sanitaires et la gestion des crises sanitaires quand elles surviennent. La direction émet des avis sanitaires pour toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine. Elle prépare les décisions du préfet de département pour les soins soumis à décision administrative (soins sans consentements).

¹⁵¹ Code de la défense, article L.1141-1

¹⁵² Code de la défense, article L.1142-8

¹⁵³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.

Chaque ARS possède donc une plateforme régionale unique de veille qui a pour objectif de réceptionner et d'analyser les signaux. Ainsi l'ARS a dans ce domaine plusieurs missions, organiser l'observation de la santé et contribuer à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et la gestion des situations de crise sanitaire¹⁵⁴.

L'ARS apporte son soutien aux préfets en matière de défense et de sécurité, en fonction de l'ampleur elle assure une réponse graduée.

En matière de planification l'ARS prépare et met en œuvre le dispositif ORSAN.

Au sein de la Direction de la Sécurité Sanitaire et de la Santé Environnementale (D3SE), le Service Zonal de Défense et de Sécurité (SZDS) est l'acteur principal. En effet c'est ce service qui organise la gestion des SSE.

Le SZDS organise les exercices de gestion de situation exceptionnelle, organise les formations liées à la Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) qui est la cellule de gestion de crise de l'ARS. Ces formations entrent pleinement dans la planification puisqu'elles permettent aux volontaires d'être formés et le cas échéant d'être prêts pour gérer la situation.

De plus les membres de SZDS vont participer à l'élaboration et la mise en œuvre des différents dispositifs notamment « le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles », ou encore le dispositif ORSAN. Le SZDS coordonne les déclinaisons des plans nationaux en plans zonaux et départementaux en liaison avec les préfetures, les établissements de santé et l'Etat-major de zone.

§ 2 : La planification l'outil indispensable aux situations sanitaires exceptionnelles

A/ Les dispositifs de planification sanitaire

1/ Le dispositif ORSAN

Vu dans le chapitre 1, ORSAN est le dispositif majeur de planification en matière sanitaire. Ces 5 volets en font un outil prévoyant les risques les plus récurrents et plausibles qui pèsent sur le système de santé. C'est le DG ARS qui décide de mettre en œuvre tout ou partie d'ORSAN (eu égard aux demandes préalables du préfet ou ministre de la santé).

¹⁵⁴ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.

2/ Le plan de gestion des tensions hospitalières

L'élaboration d'un plan de gestion des tensions hospitalières est une obligation depuis 2004 pour tout établissement de santé public ou privé¹⁵⁵. C'est ce plan qui va organiser l'organisation interne de l'établissement, cela permettant de mobiliser les ressources nécessaires à la gestion d'un afflux important de victimes.

Ce plan est élaboré en tenant compte du dispositif ORSAN et révisé annuellement puis transmis au préfet de département, ARS et SAMU compétent¹⁵⁶. Il comprend les mesures de rappel de personnel dont on faisait part précédemment, mais aussi les moyens mobilisables. Ceci devant être mis en place sans délai lors de son déclenchement.

3/ Le plan bleu

Le plan bleu concerne les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Il permet tout comme un plan blanc de mettre en œuvre la réponse à une situation sanitaire exceptionnelle. Il précise les modalités d'organisation en cas de crise et est élaboré par le directeur de l'établissement médico-social¹⁵⁷. Il est mis en place par le directeur d'établissement ou sur demande du préfet.

4/ Le plan de continuité d'activité (PCA)

Le PCA n'est pas un outil exclusif au milieu de la santé. Il a pour objet de garantir la reprise et la continuité des activités après un événement exceptionnel qui a perturbé le fonctionnement normal de la structure. L'objectif est que la structure puisse continuer à répondre à ses missions essentielles, ainsi qu'à ses obligations. Le PCA doit permettre à une organisation de continuer à fonctionner en mode dégradé même en cas de crise extrêmes. Il prévoit également la reprise des activités normales.

C'est un complément au plan blanc et plan bleu.

5/ Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS)

Le PZMRS permet le suivi et la mobilisation des moyens sanitaires zonaux et leur répartition au niveau national pour pouvoir faire face à une SSE.

¹⁵⁵ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V) - article L3131-7 du code de la santé publique

¹⁵⁶ Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médicopsychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

¹⁵⁷ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.

Il est particulièrement utilisé pour les risques NRBC. Il s'articule avec les volets ORSAN REB et NRC.

Le PZMRS est arrêté par le préfet après avis du comité de défense de zone.

Ces différents plans concernent l'organisation de l'offre de soin durant une SSE. Ces dispositifs s'articulent avec les dispositifs de sécurité civile. Ensemble ils donnent une réponse globale à tout type de crise.

B/ Les dispositifs de sécurité civile

1/ Le dispositif d'Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile (ORSEC)

Le dispositif ORSEC est dans son importance l'équivalent du dispositif ORSAN mais pour la sécurité civile. Il intervient au niveau départemental voir au niveau zonal pour organiser les secours et dénombre l'ensemble des moyens publics et privés pouvant être mis en œuvre¹⁵⁸.

ORSEC est atypique aux autres plans dans son utilisation. C'est un dispositif de veille permanent de ce fait il ne se déclenche pas mais monte en puissance au fur et à mesure de l'évolution des événements¹⁵⁹. Il permet de s'adapter à toutes les situations par son caractère progressif et modulaire¹⁶⁰.

ORSEC doit faire l'objet d'une révision tous les 5 ans. C'est le préfet de département, de zone ou le préfet maritime qui peut utiliser tout ou partie d'ORSEC si la situation l'exige.

ORSEC et ORSAN peuvent fonctionner séparément ou ensemble. C'est par exemple le cas pour ORSEC-NOVI et ORSAN-AMAVI, tous deux concernent l'accueil de nombreuses victimes (non contaminés pour ORSAN-AMAVI). La mise en œuvre des deux plans permet un support du système de santé supplémentaire grâce à ORSAN. La prise en charge pré-hospitalière par ORSEC et le suivi dans le système de soin par ORSAN.

2/ Le plan particulier d'intervention (PPI) et plan d'opération interne (POI)

Lors un événement exceptionnel, l'exploitant de la structure va établir un POI pour organiser les secours au sein de son établissement. Le PPI lui va concerner les secours hors établissement sur une zone définie à l'avance. Par exemple un PPI qui a été actualisé cette

¹⁵⁸ Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure

¹⁵⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.

¹⁶⁰ *Ibid.*

année, est prévu sur plusieurs kilomètres autour de la centrale nucléaire de Gravelines pour notamment la distribution d'iode.

Le PPI est établi sous contrôle du préfet et en conformité avec ORSEC. Le PPI permet de gérer les moyens de secours publics en cas d'accident dans une installation classée dont les conséquences dépassent l'enceinte de l'installation¹⁶¹.

Cela concerne les installations nucléaires, les installations type « SEVESO »¹⁶², les aménagements hydrauliques, les lieux de transits présentant un danger, les stockages souterrain de gaz toxiques.

Le POI lui concerne donc exclusivement l'exploitant du site. Il organise les moyens à mettre en place pour protéger le personnel mais aussi les populations aux alentours du site et l'environnement. Il est obligatoire pour les établissements soumis à autorisation avec servitudes mais aussi aux établissements visés par arrêté ministériel¹⁶³.

Section 2 : La prise en compte des expériences pour être plus efficace

§ 1 : Instaurer une réelle culture de crise : un enjeu hospitalier

A/ Préparer les moyens humains au pire

Il est évident que la conception des plans qu'ils soient départementaux ou internes à l'établissement de santé est primordiale pour la gestion d'une SSE. Pourtant le plan le plus efficace en gestion de SSE se verrait privé de toute utilité si le personnel ne le comprenait pas, ne savait pas l'utiliser ou même n'était pas informé de son existence. En d'autres termes si le personnel de l'établissement n'a pas été formé à la gestion de crise, que ce personnel n'a pas pu acquérir un minimum de culture de crise alors toute planification est inutile.

La crise par définition est une imprévisible, met sous pression, déstabilise¹⁶⁴. Elle est souvent complexe, transversale, on ne peut pas gérer une crise sans préparation¹⁶⁵.

¹⁶¹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.181

¹⁶² MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER, DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION, *ORSEC départemental Plan Particulier d'Intervention Etablissements « SEVESO Seuil haut »*, tome S.12, 2010, 12p.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ LAGADEC (P.), *op.cit.* p.60 -65

Il est crucial que toute la chaîne d'acteur soit préparée. Naturellement les cellules de crises que ce soit à l'ARS ou au sein de l'établissement de santé sont formées à la gestion de crise. Malgré tout, des bons ordres ne feront pas agir le personnel correctement.

Les différents services de gestion de crise notamment le service zonal de défense et de sécurité sanitaire au sein de l'ARS sont évidemment préparés mais ne peuvent pas gérer toutes les conséquences d'une situation exceptionnelle. Il faut donc former le personnel des autres services afin d'avoir le plus grand panel technique à disposition le jour où une SSE se déclenche.

A contrario le personnel hospitalier n'est pas formé aux techniques de gestion de crise. Du moins pas le personnel soignant. Il est indispensable que ce personnel se forme afin d'être prêt le cas échéant.

Au sein de l'établissement de santé, la mise en place d'une politique d'information sur la gestion des tensions hospitalières et SSE facilite l'appréhension des notions comprises dans les plans.

Si le personnel connaît son rôle, ses missions lors d'un accueil massif de victimes alors le jour où cela arrivera il sera soumis à moins de stress que s'il n'avait jamais lu ou pratiqué cette situation¹⁶⁶.

Le guide SSE recommande la mise en place de sessions régulières d'informations afin de répondre à leurs éventuelles questions concernant la gestion interne et la gestion territoriale des SSE¹⁶⁷. Des formations sont également prévues pour le personnel hospitalier souhaitant participer par exemple à la CCH ou encore aux gestes et soins d'urgences. Néanmoins quelques jours (au mieux) de formation en gestion de crise ne seront pas aussi efficaces que la pratique et que le fait de se confronter à une réelle situation ou encore à un exercice sur mesure.

La culture de crise se construit avec son personnel petit à petit au fil des formations et des expériences.

B/ L'intérêt des exercices

L'approche des plans par la lecture ou encore les différentes formations peuvent aider à l'appréhension d'une crise mais rien ne saurait être aussi efficace que la situation elle-même. Heureusement il ne se déclenche pas des SSE majeures toutes les semaines. Alors si

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.181

on veut instaurer une culture de crise, des réflexes, les bonnes façons de penser, des automatismes à prendre en temps de crise il faut recourir aux exercices.

En plus de tester le personnel, un exercice permet de tester la procédure elle-même. L'enjeu d'un exercice est alors multiple c'est-à-dire acquérir de l'expérience, remarquer les points forts mais aussi les points faibles et enfin envisager les axes d'améliorations¹⁶⁸.

L'exercice constitue une étape essentielle dans la préparation de la gestion des SSE. Ces exercices peuvent impliquer ou non des moyens sur le terrain. Ils peuvent être fictif c'est-à-dire se dérouler exclusivement au sein d'une structure. C'est par exemple le cas de l'exercice CRAPS des ARS qui se déroule une fois par an avec les référents CRAPS des différentes directions de l'ARS. Le SZDS fait alors « jouer » les référents en salle de crise en leur proposant des événements fictifs durant plusieurs heures. Le réalisme de cet exercice est néanmoins présent puisque les « joueurs » reçoivent des coups de fil, des mails, des mises en situations de la part des « animateurs » afin qu'ils se sentent en action d'une véritable situation de crise.

La mise en œuvre d'un exercice s'intègre souvent dans une démarche globale inscrite dans la durée. Un programme pluriannuel d'exercices est souvent mis en œuvre ce qui permet une lisibilité à l'ensemble des acteurs sur le cheminement de la démarche et le but à atteindre.

Les exercices peuvent être de différents types.

§ 2 : Un retour d'expérience indispensable

A/ Les principaux enjeux

Lors de la gestion des SSE, les acteurs doivent tous prendre des décisions rapides sans avoir parfois le temps nécessaire pour analyser la situation. Plus la prise de décision sera longue et plus l'intervention sur le terrain sera rallongée. Evidemment les acteurs peuvent parfois ne pas prendre les meilleures décisions dans le laps de temps très court. C'est pourquoi un retour sur l'expérience est vital afin qu'à la prochaine crise l'opérateur soit plus performant.

L'évaluation est une étape importante dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux SSE.

¹⁶⁸ *Ibid.*

Le retour d'expérience (RETEX) est une notion vaste qui comprend plusieurs démarches et objectifs¹⁶⁹.

Historiquement cette notion a été empruntée au domaine industriel et technologique, un synonyme de cette notion serait « débriefing »¹⁷⁰. Celui-ci intervient comme une analyse à posteriori d'une situation. A noté que ce RETEX intervient également après une situation fictive comme un exercice. Pour pouvoir fonctionner, il se fonde sur une analyse méthodologique des informations transmises par les intervenants d'abord à chaud puis à froid. Ces informations vont être du domaine technique, humain, organisationnel¹⁷¹.

Enfin le RETEX doit être systématique à chaque crise ou exercice¹⁷². Lors d'un exercice avec la présence d'observateurs, le RETEX est l'occasion pour eux de s'exprimer sur le ressenti qu'ils ont pu avoir tout au long d'un œil extérieur à la pression de la gestion de la ou des situations.

Il est de pratique courante de faire un RETEX à chaud puis à froid avec l'aide de formulaires que les intervenants font parvenir dans un délai d'environ 1 mois. Le RETEX à chaud permet d'éviter un oubli sélectif et des reconstitutions que chacun pourrait avoir après un long délai post gestion de la situation¹⁷³.

B/ Les objectifs

L'objectif final d'un RETEX est de pouvoir tirer des enseignements positifs mais aussi négatifs de l'expérience commune afin de pouvoir être meilleur dans l'avenir. Un RETEX permet de repérer et de capitaliser sur les points positifs ce qui permet d'entretenir les bonnes pratiques qui ont été effectué lors de la gestion de la situation donnée. Naturellement tout n'est jamais parfait, il faut donc aussi identifier les points négatifs. Mais les identifier sans prévoir un plan d'action en vue de leur amélioration serait inutile, chaque remarque doit être prise en compte et amener une réflexion globale sur la capacité d'amélioration sur ces points¹⁷⁴.

¹⁶⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire*, Mars 2007.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Retour d'expérience guide méthodologique, situations d'urgence sanitaire et exercices de simulation*, Avril 2019.

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.167

¹⁷⁴ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op.cit.* p.

En outre cela permet d'avoir la vision globale de tous les intervenants, qui le cas échéant peut différer de celle que l'on a eu de la gestion. Cela permet alors une valorisation de l'expérience acquise puisque celle-ci va être partagée et assimilée par tous.

Finalement le RETEX a des objectifs simples et sont d'une grande importance afin de toujours pouvoir s'améliorer en matière gestion des SSE.

Deuxième partie : L'appréciation de la notion de terrorisme par le droit de la santé et l'évolution de la prise en charge de la victime

« Les jeunes Français doivent s'habituer à vivre durablement avec la menace d'attentats »¹⁷⁵

La France a connu ces dernières années une recrudescence d'actes d'attentats sur son territoire. Nice, Paris, Saint Etienne du Rouvray, Levallois-Perret, Marseille ou encore Strasbourg et non loin de la frontière l'aéroport de Bruxelles, tous ont été frappés et tous ont connu de nombreuses victimes.

Si l'attentat est bien considéré comme une situation sanitaire exceptionnelle de par l'afflux de blessés somatiques et psychiques et d'autre part un potentiel risque NRBC qui accompagne ces attaques, on peut tout de même se poser des questions sur leur gestion et leur traitement juridique, leurs articulations par rapport au droit de la santé¹⁷⁶.

De nombreux colloques ont eu lieu après les attentats de Paris¹⁷⁷ et de nombreux auteurs ont pu se questionner sur la gestion des protocoles, de la gestion elle-même, sur le parcours de la victime, sur des aspects de défense militaire mais aussi sur l'approche du terrorisme par le droit de la santé¹⁷⁸. C'est par exemple M. BORGETTO qui mena cette réflexion au cours d'un colloque à Rennes en 2018, accompagné évidemment d'autres auteurs¹⁷⁹.

C'est une réflexion intéressante car très complète que de traiter le terrorisme sous cet angle moins connu du grand public. En effet la plupart des réflexions portées sur le terrorisme vont concerner les forces de l'ordre, les moyens stratégiques et les stratégies d'approches et d'interpellation des auteurs¹⁸⁰.

L'approche par le droit de la santé concerne plusieurs aspects. L'approche de la notion et sa confrontation avec les notions déjà présentes en droit de la santé. Les modalités de gestion du système de santé d'un attentat (est-il le même que pour une SSE ordinaire ?). La prise en charge de la victime (physique et psychologique) sur les lieux de la crise, à l'hôpital mais également son suivi post-crise, son indemnisation et ses possibilités de recours judiciaire. Sans oublier la prise en charge de la famille tout au long du processus. On peut penser aussi à

¹⁷⁵BLIN (S.), *Valls aux adolescents : « Habituez-vous à vivre avec le terrorisme »*, Le Figaro, 23 janv. 2015.

¹⁷⁶BORGETTO (M.), *Terrorisme et droit de la santé*, RDSS, 2019, n° 2/2019, 30 Avril 2019, p. 197

¹⁷⁷INHESJ, *Colloque attentats : responsabilité juridique des primo-intervenants*, 2019.

¹⁷⁸BORGETTO (M.), *loc.cit.*

¹⁷⁹*Ibid.*

¹⁸⁰INHESJ, *loc.cit.*

la protection dont dispose l'hôpital face au risque terroriste sur sa structure. Et enfin le rôle du directeur d'établissement de santé dans tout cela.

Pour poursuivre le raisonnement entamé en première partie de mémoire sur la crise puis sur le cas spécifique de la gestion d'une SSE par le système de santé. Nous allons voir dans cette seconde partie comment le droit de la santé appréhende l'acte terroriste et comment s'articule la prise en charge des victimes et de leur famille par le système de santé mais aussi après. De ce fait dans cette seconde partie, 2 phases vont être distinguées. La première concerne la phase de crise et ses enjeux vis-à-vis de la prise en charge des victimes mais aussi des familles. La seconde phase concerne la phase post-crise et le suivi de la victime.

Titre 1 : La confrontation du système de santé au terrorisme

Le système de santé est en première ligne lors du déclenchement d'une SSE. L'acte terroriste n'est pas une exception. De manière générale un acte terroriste sur le territoire français fait de nombreuses victimes qui doivent être transport à l'hôpital ou alors qui peuvent y aller par leurs propres moyens. Les établissements de santé sont prêts ou en tout cas sont préparés en cas d'accueil de nombreuses victimes. De plus des plans y sont dédiés.

Nonobstant cette préparation qui concerne de manière générale les SSE dans leurs globalités (donc également le terrorisme), on peut se demander si le terrorisme fait l'objet d'une planification particulière, d'une gestion spécifique par le système de santé.

Le droit de la santé qui travaille sur le système de santé dans sa globalité doit dorénavant s'intéresser à cet aspect plus stratégique voir de gestion de crise car malheureusement c'est de nos jours une réalité. Les nouvelles pratiques doivent toujours faire l'objet d'un encadrement par le droit afin d'éviter tout abus. Dans le cas précis du terrorisme, il faut encadrer ou en tout cas se prononcer sur certains points comme par exemple le secret médical, les soins pratiqués sur les auteurs d'actes, le suivi des victimes mais aussi l'élaboration d'une liste de victime dans le cadre de leur identification. Ce sont des questions qui se posent sur le plan éthique et juridique¹⁸¹.

De plus les établissements de santé sont une cible particulière pour commettre un attentat, libre accès, pas ou peu de surveillance, concentration de nombreuses personnes. Pour se

¹⁸¹ **BORGETTO (M.)**, *loc.cit.*

protéger les établissements de santé ont du mettre en place une protection spécifique pour limiter l'impact ou même pour ne pas subir d'acte terroriste.

La prise en charge des victimes lors de la crise mais aussi par la suite avec un suivi plus administratif et juridique se développe. On voit par exemple la création des CLAV ou des associations d'aide pour les victimes d'attentats être de plus en plus nombreuses.

Le droit et plus particulièrement le droit de la santé doit se positionner sur ces nouveaux aspects qui sont récurrents dans la société moderne.

Chapitre 1 : La position du droit de la santé face à la notion de terrorisme

Le droit de la santé doit au même titre que la société dans son ensemble prendre en compte le terrorisme, des enjeux naissent au fil que le terrorisme se développe dans la société et l'établissement de santé devient de plus en plus une cible de choix.

Section 1: Droit de la santé et terrorisme

§1: L'approche nouvelle du terrorisme par le droit de la santé

A/ L'institution d'un droit relatif aux crises sanitaires graves

Alors que le terrorisme est dorénavant une réalité, les travaux sur celui-ci sous un versant droit de la santé sont extrêmement rares pour ne pas dire inexistantes. Le code de la santé publique ne contient pas le mot terrorisme dans son contenu¹⁸².

Les seuls rapprochements possibles entre le droit de la santé et le terrorisme se fait par la gestion des crises sanitaires. Or cela ne traite pas comme on l'a vu auparavant du terrorisme en tant que tel mais bien des conséquences comme les nombreuses victimes ou encore le risque chimique de situations qui ne sont pas exclusivement terroristes. En effet le chapitre qui concerne les mesures d'urgences dans le code de la santé publique est issu de la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur¹⁸³.

Cependant l'analyse des plans et de la réponse du système de santé que nous avons faite en première partie, nous a montré que cela consistait à donner les moyens au système de santé

¹⁸² **PAUVERT (B.)**, *La spécificité des actes de terrorisme par rapport aux crises sanitaires graves*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 199

¹⁸³ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, JORF n° 55 du 6 mars 2007.

pour répondre à une SSE générale ou spécifique (NRBC, NOVI) mais aucunement au terrorisme spécifiquement.

L'élaboration de la loi de 2007¹⁸⁴ s'explique par 3 événements qui ont fondamentalement structuré la gestion de crise en France.

Premièrement les alertes à l'anthrax aux Etats-Unis en 2001 ont rendu nécessaire l'élaboration d'une organisation du risque NRBC en France¹⁸⁵.

Deuxièmement c'est l'épisode de canicule de 2003 en France qui inspire la loi de santé publique de 2004¹⁸⁶. C'est à partir de ce moment que le Ministre de la Santé devient l'autorité de référence en matière de gestion de SSE¹⁸⁷.

Enfin l'épidémie de chikungunya de 2005 ainsi que la grippe aviaire en vu la mise en place du plan de prévention et de lutte nommé « pandémie grippale ».

On le voit les axes de réflexions pour la gestion des menaces sanitaires graves ne se fondent pas sur le risque terroriste mais sur des risques qui sont principalement épidémique, ce qui est en France un risque important avec les nombreuses épidémies grippes ou alors les fortes chaleurs.

En outre la seule référence dans le CSP aux crises sanitaires concerne la vaccination et se trouve dans sa partie réglementaire¹⁸⁸

Il a fallu attendre 2016 (après les attentats de Paris) pour que le droit de la santé commence à traiter de cet aspect spécifique des SSE¹⁸⁹ par le biais de directives instruites par le Premier ministre.

B/ L'inclusion du terrorisme dans le droit des crises sanitaires graves

C'est encore dans la partie réglementaire du CSP qu'il faut aller voir. On peut désormais y trouver une référence au terrorisme dans une section « Situation sanitaire exceptionnelle »¹⁹⁰ qui vient principalement traiter de la planification avec le plan zonal de mobilisation, dispositif ORSAN, plan départemental de mobilisation et plan blanc. L'objectif

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ **PAUVERT (B.)**, *op.cit.* p. 200.

¹⁸⁶ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V) - article L3131-7 du code de la santé publique

¹⁸⁷ **PAUVERT (B.)**, *loc.cit.*

¹⁸⁸ Code de santé publique, 3ème partie, Titre 3, « Menaces sanitaires graves »

¹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁰ Code de la santé publique, 3ème partie, Titre 3 « Menaces sanitaires graves », chapitre 1 « mesures d'urgences », section 2 « Situation sanitaire exceptionnelle ».

est d'organiser la planification de la gestion de crise et de la protection des établissements de santé face au terrorisme¹⁹¹.

Sans revenir sur les moyens mis à disposition pour que le système de santé soit en capacité de répondre en cas de SSE, on peut ici comprendre que les différents plans sont l'angle sous lequel le droit de la santé traite du terrorisme. Le directeur de l'ARS jouant un rôle important car c'est lui qui prévoit les modalités de répartition et mobilisation des moyens zonaux mais aussi la formation et l'entraînement des intervenants du système de santé¹⁹².

Le dispositif ORSAN et le plan blanc sont les plans principaux en gestion de SSE. La protection de l'hôpital repose elle sur le plan de sécurité d'établissement¹⁹³. Ce plan devant être terminé pour tous les établissements au plus tard premier semestre 2017 (voir si ça été fait). De plus en 2017, on incite les établissements de santé à établir des conventions¹⁹⁴ avec les forces de sécurité afin de pouvoir se coordonner en matière de sécurité et prévoir les modalités d'intervention des forces de sécurité¹⁹⁵.

§2 : La difficile prise en compte du terrorisme par le droit de la santé

A/ L'absence de définition unique

La prise en compte du terrorisme n'est pas vraiment intégrée dans le droit de la santé. On doit passer par la planification de prévention sanitaire « générale » afin de pouvoir au travers des plans touché aux conséquences d'actes terroristes. Cette inclusion juridique peu présente repose sur le fait qu'aucune définition unanimement approuvée du terrorisme n'a pu être donnée.¹⁹⁶

Historiquement l'apparition du terme remonte à la Seconde guerre mondiale¹⁹⁷ puis au cours des 30 dernières années les références au terrorisme se sont multipliées dans les textes codifiés¹⁹⁸. On peut alors dater le terrorisme comme étant de l'époque moderne.

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² **PAUVERT (B.)**, *op.cit.* p. 200.

¹⁹³ Instr. n° SG/HFDS/2016/340 du 4 nov. 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

¹⁹⁴ *Convention « santé-sécurité-justice »*

¹⁹⁵ **PAUVERT (B.)**, *op.cit.* p. 201.

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ Loi du 24 déc. 1943, assurance des sinistres résultant d'actes de sabotage ou de terrorisme, JO du 12 mars 1944, p. 753

¹⁹⁸ Loi n° 86-1020 du 9 sept. 1986 relative à la lutte contre le terrorisme et aux atteintes à la sûreté de l'État (JO du 10, p. 10956)

Il n'y a aucune définition opérationnelle du terrorisme. En effet il y a autant de définitions que de spécialistes sur le sujet¹⁹⁹. On peut néanmoins retenir une certaine classification des actes selon laquelle on va distinguer le terrorisme idéologique, de libération nationale ou d'Etat²⁰⁰.

Une seule définition paraît être mieux acceptée par la doctrine, il s'agit de la définition des professeurs Schmid et Jongman, à savoir « *le terrorisme est une méthode d'action violente répétée inspirant l'anxiété, employée par des acteurs (semi-) clandestins individuels, en groupes ou étatiques, pour des raisons idiosyncratiques, criminelles ou politiques, selon laquelle - par opposition à l'assassinat - les cibles directes de la violence ne sont pas les cibles principales. Les victimes humaines immédiates de la violence sont généralement choisies au hasard (cibles d'occasion) ou sélectivement (cibles représentatives ou symboliques) dans une population cible, et servent de générateurs de message. Les processus de communication basés sur la violence ou la menace entre les (organisations) terroristes, les victimes (potentielles), et les cibles principales sont utilisés pour manipuler la (le public) cible principale, en faisant une cible de la terreur, une cible d'exigences, ou une cible d'attention, selon que l'intimidation, la coercition ou la propagande est le but premier* »²⁰¹

B/ Une notion trop plurielle pour être définie par le droit de la santé

Malgré tout le législateur français n'a pas défini le terrorisme²⁰². La notion est traitée aussi bien dans le code de la sécurité intérieure que dans le code pénal mais à aucun moment les codes ne définissent le terrorisme, ils ne font qu'utiliser le terme²⁰³, ou encore dans le code pénal qui énumère ce que sont les actes de terrorisme susceptibles d'être pénalement condamnables²⁰⁴. Liste des actes qui d'ailleurs n'a pas grande utilité car comme le mentionne l'article 421-1 du Code pénal « le but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur ». Force est de constater que c'est bien la notion d'intention et non d'acte qui semble qualifier le « geste ou l'acte » qualifié de terroriste et non le type d'acte²⁰⁵.

¹⁹⁹ PAUVERT (B.), *op.cit.* p. 201.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ SCHMID (A.), JONGMAN (A.), *Political Terrorism: A New Guide To Actors, Authors, Concepts, Data Bases, Theories, And Literature*, Transaction Publishers, Piscataway, 1988, p. 1-2.

²⁰² PAUVERT (B.), *op.cit.* p. 201.

²⁰³ *Ibid.*

²⁰⁴ Code pénal, article 421-1.

²⁰⁵ PAUVERT (B.), *op.cit.* p. 201.

Il existe plusieurs formes de terroriste comme on a pu en citer quelques une juste au dessus. De plus le terrorisme n'est pas forcément mauvais, le terme était parfois utilisé durant la Révolution française pour désigner les soldats du roi, mais aussi par les soldats allemands pour désigner les résistants français de la Seconde guerre mondiale ou encore les actes commis pour l'Irlande libre²⁰⁶.

« Le » terrorisme ne peut pas être défini du fait des multiples facettes du terme simplement par le fait que chaque auteur d'acte terroriste aura un objectif et des intentions différentes. De ce fait son inclusion totale dans le droit de la santé est naturellement difficile²⁰⁷.

Section 2: Les établissements de santé face au terrorisme

§1: Les actions menées par les établissements de santé

A/ Les mesures possibles pour les établissements de santé

1/ Les mesures de prévention

L'hôpital, lieu de soin, de sécurisation de personnes fragilisées par une maladie ou une blessure, c'est la structure vers qui nous nous tournons tous lorsque nous sommes affaiblis. Pourtant ce lieu qui devrait être un véritable « sanctuaire » du fait de ses missions essentielles au bon fonctionnement d'une société, n'a pas encore pris parfaitement conscience de la cible idéale qu'elle est. Aucuns contrôles aux entrées de la grande majorité des hôpitaux en France, très peu de gardiens de sécurité (y compris le soir où les urgences du samedi soir réunissent des personnes à risques). Essentiellement cible d'incivilité, l'hôpital n'a subi aucun acte terroriste majeur en France. Néanmoins un exemple récent vient se porter comme preuve que les établissements de santé ne sont pas immunisés face aux risques. En Mars 2018 au CHU de Caen²⁰⁸, un homme exige d'être pris en charge et menace le personnel en se disant « islamiste » et « armé d'un fusil à pompe dans son sac ». Heureusement rien n'était vrai mais cela prouve que l'hôpital pourrait demain subir une terrible attaque.

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ *Ibid.*

²⁰⁸ **FRESNAIS (R.)**, *Le jour où le CHU de Caen a cru être la cible d'un acte terroriste*, Ouest-France, 2018. <https://www.ouest-france.fr/normandie/caen-14000/retro-2018-le-jour-ou-le-chu-de-caen-cru-etre-la-cible-d-un-acte-terroriste-6151238> [site consulté le 4 Août 2019].

Pour le moment les établissements de santé ont une position d'accueil des victimes de terrorisme et non de cible de terrorisme²⁰⁹. Ce qui explique que la mise en place de protection n'est pas une question primordiale à leurs yeux. Une protection à deux volets est essentielle²¹⁰. Premièrement un volet préventif pour éviter les attentats. Deuxièmement un volet palliatif pour gérer les conséquences d'un attentat dans un établissement de santé.

Il a fallu attendre les différents attentats des années 2000 dans le monde mais surtout les attentats de Paris pour voir les choses bouger. Une circulaire et 3 instructions ont été publiées pour les établissements de santé et les ARS²¹¹ ; l'instruction du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des ARS s'agissant des phénomènes de radicalisation²¹², l'instruction 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 ARS, la circulaire du Premier ministre du 13 juin 2016 relative à la prévention de la radicalisation ; l'instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé²¹³.

Le milieu médico-social n'est pas en reste puisqu'une circulaire et une instruction concernent les établissements sociaux et médico-sociaux²¹⁴ ; et médico-sociaux (ESSMS) : la circulaire ministérielle du 17 août 2016 relative à la préparation aux situations d'urgence particulière pouvant toucher la sécurité des établissements d'accueil du jeune enfant ou des établissements relevant de la protection de l'enfance²¹⁵ ; et l'instruction du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les ESSMS²¹⁶.

Ces différents textes ont d'ailleurs été inspirés par les événements de Californie²¹⁷.

Malgré les exercices pratiqués annuellement, la protection des établissements de santé connaît des limites comme l'a reconnue Agnès Buzyn : « notre dispositif est par nature fragile. Les défis pour renforcer son efficacité sont nombreux »²¹⁸.

²⁰⁹ **BOURDON (P.)**, *La protection des établissements de santé contre les actes terroristes*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 208.

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ *Ibid.*

²¹² 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

²¹³ INSTRUCTION n° SG/HFDS/2016/340 du 4 nov. 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

²¹⁴ **BOURDON (P.)**, *Loc.cit.*

²¹⁵ Circ. n° DGCS/SD2C/2016/261

²¹⁶ Instr. n° SG/HFDS/DGCS/2017/219

²¹⁷ États-Unis, 2 déc. 2015, InlandRegional Center, 14 morts.

La prévention repose sur la planification et l'attribution de moyens matériels et financiers. Les établissements sont concernés par toutes les catégories de plan applicables aux administrations de l'Etat concernant le terrorisme à savoir le plan d'action contre le terrorisme (PACT) ; le plan « Vigipirate » ; les plans « Pirate » ; les plans de secours aux personnes ; les plans de continuité d'activité²¹⁹. Dans le cadre du plan « Vigipirate » les établissements de santé reçoivent régulièrement des instructions de la part des ARS²²⁰.

Plus spécialement un « plan d'action relatif à la sécurisation des établissements de santé » a été élaboré par le ministère de la Santé en coordination avec le ministère de l'Intérieur²²¹ qui vise à faire élaborer une politique de sécurité par les établissements eux-mêmes avec le PSE et une convention « santé-sécurité-justice » qui s'adapte aux spécificités locales²²².

On peut remarquer qu'aucune nouveauté n'est présente dans cette énumération de moyens. La planification hospitalière en matière de terrorisme vise essentiellement à renforcer ce qui existe déjà en améliorant la qualité de la planification.

2/ Les mesures palliatives

Tout comme le volet de la prévention cela repose sur la planification.

En cas de gestion d'un attentat qui a lieu dans un établissement de santé, gestion qui a pour objectif de maintenir l'offre de soin, nous n'avons aucun recul à ce jour car très peu d'exercice concerne cet aspect et aussi car il n'y a aucun précédent²²³. Le guide d'aide à l'élaboration du PSE détaille les possibles attentats en établissements mais ne donne que très peu de mesures à prendre²²⁴.

Très peu de planification dans ce domaine.

²¹⁸**TRANTHIMY (L)**, *La sécurisation des établissements au milieu du gué*, Le quotidien du médecin, novembre 2017. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/la-securisation-des-etablissements-au-milieu-du-gue> [site consulté le 17 Juillet 2019]

²¹⁹**BOURDON (P.)**, *Op.cit.* p. 209.

²²⁰*Ibid.*

²²¹*Ibid.*

²²²*Ibid.*

²²³**BOURDON (P.)**, *Op.cit.* p. 210.

²²⁴*Ibid.*

B/ Des moyens difficiles à renforcer

1/ Les limites de la prévention

On peut établir autant de plans que l'on veut, si les moyens financiers et matériels ne suivent pas alors tous les plans seront inefficaces.

Ce n'est un secret pour personne, les moyens financiers alloués aux établissements de santé sont insuffisants. Force est de constater que les autorités ne vont pas attribuer des moyens financiers supplémentaires aux établissements en ce qui concerne la planification de sécurité sanitaire ou plus spécialement terroriste. Si l'hôpital manque de moyens pour effectuer ses missions principales comme peut l'être le soin, alors la protection terroriste passe malheureusement au second plan dans l'attribution des moyens. L'hôpital ne va pas privilégier ce placement. Pour donner un ordre d'idée c'est une enveloppe de 75 millions d'euros pour la planification sur 2018-2020 qui a été débloqué pour les établissements de santé, soit 24 280 euros par établissement sur 3 ans, soit 8 093 par an²²⁵.

De plus les moyens ne sont parfois pas très bien utilisés voir inutiles en ce qui concerne la menace terroriste. Pour preuve les 7.5 millions d'euros de l'AP-HP ont été utilisés pour mettre en place des caméras de sécurité²²⁶. L'effet dissuasif concerne d'avantage les incivilités que le terrorisme.

Afin de compenser ce manque de moyens, l'ARS recommande d'instaurer une culture de crise chez le personnel²²⁷. La culture de crise que l'on a vu s'instaurer par la planification et les exercices, cependant il faut nécessairement des moyens pour réaliser des exercices et plus de moyens pour la planification en général.

Il faut au-delà de plus de moyens, mettre en place des habitudes et des gestes simples comme par exemple interroger une personne inconnue dans un service²²⁸

2/ Les limites des mesures palliatives

Il y a très peu de communication sur les moyens disponibles. De plus ces moyens sont difficiles à estimer car ils sont soumis « au secret défense ». Leur efficacité dépend de la non connaissance des moyens par le grand public. Certains SMUR ont des gilets pare-balles. Les

²²⁵ BOURDON (P.), *Op.cit.* p. 209.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ ARS, *La sécurisation des établissements de santé*, Février 2018, <https://www.ars.sante.fr/la-securisation-des-etablissements-de-sante> [site consulté le 17 juillet 2019]

²²⁸ BOURDON (P.), *Op.cit.* p. 209.

établissements ont des déclencheurs d'alertes, des générateurs de brouillard, des systèmes de neutralisation de portes.

Finalement, l'approche du terrorisme en établissement de santé pourrait encore être affinée.

Est-ce à dire que les hôpitaux sont des « passoires » où pourrait pénétrer n'importe quelle personne mal intentionnée ? C'est inexact ou, en tout cas, de moins en moins exact.

Ce qui compte, au fond, c'est que l'hôpital attire le moins possible le terroriste. Et, le cas échéant, que l'établissement ne soit pas une cible facile. Malgré tout, des efforts doivent encore être effectués pour que l'objectif de sécurité soit mieux intégré par certains personnels et dans certains établissements. L'on a par exemple observé en amont les insuffisances en ce qui concerne la couverture des établissements de santé en PSE ou en conventions « santé-sécurité-justice ». Il faut aussi admettre que les instructions et circulaires appartiennent plutôt au droit souple. Faut-il employer des instruments juridiques moins souples, tel qu'un arrêté à l'instar des risques d'incendie (31) ? Il faudrait alors donner aux établissements de santé les moyens financiers leur permettant de remplir leurs obligations. Car ce n'est pas une surprise : l'argent est le nerf de l'anti-terrorisme

§ 2 : L'organisation entre les forces de l'ordre et les professionnels de santé

A/ L'organisation générale

L'objectif principal en cas d'acte terroriste est d'appréhender les auteurs des actes et soigner les blessés. Evidemment que l'objectif est la réalisation de ces deux actions mais on peut se demander si ces deux objectifs sont réellement conciliables et si sur le terrain cette logique est respectée²²⁹.

La riposte à un acte terroriste passe forcément par une coordination des services de l'Etat, services d'organisation des secours et des soins d'urgence, les services de préservation de la sécurité publique et les services d'autorité judiciaire²³⁰.

« Pour que l'intervention des secours soit à la fois rapide et sécurisée, leur manœuvre doit être parfaitement coordonnée avec celles des forces de l'ordre »²³¹

²²⁹ **APOLLIS (B.)**, *La coordination des forces de l'ordre et des professionnels de santé : arrêter les auteurs des actes et/ou soigner les blessés ?*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 226

²³⁰ *Ibid.*

²³¹ ASSEMBLEE NATIONALE, *Rapport n° 3922 fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015*, Juillet 2016.

Nous ne sommes plus ici dans la phase de prévention d'un acte terroriste mais bien dans une situation où la prévention a échoué. Il faut maintenant traiter les conséquences de l'acte. Pour faire face, la coordination des secours aux victimes et des forces de l'ordre est vitale.

Tout d'abord revenons sur la procédure mise en place en cas d'acte terroriste. Dans ce cas le gouvernement met en place une CIC dirigé par le ministre de l'Intérieur ainsi qu'une cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV)²³². La CICI est relayée sur le territoire par le préfet de département, préfet de zone.

L'instruction du 10 novembre 2017 rappelle l'essentielle articulation des actions des services en présence « le préfet de département doit à la fois assurer la mobilisation immédiate des services de secours d'urgence et d'aide médicale urgente pour assurer la prise en charge des victimes mais également garantir la sécurisation du site et des premiers intervenants, en prenant en compte le risque de sur-attentat et la nécessité de préserver, autant que possible, les éléments nécessaires à la conduite de l'enquête judiciaire ». Cette articulation est régie par le plan ORSEC.

Sur le plan judiciaire l'article 706-16 du code de procédure pénale et les articles 421-1 à 421-6 du code pénal instaurent une compétence concurrente entre les Procureurs de la République territorialement compétents et le parquet de Paris. Néanmoins une circulaire de 2015 mentionne « en dehors des infractions de provocation directe à des actes de terrorisme ou d'apologie publique de tels actes, les parquets territoriaux n'ont cependant pas vocation à engager ou conduire des enquêtes ouvertes sur une qualification terroriste. La compétence parisienne apparaît ainsi comme une compétence exclusive de fait »²³³. Sur le plan judiciaire la décision est donc de centraliser tout à Paris et cela peut se comprendre vu l'essor du terrorisme ses dernières années.

Sur le terrain l'organisation des services secours fonctionne sous la direction d'un commandant des opérations de secours (COS) qui met en place des postes médicaux avancés

²³²Circulaire n° 5567/SG relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures, Janvier 2012.

²³³Circulaire relative à la lutte contre le terrorisme – commission d'attentat(s) sur le territoire national, coordination de la réponse judiciaire, décembre 2015.

(PMA) composés de professionnels de terrain²³⁴. L'ARS intervient pour réguler l'offre de soins, pour assurer une bonne prise en charge des victimes²³⁵.

Pour intervenir sur le terrain les professionnels de santé et les établissements de santé doivent d'abord être protégés. On ne va pas revenir sur la protection des établissements de santé car vu dans le paragraphe précédant. Il faut néanmoins sécuriser plusieurs autres lieux pour garantir une intervention des professionnels de santé à savoir les zones évacuations et la zone des faits.

Concernant la protection de l'intervention des professionnels, il apparaît selon la Commission d'enquête suite aux attentats de novembre 2015 que la sécurisation des évacuations de patients pouvait être améliorée « la sécurisation des évacuations a représenté une difficulté à laquelle se sont heurtées les équipes de secours ce soir-là, ce qui a pu retarder certaines évacuations »²³⁶. Plus de moyens auraient pu être accordés mais cela au détriment des interventions quotidiennes de la part des forces de l'ordre mais aussi des secours.

Là encore l'exemple des attentats parisiens de novembre 2015 sert d'exemple. Les pompiers se sont fait tirer dessus lorsqu'ils se sont approchés de la zone de commission des faits.²³⁷

Pour garantir une bonne intervention des professionnels de santé il est prévu la mise en place de trois zones, une zone d'exclusion, une zone contrôlée et une zone de soutien²³⁸. Dans la zone d'exclusion ne peuvent entrer que des personnes formées et porteurs de tenues spécifiques (gilet pare-balle) donc normalement aucun professionnel de santé. La zone contrôlée permet l'intervention rapide et brève des professionnels de santé sous protection policière, enfin la zone de soutien est exclusivement dédiée aux soins et postes de commandement²³⁹.

Un schéma saute alors aux yeux, faire sortir de la zone d'exclusion à la zone de soutien le blessé afin qu'il soit pris en charge. Théoriquement facile mais en pratique les zones d'exclusion et contrôlée peuvent encore être soumises aux échanges de coup de feu.

²³⁴ MINISTRE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide ORSEC départemental et zonal Mode d'action de secours à de nombreuses victimes dit « NOVI »*, 2019.

²³⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, 2014.

²³⁶ ASSEMBLEE NATIONALE, *Rapport n° 3922 fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015*, Juillet 2016.

²³⁷ APOLLIS (B.), *Op.cit.* p. 228.

²³⁸ *Ibid.*

²³⁹ *Ibid.* p. 229.

B/ L'adaptation de cette coordination durant la crise

Evidemment sur le terrain la coordination doit s'ajuster avec l'évolution de la situation de crise. Les retours d'expériences sont un outil important afin d'ajuster ce qui n'a pas été dans une situation passée comme on a pu le constater avec les attentats de Paris de novembre 2015.

Pour reprendre les points évoqués dans l'organisation générale, la sécurisation de la zone d'intervention pour les professionnels de santé et les extractions ont fait l'objet de réflexion suite au 13 novembre 2015. En effet, les forces de l'ordre (BRI, RAID, GIGN) ont émis l'idée de créer en leur sein des forces de sécurité secouristes ou alors carrément d'intégrer des secouristes dans leurs équipes²⁴⁰. C'est ainsi que la préfecture de police a créé des groupes d'appui d'intervention spécialisées (GAIS) à savoir des pompiers équipés de gilets pare-balles et de casque qui interviennent en bordure de zone d'exclusion afin de prendre en charge des victimes toujours sous la protection des forces d'intervention²⁴¹.

On voit dans cet exemple que le retour d'expérience fait après les attentats ont permis de faire évoluer les méthodes de prises en charge de la victime mais aussi la coordination entre les forces de l'ordre et les secours, qui peuvent maintenant intervenir tous les deux au plus près de la zone d'incident afin de prendre en charge des victimes.

Toujours après les attentats de novembre 2015, les urgentistes ont pointé le manque de communication entre les forces de l'ordre et eux même²⁴². Or l'information est essentielle durant la gestion de crise. C'est pourquoi « SYNAPSE »²⁴³ a été mise en place. C'est une plate-forme numérique qui permet de centraliser l'ensemble des informations provenant de la police, des pompiers, du SAMU, des militaires etc. L'application a comme objectif de fluidifier le chemin d'information durant une crise²⁴⁴.

Si cela ne suffit pas, on pourrait pousser la logique un peu plus loin en unifiant tous les centres d'appels sous un seul numéro durant une crise afin de n'avoir qu'une porte d'entrée d'information et ainsi ne perdre aucune donnée factuelle.

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² ASSEMBLEE NATIONALE, *Rapport n° 3922 fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015*, Juillet 2016.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ APOLLIS (B.), *Op.cit.* p. 229.

En ce qui concerne les victimes, c'est encore les attentats de novembre 2015 qui ont permis la création des CIAV²⁴⁵. La CIAV est placée sous l'autorité du Premier ministre. Elle permet une centralisation de l'information concernant les victimes et leur prise en charge durant une crise²⁴⁶. La CIAV n'a pas pu être performante dès le 13 novembre mais le 14 novembre au soir. Ce qui a compliqué la prise en charge des appels des familles étant donné que plus de 90 000 appels ont été enregistré le 13 novembre au soir²⁴⁷. Appels pris en charge par la cellule d'information de la préfecture de police de Paris qui n'a ni le matériel ni les moyens humains de prendre en charge une situation de cette envergure.

Désormais la CIAV centralise tous les appels concernant le suivi des victimes durant une crise.

Enfin la prise en charge psychologique des victimes est primordiale. Ce sont encore une fois les attentats du 13 novembre 2015 qui en sont témoins. La prise en compte n'a pas été à la hauteur²⁴⁸. La considération pour les victimes qui n'avaient pas de séquelles physiques a été insuffisante, certains n'ont même pas été pris en charge²⁴⁹. Encore une fois le caractère inédit de la situation a complètement déboussolé les autorités et les a mis en face d'une situation qu'ils ne savaient pas gérer parfaitement. Cependant les retours d'expériences ont permis de combler les lacunes du système.

Dorénavant la prise en charge psychologique des victimes a été intégrée au dispositif ORSAN²⁵⁰ ainsi qu'au niveau local la mise en place de cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)²⁵¹.

La coordination des forces de l'ordre et des professionnels de santé ne repose pas que sur le cadre juridique de départ mais bien sur l'engagement des acteurs de terrain qui permettent à ce cadre d'évoluer positivement au fur et à mesure des SSE.

²⁴⁵ Instruction du 12 novembre 2015

²⁴⁶ **APOLLIS (B.)**, *Op.cit.* p. 231.

²⁴⁷ *Ibid.* p. 232

²⁴⁸ Instruction interministérielle du 12 novembre 2015 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

²⁴⁹ Instruction interministérielle n ° 5853/SG du 13 Avril 2016 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

²⁵⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, 2014.

²⁵¹ *Ibid.*

Chapitre 2 : Ethique et terrorisme

« Je n'ai pas vu des insurgés dans mes salles d'hôpital, je n'ai vu que des blessés »

Guillaume Dupuytren

Chirurgien militaire français, insurrection républicaine de Paris de 1832

Un des enjeux que fait naître la prise en compte du terrorisme par le droit de la santé est sans aucun doute lié à la question de l'éthique, l'éthique médicale face au terrorisme. Le soignant sera au cœur de la question puisque devant lui pourraient naître un conflit entre morale et éthique médicale.

Section 1: La prise en compte du secret médical en cas de terrorisme

§1: Secret médical et terroriste

A/ La préservation encadrée du secret médical dans le contexte terroriste

Durant un contexte terroriste l'éthique et la déontologie peuvent être remise en question. On l'a vu une SSE a pour caractéristique de désorganiser, de surprendre, de déstabiliser mais aussi de faire recourir à un cadre d'exception pour pouvoir donner une réponse adaptée. On peut donc se demander si l'éthique et la déontologie peuvent être bousculées, la déontologie médicale par exemple. Le soignant va-t-il accepté de soigner le terroriste ? Ou encore le secret médical doit-il être protégé ou doit-il y avoir une transgression possible ?

En effet les personnels soignants mais aussi les juristes sont confrontés à des situations nouvelles notamment avec la radicalisation²⁵².

Le code pénal condamne la violation au secret professionnel²⁵³. Mais permet des exonérations pour ordre ou autorisation de la loi²⁵⁴. Cependant cet article n'admet pas une levée du secret professionnel en cas d'impératif de sécurité dans le cadre terroriste.

Mais le concept de « dangerosité terroriste »²⁵⁵, concept de droit pénal pourrait faire bouger les choses. Concept mêlant dangerosité psychiatrique et intention de passer à un acte d'une certaine gravité²⁵⁶.

²⁵² CIPDR, *Plan national de la prévention de la radicalisation*, Février 2018. www.gouvernement.fr [site consulté le 24 juillet 2019]www.gouvernement.fr [site consulté le 24 Juillet 2019]

²⁵³ Code pénal, article 226-13

²⁵⁴ Code pénal, article 226-14

Le CNOM rappelle le maintien du secret professionnel même en cas de situation terroriste²⁵⁷. Il admet des exceptions mais elles sont très encadrées.

Le CNOM a republié un avis rappelant que le médecin n'est pas autorisé à révéler aux autorités des informations dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions²⁵⁸. La réquisition qui est un des pouvoirs de police pouvant être mis en place durant une SSE ne délie pas le médecin de son obligation professionnelle²⁵⁹. Le médecin doit refuser de témoigner en invoquant le secret professionnel²⁶⁰. Il en va de même pour les réquisitions de documents (sauf documents relatifs aux faits incriminés en rapport avec le dossier médical)²⁶¹.

Le contexte de radicalisation amène les professionnels de santé à s'interroger sur le comportement à avoir dans ce contexte de prévention du terrorisme²⁶². Pour aider les médecins, le CNOM a élaboré des fiches techniques dans lesquelles on retrouve la définition de la radicalisation à savoir « 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, social ou culturel ».

La radicalisation pourrait se définir par trois caractéristiques cumulatives : un processus progressif, l'adhésion à une idéologie extrémiste et la légitimation de l'emploi de la violence pour défendre une cause ou une idéologie²⁶³. Ces fiches constituent des faisceaux d'indices permettant la compréhension et la détection de tout comportement similaire à la radicalisation. Dans la continuité des plans blancs mais aussi dans le cadre des conventions « santé – sécurité-justice », il est prévu une fiche pour transmettre des informations relatives à la radicalisation d'un personnel dans l'établissement mais aussi quel rôle jouer²⁶⁴. Dans cette situation là, le secret professionnel est levé mais encadrer à la stricte mise en place de la prévention SSE.

²⁵⁵ Loi n° 2008-174 du 25 févr. 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 visant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale

²⁵⁶ VIRIOT-BARRIAL (D.), *Secret médical et terrorisme*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 236.

²⁵⁷ CNOM, *Risque terroriste*, Aout 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/risque-terroriste> [site consulté le 24 Juillet 2019]

²⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁹ *Ibid.*

²⁶⁰ VIRIOT-BARRIAL (D.), *op.cit.* p. 236

²⁶¹ Code de procédure pénale, article 56-1 à 56-3

²⁶² VIRIOT-BARRIAL (D.), *op.cit.* p. 237

²⁶³ *Ibid.*

²⁶⁴ *Ibid.*

B/ La remise en cause du secret médical dans le contexte terroriste

Le fondement de la violation du secret professionnel trouve sa source dans la notion de « radicalisation violente »²⁶⁵ et de « dangerosité terroriste »²⁶⁶, violation prévue par le code pénal.

Dans le cadre de la prévention terroriste, le code pénal prévoit plusieurs hypothèses de violation de secret professionnel. Premièrement l'article 434-2 de code pénal sanctionne la non dénonciation d'un crime ou acte terroriste. Ici on fait face non à une radicalisation mais à « une dangerosité terroriste marquée par la quasi-certitude de la réalisation d'un acte de terrorisme »²⁶⁷.

Deuxièmement c'est l'article 226-14 3° du code pénal qui prévoit la possibilité au médecin d'informer le préfet si un de ses patients possède une arme ou à l'intention d'en acquérir une. Néanmoins l'article 226-14 3° de code pénal contient des conditions d'applications cumulatives et restrictives à savoir une dangerosité et la détention immédiate ou future d'une arme. Une proposition de loi a été déposée en octobre 2017 qui proposait une modification de l'article 226-14 du code pénal permettant cette fois 3 conditions alternatives. Les deux premières conditions restant identiques, mais une dernière spécifique au terrorisme à savoir « l'existence d'une radicalisation en cours »²⁶⁸. Cette proposition de loi est restée sans suite.

En outre, le code pénal répond simplement au dilemme auquel nous tentons d'apporter une réponse. En effet selon l'article 223-6 du code pénal, il est prévu 2 types d'infractions que sont le refus d'intervenir en cas de crime et de délit, et, la non-assistance à personne en danger. Tous deux obligent à intervenir. Le professionnel de santé se voit donc dans l'obligation de violer le secret professionnel dans un cadre qui remplit les conditions de son obligation d'intervention sous peine d'infraction.

Ramener au contexte terroriste, si le médecin détecte des signes extérieurs de radicalisation et de volonté de passer à l'acte, caractéristique de la dangerosité terroriste alors il devrait s'affranchir du secret professionnel.

²⁶⁵ *Ibid.* p. 328

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ *Ibid.* p. 239

Aussi dans le milieu pénitencier, le médecin peut être amené à transgresser ce secret professionnel dans le cadre d'un suivi post-sentenciel présentant un fort risque de récurrence terroriste²⁶⁹. D'autant plus que la prise en compte de la radicalisation est sera d'avantage prise en compte avec le projet de programmation 2018-2022 et la réforme de la justice.

Le médecin est au centre de la lutte terroriste eu égard à sa mission, il est soumis à des pressions politiques et médiatiques l'amenant à réfléchir d'avantage à sa position et à son éthique et déontologie médicale.

§2: La place de l'éthique en situation d'acte terroriste

A/ Le terrorisme face à l'éthique médicale

Le terrorisme est une notion qui se place entre la paix et la guerre, crime civil et violence militaire²⁷⁰. Notion qu'on a vu très difficile voir impossible à définir du fait de ces multiplicités de facettes à prendre en considération.

J. Lagrée considère d'ailleurs la notion comme d'avantage un « concept idéologique »²⁷¹.

Les professionnels de santé doivent donner « une réponse justifiable » à une « violence injustifiable »²⁷². Or on l'a vu, le terrorisme peut rendre nécessaire, ou en tout cas fait poser la question de la violation du secret professionnel dans un objectif global de sécurité publique. Aussi d'un point de vue éthique, une autre question peut apparaître. En effet en cas d'attentat terroriste, de nombreuses victimes civiles mais aussi les auteurs de l'acte peuvent se retrouver dans le même établissement de santé dès lors le soignant peut-il refuser de soigner le terroriste ?

Les USA et Israël ont eux déjà une réponse à cette question. En effet, ces deux pays veulent créer un statut juridique terroriste permettant de l'exclure de la sélection des blessés²⁷³. C'est la morale de chacun qui pèse sur une telle situation.

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ **LAGREE (J)**, *Éthique et terrorisme*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 245

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² **LAGREE (J)**, *op.cit.*

²⁷³ **Michalon (R)**, *Terrorisme et éthique médicale – une première approche, espace éthique*, 2017 (<http://www.espace-ethique.org/ressources/article/terrorisme-et-ethique-medicale-une-premiere-approche>)[site consulté le 29 juillet 2019]

Le terrorisme a un impact sur l'éthique et la morale. En effet en cas de nombreuses victimes, il faut nécessairement faire un tri entre les gravités de blessures, les urgences mais il n'est pas possible de sauver tout le monde. De ce fait vont s'affronter la morale utilitariste à savoir par exemple soigner les soignants en premier pour qu'ils puissent à leur tour sauver des vies, et la morale déontique qui considère que toutes les vies ont une valeur absolue²⁷⁴. La morale du soignant va logiquement osciller entre les deux.

En cas de nombreuses victimes, victimes aux blessures de guerres, les soignants doivent mettre en place un tri, ce tri permettant d'orienter selon la gravité de la blessure. Après le tri, les médecins et chirurgiens recourent désormais à la médecine de guerre appelé « damage control » c'est-à-dire soigner juste ce qui permet à la victime de rester en vie, et soigner le reste plus tard.

B/ Le soignant face au terroriste : entre « droit » et « mérite » aux soins

On l'a vu le terrorisme vient impacter l'éthique médicale et la morale. Il vient confronter le soignant à sa propre morale et éthique professionnelle. D'une part dans l'accueil et l'ordre de soin des nombreuses victimes. Le raisonnement est en théorie simple mais terriblement complexe dans ses conséquences, faut-il allouer le plus de moyens aux victimes les plus atteintes ou alors aux victimes qui ont le plus de chance de survie ?²⁷⁵ Ou encore soigner d'abord les « évidences » comme les soignants ou les femmes enceintes, mais qui vient dire où se trouvent les critères de cette sélection. Comme le pointe Robin Michalon²⁷⁶ faut-il ne pas soigner les personnes moins utiles économiquement ? Le terrorisme repousse par ce fait la morale du soignant dans ses retranchements. Il existe néanmoins des règles juridiques qui seront exposé dans la section suivante pour ce qui concerne la sélection des blessés, cependant aucun triage n'est parfait²⁷⁷.

Le soignant subit dès lors une grande pression psychologique auquel il n'est pas préparé. Le soignant va être confronté à un autre « choix moral » si le terroriste présumé est blessé et doit être soigné. On le sait, le terrorisme ne peut être définit. Néanmoins Israël et les USA veulent

²⁷⁴LAGREE (J), *op.cit.* p. 246

²⁷⁵MICHALON (R), *loc.cit.*

²⁷⁶*Ibid.*

²⁷⁷*Ibid.*

définir juridiquement un statut du terroriste pour pouvoir l'exclure de la prise en charge. Cela se confronte premièrement à la définition impossible du terme, mais aussi aux articles de la Convention de Genève qui disposent « Nobody in enemy hands can be outside the law »²⁷⁸ (aucune personne détenue par l'ennemi ne peut être en dehors de la loi), ou encore « The wounded and sick shall be collected and cared for »²⁷⁹ (les blessés et malades seront collectés et soignés).

La question qui se pose sur le possible refus de soin est juridiquement clair, le terroriste à droit aux soins. Le débat se porte alors d'avantage sur la notion de « mérite »²⁸⁰. Mérite non pas personnel mais plutôt dans le sens d'allocation de ressources importantes alors que ces ressources pourraient être allouées aux victimes.

Si le code déontologique vient en principe écarter tout jugement de moralité pour le personnel soignant, dans les faits soigner un homme qui vient de faire de nombreuses victimes et peut-être même une personne de sa famille peut remettre en cause cette « pensée unique ». Pour preuve le témoignage d'une infirmière après les attentats de novembre 2015²⁸¹. La pression psychologique sur le soignant est encore plus forte s'il est confronté à ce genre de situation. D'autant plus que de nos jours la pression médiatique peut être une arme très puissante. On peut même aller plus loin, si aucun soignant ne veut prendre en charge le terroriste, qui va alors prendre la responsabilité d'attribuer des ressources de manière « obligatoire » ?²⁸² Encore une fois, le cadre déontologique est mis en place pour éviter ce genre de situation, néanmoins la logique même de la prise en charge de nombreuses victimes est basée sur « l'utilitarisme »²⁸³, cette logique vient confronter la logique déontologique quotidienne du soignant à l'urgence et l'ampleur de la situation²⁸⁴.

²⁷⁸ Article 4 Convention de Genève

²⁷⁹ Article 4 Convention de Genève

²⁸⁰ MICHALON (R), *loc.cit.*

²⁸¹ BIENVAULT (P.), *Soigner les terroristes, un devoir éthique*, La Croix, Novembre 2018. <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sciences-et-ethique/Soigner-terroristes-devoir-ethique-2018-11-06-1200981139> [site consulté le 10 Aout 2019]

²⁸² MICHALON (R), *loc.cit.*

²⁸³ *Ibid.*

²⁸⁴ *Ibid.*

Section 2: Les aspects juridiques de la sélection blessés et la prise en charge des malades hospitalisés

§1: Les principes du service public, garants du droit à la protection de la santé

A/ L'application des principes du service public à l'ensemble des établissements de santé

En temps normal, les établissements publics de santé participent au service public hospitalier. Les grands principes du service public sont l'égalité, la continuité et la mutabilité, aussi appelés les « lois de Rolland ».

En cas de SSE ou plus particulièrement en cas d'attentat, les autorités vont déclencher les différents dispositifs de gestion de SSE. Ces dispositifs vont s'appliquer au système de santé comme vu précédemment. C'est grâce aux principes du service public et surtout le principe de mutabilité que les établissements participant au service public hospitalier, pourront s'adapter et recourir à d'autres moyens matériels et humains permettant de répondre à la situation qui se présente.

Les établissements privés qui ne participent pas au service public hospitalier seront tout de même sollicités dans la gestion SSE alors même que le principe de mutabilité ne s'applique pas à eux. En effet dans le cadre du PZM²⁸⁵ et plan départemental de mobilisation²⁸⁶ ils sont intégrés au dispositif de réponse. Ils pourront donc être établissement de première ligne ou de secours²⁸⁷. Ensuite ils seront soumis aux mêmes conditions que les établissements publics pour le positionnement en première ligne ou secours (conditions vues précédemment).

La répartition des victimes est faite par le SAMU qui est le régulateur sur place²⁸⁸. L'objectif est de ne pas surcharger un établissement, de ce fait le SAMU va répartir selon les spécialités et capacités de chacun afin de permettre une continuité de l'offre de soin mais aussi de garantir une certaine qualité de soin.

²⁸⁵ Code de la santé publique, article 3131-5

²⁸⁶ Code de la santé publique, article R. 3131-11

²⁸⁷ **MOQUET-ANGER (M.-L.)**, Les aspects juridiques de la sélection des blessés et de la prise en charge des malades hospitalisés, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 249 - 257

²⁸⁸ **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ**, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, 222p.

B/ La gestion de la crise par la mise en œuvre des principes du service public

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne »²⁸⁹.

Ce droit fondamental doit être respecté aussi bien en période normale, qu'en période de crise. Afin de garantir ce droit à toutes les personnes hospitalisées, les hôpitaux se doivent de respecter les principes du service public²⁹⁰.

En période de crise les établissements de références sont responsables de la prise en charge et du diagnostic. Ils accueillent les victimes et les tris selon leur gravité de blessure et donc leur urgence. Cet accueil nécessite une réorganisation de l'offre de soin interne à l'établissement. Déprogrammations de soins, libération de lits, ces actions sont possibles grâce à l'application du principe de mutabilité et d'égalité d'accès aux soins²⁹¹. Dans cette situation la mise en œuvre du principe absolu d'égalité d'accès aux soins reposent également sur des considérations médicales. En effet une fois le triage des victimes fait, il y a nécessairement une sélection des victimes qui se fonde sur leur état de santé urgent ou moins urgent, qui va s'opérer²⁹².

Une difficulté majeure de la réorganisation des soins et la considération des patients déjà hospitalisés²⁹³. Pour eux il faudra soit les transférer, soit les déprogrammer sans mettre leur état de santé en péril. Ici le libre choix de l'établissement de santé²⁹⁴ passe au second plan. C'est le cas également pour le libre accès au service public²⁹⁵.

Par effet domino, le principe d'égalité dans l'accès aux soins rend nécessaire le transfert de patients pour permettre aux nouveaux patients de jouir de ce droit. Mais pour compenser, le transfert permet de répondre aux critères de continuité mais aussi de mutabilité.

En SSE les principes de mutabilité et d'égalité permettent une adaptation de l'organisation aux besoins. Cependant en cas d'accueil massif, il faut regarder dans les principes déontologiques pour permettre la prise en charge la plus adaptée à la situation²⁹⁶.

²⁸⁹ Code de la santé publique, article L 1110-1

²⁹⁰ **MOQUET-ANGER (M-L.)**, *op.cit.* p. 249

²⁹¹ **MOQUET-ANGER (M-L.)**, *op.cit.* p. 250

²⁹² *Ibid.*

²⁹³ *Ibid.*

²⁹⁴ Code de la santé publique, article L. 1110-8.

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ *Ibid.*

§2: La mise en œuvre circonstanciée des principes déontologiques

A/ L'égalité de traitement

La situation de crise ne permet pas de faire ce que l'on veut. Les procédures contentieuses pourraient à posteriori d'un événement grave, être intentées envers l'établissement pour divers raisons comme pour un cas de discrimination dans les soins²⁹⁷ ou encore pour obstination déraisonnable. Les principes juridiques qui gouvernent le droit de la santé restent applicables en période de SSE.

La règle de non discrimination énonce « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances »²⁹⁸. Ainsi le soignant doit soigner de la même manière une victime que l'auteur de l'acte, ça été le cas lors de l'attentat de Boston où les soignants ont sauvé la vie d'un des auteurs de l'acte²⁹⁹.

Comme le souligne Marie-laure Moquet-Anger « le principe de non discrimination doit être compris sous réserve du principe de proportionnalité des soins »³⁰⁰. C'est-à-dire que l'article L 1110-5 du CSP qui dispose « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* », est complété par l'article R 4127-8 qui dispose « *dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son*

²⁹⁷ Code de la santé publique, article L. 1110-1

²⁹⁸ Ibid.

²⁹⁹ PIQUET (C.), *Des médecins nous racontent comment ils soignent les terroristes et les grands criminels*, Le Figaro, Aout 2017 <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2017/08/08/01016-20170808ARTFIG00187-des-medecins-nous-racontent-comment-ils-soignent-les-terroristes-et-les-grands-criminels.php> [site consulté le 3 Aout 2019]

³⁰⁰ MOQUET-ANGER (M.-L.), *op.cit.* p. 252

devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ». De ce fait, sauver la vie des victimes passera devant le fait d'accompagner une personne en fin de vie durant une période de crise³⁰¹.

B/ L'exigence de la priorisation comme choix éthique

En période normale, le médecin qui veut arrêter les soins d'un patient dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable doit mettre en place une procédure collégiale³⁰². Le « damage control » doit également respecter le refus de l'obstination déraisonnable.

Cependant se pose la question de l'arrêt des soins en période de crise pour un patient déjà hospitalisé. Dans ses situations il est fort probable que le manque de place soit criant et que la libération des lits (d'appareils de respirations par exemple) puisse passer par l'arrêt des soins d'une personne inconsciente dont le médecin avait précédemment posé l'éventualité d'une obstination déraisonnable³⁰³. Dans ce cas, la procédure collégiale est également indispensable si les directives anticipées font défauts. Il devra également recueillir le témoignage de la personne de confiance ou de la famille proche.

La situation se complique du fait de la situation de crise, la mise en place de la procédure collégiale lors d'un accueil massif de victimes risque d'être compliquée. L'équipe soignante va être occupée à accueillir les victimes et l'avis d'un autre médecin ne sera guère plus facile à recueillir.

Juridiquement il n'existe pas de dispositions pouvant répondre à cette situation. Néanmoins la notion d'urgence est présente dans le droit et l'article R4217-37-2 al 4 CSP permet pour une personne mineure ou protégée l'arrêt des traitements après avis des titulaires de l'autorité parentales et de la mise en place d'une situation collégiale, sauf situation d'urgence rend impossible la consultation.

Eu égard aux conséquences de la situation exceptionnelle, le critère d'urgence semble rempli. Dans cette situation d'accueil massif de victimes de terrorisme, le médecin pourrait³⁰⁴ transposer cette disposition et arrêter les soins grâce à un allègement de la procédure³⁰⁵.

³⁰¹ *Ibid.*

³⁰² Code de la santé publique, article R 4127-37 à 4127-37-3

³⁰³ MOQUET-ANGER (M-L.), *op.cit.* p. 251

³⁰⁴ Code de la santé publique, R4217-37-2 al 4

³⁰⁵ MOQUET-ANGER (M-L.), *op.cit.* p. 252

Néanmoins l'arrêt des soins doit exclusivement être fondé sur l'obstination déraisonnable³⁰⁶ et non parce qu'il faut libérer des lits.

La gestion des SSE et l'accueil de nombreuses victimes tendent à rendre caduque l'effectivité de certains droit comme l'accompagnement des soins palliatifs ou encore la prise en charge de la souffrance.

Titre 2 : Le suivi de la victime en phase post-crise

Comme on l'a vu l'établissement de santé doit faire face au terrorisme puisqu'il est en première ligne dans la gestion de ces conséquences.

La prise en charge de la victime se fait dans un premier temps sur le terrain ce qui constitue la phase de la prise en charge pré-hospitalière. Ensuite la victime sera amenée à l'hôpital afin de recevoir les soins nécessaires, c'est alors la phase de la prise en charge hospitalière.

Lors d'un événement de type terroriste, la prise en charge sur le terrain peut être difficile du fait des risques qui pèsent sur les secours. Cette difficulté se répercute au sein de l'établissement de santé qui voit alors un afflux massif de victime se diriger vers ses urgences. Ce type de situation nécessite un cadre spécifique pour permettre une prise en charge efficace.

Le parcours de la victime évolue et l'aspect psychologique est de plus en plus présent comme blessure pour la victime. De ce fait, le droit doit faire évoluer la notion de victime afin d'apprécier la qualité de la victime, cela permettant une juste indemnisation pour les victimes de l'acte. De ce fait l'identification des victimes est un enjeu important.

Enfin les victimes ne sont pas seules, des associations et intervenants extérieurs interviennent pour les guider durant leur parcours difficile à un moment où elles sont le plus désorientés.

³⁰⁶*Ibid.*

Chapitre 1 : La prise en charge de la victime par le système de santé

Le parcours de la victime évolue, les récentes attaques terroristes de Paris l'ont montré, les dégâts psychologique des victimes sont de plus importants. Les autorités ont dû s'adapter et faire évoluer leur prise en charge.

Section 1 : Le parcours et la prise en charge de la victime

§ 1 : La prise en charge de la victime immédiatement après l'événement

A/ L'organisation de secours pré-hospitaliers et de l'aide médicale urgente

Dans la gestion d'une SSE et plus particulièrement dans la gestion de ses conséquences en nombre de victime, il est vital que les forces de l'ordre et les équipes médicales interviennent le plus rapidement possible. On l'a vu la coordination entre les deux acteurs de terrain est la clé de la réussite et de bonne gestion des victimes.

Une fois sur place, les objectifs principaux sont la mise en place la chaîne médicale et de recueil d'informations possibles afin de pouvoir rapidement établir une première évaluation³⁰⁷. En gestion de crise un PMA est souvent établi afin de prendre en charge les victimes dans un seul lieu et donc éviter de disperser les informations relatives aux victimes. Pour ensuite permettre une bonne dispersion dans les établissements référents³⁰⁸.

C'est l'ARS qui dirige, sous l'autorité du préfet, la coordination de la réponse sanitaire avec l'aide du SAMU. Sur place un Directeur des opérations (DO)³⁰⁹ sera titulaire de l'autorité, il sera assisté par un commandant des opérations de secours (COS) qui est chargé de la mise en œuvre de tous les moyens publics et privés mobilisés³¹⁰. A ses côtés, il peut compter sur un Directeur des secours médicaux (DSM)³¹¹.

³⁰⁷ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, 222p.

³⁰⁸ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, 222p.

³⁰⁹ En général le préfet de département

³¹⁰ Code général des collectivités territoriales, article L1424-4

³¹¹ Un médecin formé à l'organisation des secours et des soins médicaux d'urgence

Les autorités doivent directement recueillir des informations pour l'établissement de liste de victime. Pour se faire, ils ont recours à « SINUS » qui est un système d'information numérique standardisé en France depuis 2016. Il permet le dénombrement des victimes et leur traçabilité. En pratique un bracelet de couleur est donné à chaque victime ainsi qu'une fiche de l'avant³¹², chaque couleur correspond à une catégorie d'urgence (Urgence absolue, urgence relative) ainsi qu'un numéro/identifiant SINUS. Cet identifiant permet alors de suivre le parcours de la victime via la base de donnée en temps réel sur internet.

C'est ensuite le médecin régulateur du SAMU qui oriente les victimes en fonction des capacités des établissements et de leurs éventuelles spécialités notamment chirurgicale.

Ce schéma à suivre lors de la prise en charge des victimes jusqu'à leur régulation par le SAMU est souple et peut être modifié selon la situation³¹³. Par exemple en cas d'attentat terroriste le PMA peut devenir un poste de regroupement des victimes (PRV) permettant de soigner à minima les personnes mais surtout avec l'objectif de les évacuer le plus vite possible de la zone³¹⁴.

Le Guide SSE rappelle que la prise en charge doit se faire dans les règles et non selon le modèle « scoop and run » car cela peut produire une perte de chance pour la victime en l'orientant mal³¹⁵.

Enfin en cas de risque chimique ou radiologique, on ajoute à cette chaîne de soin des unités de décontaminations pour permettre une décontamination complète avant l'évacuation. Toujours dans l'objectif de protéger les établissements de santé.

B/ L'organisation de la prise en charge hospitalière

Une fois sécurisées, catégorisées, les victimes sont transférées au sein d'un établissement de santé selon les dispositions du schéma ORSAN. Il n'est pas question ici d'encore une fois expliciter en profondeur l'organisation d'un établissement de santé lors

³¹² Correspond à un dossier médical en SSE

³¹³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, 222p.

³¹⁴ *Ibid.*

³¹⁵ *Ibid.*

qu'un accueil massif de victimes. Néanmoins il est important de rappeler que ces établissements doivent être prêts pour pouvoir être en mesure de répondre à des situations de grandes envergures, que ce soit les établissements de première ligne ou de seconde ligne³¹⁶.

Le rôle des établissements de santé étant défini par l'ARS dans le cadre du schéma ORSAN. L'établissement ne doit cependant pas se cantonner au seul rôle et gestion préalablement défini par le schéma ORSAN étant donné que des victimes peuvent se présenter spontanément à ses urgences, sans avoir été préalablement orienté.

L'établissement de santé en première ligne devra faire face à une affluence importante de victimes. Pour pouvoir l'intégrer, les établissements de premières lignes reprennent la même organisation que sur le terrain concernant le PMA. Accueillir les victimes aux urgences puis pouvoir les faire patienter dans un local suffisamment grand et équipé est indispensable pour ne pas subir d'avantage de tension au sein de l'établissement³¹⁷. De plus cela permet de refaire un triage des victimes pour pouvoir les orienter efficacement au sein des différents services en interne. Ce triage à l'accueil a deux effets positifs, premièrement bien orienter les victimes au sein de l'établissement, deuxièmement pouvoir transmettre les informations à la CCH qui sera activé dans ce genre de situation.

La CCH assurera le suivi en temps réel des victimes accueillies et des hospitalisations. C'est aussi elle qui assurera les éventuelles sorties anticipées ou tout autre déprogrammation³¹⁸.

§2: La prise en charge de victimes d'actes terroristes

A/ Le cadre légal et institutionnel de la prise en charge

Le cadre légal de la prise en charge des victimes de terrorisme est relativement récent. En effet c'est une circulaire interministérielle de janvier 2008 qui est la source légale³¹⁹. Cette circulaire a ensuite été modifiée par l'instruction ministérielle relative à la prise en charge des

³¹⁶ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, 222p.

³¹⁷ *Ibid.*

³¹⁸ *Ibid.*

³¹⁹ Instruction interministérielle n ° 5853/SG du 13 Avril 2016 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

victimes d'actes de terrorisme du 12 novembre 2015³²⁰, puis modifiée par un décret d'Août 2016³²¹. Ce récent cadre légal met en place la création des CLAV.

Ce dispositif organise de manière globale la prise en charge de la victime, dès les premiers instants après l'attentat, au suivi post-crise.

Dans ce schéma d'organisation on peut y retrouver certains dispositifs que l'on a vu auparavant comme le CIC ou encore CIAV, mais aussi les CLAV et d'autres centres d'accueils de victimes que nous établirons par la suite.

La CIAV est au cœur du suivi des victimes sur le terrain. On l'a vu dans le titre précédant, elle est placée sous l'autorité du Premier Ministre. Ce numéro de téléphone permet de centraliser tous les appels des victimes mais aussi des intervenants qui concourent à la prise en charge des victimes³²². La CIAV est constituée de personnels des ministères concernés par la crise, des associations conventionnées, le référent CUMP, un représentant du procureur de la république de Paris et de l'EPRUS³²³.

La CIAV est un outil vital car il permet de centraliser les informations afin d'établir un bilan des victimes, transmis au Procureur qui pourra établir une liste unique des victimes³²⁴. Enfin la CIAV s'assure de la prise en charge des victimes par les organismes et les met en lien avec le Fonds de Garantie.

L'ARS est aussi un acteur important pour suivre les victimes. En effet une fois sur le lieu d'intervention, le SAMU et CUMP transmettent à l'ARS compétente (en temps réel) les personnes prises en charge³²⁵. Ce qui permet à l'ARS d'envoyer une liste de victime à la CIAV. A savoir que sur place le SAMU et CUMP doivent établir des certificats qui attestent de la présence sur les lieux et des conséquences sur la personne, les certificats sont indispensable pour les indemnités).

³²⁰ *Ibid.*

³²¹ *Ibid.*

³²² DAMIANI (C.), *L'organisation de la prise en charge globale des victimes des actes de terrorisme*, EDP Sciences, Perspectives psy 2017/2 Vol. 56, p. 153

³²³ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, JORF n° 55 du 6 mars 2007.

³²⁴ *Ibid.*

³²⁵ *Ibid.*

Grâce à ces listes de victimes et du rôle important de la CIAV, le Fonds de Garantie peut verser rapidement les provisions nécessaires à la prise en charge de la victime (frais de soins et d'obsèques).

B/ Zoom sur la prise en charge suite aux attentats de Paris

1/ Janvier 2015 « Charlie Hebdo »

En janvier 2015 est commis un attentat dans Paris et plus particulièrement dans les locaux du journal satyrique « Charlie Hedbo ».

Nous allons ici détailler le dispositif d'aide aux victimes suite à cet attentat. C'est l'association conventionné Paris Aide aux victimes (PAV) qui est saisi par le Procureur et le Ministère de la justice.

Cette association adopte toujours une démarche proactive c'est-à-dire que c'est elle qui contacte les victimes et non l'inverse³²⁶. Ce contact poursuit un but de volonté d'accompagnement dans les démarches administratives mais aussi un suivi psychologique.

Des premières difficultés apparaissent dans la prise en charge des victimes. Premièrement le nombre de victime ne concerne pas que les personnes qui travaillaient dans les locaux. Les locaux se trouvent en pleine ville, des riverains ont été touché principalement psychologiquement par ces actes³²⁷. Deuxièmement les dispositifs n'étaient pas opérationnels et la CIAV a été mise en place après plusieurs jours seulement³²⁸. De ce fait les informations sont éparpillées, les contacts nombreux et les lignes surchargées. Il n'y a aucune coordination des acteurs ce qui désoriente les victimes. Pire les décès sont annoncés par des personnes non formées à ce type d'annonce et par téléphone³²⁹.

Les CUMP ont eu du mal à se mettre en place. Les certificats pour l'indemnisation n'avaient pas été faits. Or ces certificats permettent une traçabilité du parcours de la victime.

Globalement la prise en charge psychologique des victimes a été maladroite mais pleine de volonté.

³²⁶ DAMIANI (C.), *L'organisation de la prise en charge globale des victimes des actes de terrorisme*, op.cit. p. 155 - 160

³²⁷ *Ibid.*

³²⁸ *Ibid.*

³²⁹ *Ibid.*

Enfin PAV dénonce une sur médiatisation des victimes qui a eu d'importants impacts sur leur état mental³³⁰.

2/ Novembre 2015 « Bataclan »

Contrairement à l'attentat de Charlie Hebdo, pour les attentats de novembre 2015, la CIAV a tout de suite été opérationnelle et a de ce fait évité la dispersion d'informations et la présence de plusieurs interlocuteurs.

Il a été rendu nécessaire la mise en place d'un lieu physique permettant d'annoncer les cas de décès dans de meilleures conditions que par téléphone. Ce lieu mis en place en novembre 2015 donnera plus tard naissance au CAF et CAI.

Des associations d'aide aux victimes de la France entière sont mobilisées. Du fait des nombreux « lieu de frappe » des terroristes, la difficulté est d'établir la liste unique des victimes où vont figurer (conformément à la circulaire) les personnes décédées, blessées et impliquées c'est-à-dire exposées au risque et présentant un dommage physique ou psychique lié.

La LUV s'appuie sur la définition de la victime au sens pénal à savoir « *l'exposition directe à une infraction pénale et à la présence de dommages qui en sont directement la conséquence* ». Pour être sur la LUV il faut donc que la victime soit directement sur les lieux et exposés aux risques³³¹. C'est une vision plus stricte que de s'inspirer de la définition d'un implique psychique qui mettrait dans la LUV les personnes sur place mais pas obligatoirement exposées aux risques³³².

Pour être une victime au sens judiciaire il faut donc être sur la LUV, cependant une personne peut être traumatisée car elle a assisté de plus loin aux faits. De ce fait il peut y avoir des malentendus qui sont repris par les médias notamment sur l'attentat de Nice³³³.

Au total ce sont 1 319 victimes et 8 885 entretiens du 13 novembre 2015 au 30 septembre 2016³³⁴.

³³⁰ Ibid.

³³¹ Ibid.

³³² Ibid.

³³³ Ibid.

³³⁴ Ibid.

Section 2: La prise en charge psychologique, un enjeu de plus en plus important

§1: La prise en charge médico-psychologique

A/ L'organisation de la prise en charge médico-psy par l'ARS

La prise en charge de l'aspect psychologique est de plus en plus importante dans le suivi de la victime. N'importe quelle SSE peut causer des dommages physiques et psychiques. Dans le cas d'un acte terroriste, le dommage psychologique va être beaucoup plus important que dans la majorité des autres SSE³³⁵. Le risque pour ces victimes psychologiques c'est qu'ils ne consultent pas un médecin immédiatement au même titre qu'un blessé physique³³⁶. La prise en charge rapide se fait par les CUMP qui sont intégrés aux équipes de l'AMU. Son objectif est de réduire et traiter les blessures psychiques afin d'éviter l'installation de pathologies psychiatriques chroniques³³⁷.

C'est l'ARS qui organise cette prise en charge dans le cadre de l'AMU. Elle organise le dispositif d'urgence médico-psychologique au niveau départemental, régional et zonal (si elle est aussi ARS de zone).

Chaque établissement siège du SAMU a une CUMP. Elle est composée de personnels et professionnels en santé mentale formé à la CUMP. Chaque CUMP est coordonnée par un psychiatre référent qui a 3 missions principales que sont, assurer le recrutement des volontaires, contribuer au schéma d'intervention et organiser le fonctionnement de la CUMP et assurer sa coordination.

La CUMP prend donc en charge la victime sur le plan psychique. Cependant elle n'intervient que dans les soins immédiats et post-immédiats³³⁸. La prise en charge de l'aspect post-traumatique se fait par un établissement de santé selon les modalités prévues par le schéma ORSAN.

³³⁵ RUDETZKI (F.), *La prise en charge des victimes du terrorisme*, Champ social, Victimologie et criminologie 2005, p 75 – 82.

³³⁶ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, 222p.

³³⁷ Ibid.

³³⁸ Ibid.

B/ La CUMP

La CUMP a plusieurs missions. Tout d'abord lors du déclenchement d'une SSE, la CUMP doit intervenir rapidement pour mettre en place près du PMA une PUMP. Ensuite elle se doit d'assurer la traçabilité des victimes prises en charge, de prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats aux victimes ou à toute autre personne impliquée (l'exemple de l'attentat de Charlie Hebdo où les voisins n'étaient pas des victimes mais avaient vu toute ou partie de la scène), cela comprend donc l'aide psychologique pour les intervenants (professionnels de santé, force de l'ordre). Elle doit également établir les certificats pour les personnes prises en charge, ce certificat permet entre autre la future indemnisation. Enfin elle doit délivrer les soins post-immédiats et organiser une cellule téléphonique de suivi psychologique.

De plus elle est responsable de la coordination des acteurs intervenants dans le domaine psychologique.

L'ARS désigne une CUMP régionale qui va coordonner les CUMP départementales ainsi que des CUMP renforcées qui ont une mission de coordination³³⁹.

Lorsqu'une situation dépasse les capacités de gestion de la CUP régionale, est alors mise en place une CUMP au niveau zonal. Enfin toutes les CUMP forment un maillage national qui permet de prendre en charge un événement à cette échelle.

La participation à une CUMP est basée sur le volontariat. L'ARS dresse une liste recensant le personnel susceptible d'intervenir.

§2:Les moyens extérieurs mis en place pour l'accompagnement

A/ Les associations d'aide aux victimes complémentaire à l'organisation institutionnelle

Les services de l'Etat ne peuvent pas tout faire, tout prendre en charge lors d'une situation sanitaire exceptionnelle, d'autant plus en cas de terrorisme. C'est pourquoi certaines associations sont conventionnées pour intervenir dans l'aide aux victimes. C'est le cas par exemple de Paris Aide aux victimes qui est intervenu lors des attentats de janvier et novembre

³³⁹Code de la santé publique, article R. 6311-25-1

2015 à Paris. Son intervention a permis de nombreux entretiens avec des psychologues ou même des juristes³⁴⁰.

C'est le procureur de la République qui peut mobiliser ces associations « *Le procureur de la République peut [...] recourir à une association d'aide aux victimes ayant fait l'objet d'un conventionnement de la part des chefs de la cour d'appel, afin qu'il soit porté aide à la victime de l'infraction* »³⁴¹. Leur intervention se fait directement après les services de secours, cela rend leur intervention d'autant plus efficace qu'elle est immédiate³⁴². Juridiquement la saisine des associations prend la forme d'une réquisition par le procureur de la République, cela permettant de légitimer leur intervention auprès des différents intervenants³⁴³. L'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM) est particulièrement reconnu dans le milieu. En effet c'est une fédération d'associations qui regroupe plus de 150 associations sur le territoire national³⁴⁴. Elle intervient pour toutes les victimes d'infractions pénales, de la phase post-immédiate à la fin de la procédure pénale³⁴⁵. En cas de situation de grande ampleur, l'INAVEM peut solliciter des associations de départements voisins afin de recourir à leur intervention en renfort.

Même si toute victime peut saisir s'il le souhaite une association, elles ont une démarche proactive c'est-à-dire qu'elles vont presque toujours aller vers la victime et non l'inverse³⁴⁶ (en cas de situation exceptionnelle).

La prise en charge par les associations est gratuite. L'association intervient pour informer des droits notamment pour les différents remboursements ou indemnisations via des juristes apporte un soutien psychologique immédiat et plus largement un accompagnement social et administratif³⁴⁷.

L'intervention des associations permet à l'Etat de se concentrer sur la prise en charge hospitalière des victimes (chirurgies par exemple) et sur le rétablissement de l'ordre. Les victimes psychologiques étant de plus en plus nombreuses, l'intervention des associations est

³⁴⁰ DAMIANI (C.), *op.cit.* p. 155

³⁴¹ Code de procédure pénale, article 41

³⁴² SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE L'AIDE AUX VICTIMES, *La prise en charge des victimes d'accidents collectifs*, 2017.

³⁴³ *Ibid.*

³⁴⁴ DAMIANI (C.), *Le soutien psychologique des victimes du terrorisme*, L'esprit du temps, Topique 2003/2 n°83, p. 173 – 185.

³⁴⁵ *Ibid.*

³⁴⁶ SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE L'AIDE AUX VICTIMES, *loc.cit.*

³⁴⁷ *Ibid.*

vitale pour permettre une prise en charge psychologique rapide, mais aussi permet une orientation vers les différents acteurs à un moment où la victime est totalement désorientée. Sans elles, de nombreuses victimes auraient eu d'avantage de séquelles.

B/ Rassurer la famille pour mieux prendre en charge les victimes

Lors des attentats de novembre 2015, de la violence rare des événements et pour ne pas refaire les erreurs commises lors de janvier 2015 concernant l'annonce des victimes³⁴⁸ (souvent décédées) au téléphone par un agent non formé, il a été décidé d'ouvrir un centre d'accueil à l'école militaire³⁴⁹.

Ce lieu deviendra plus tard le centre d'accueil des familles (CAF). Activé par le préfet et dirigé par un membre du corps préfectoral, il permet un accueil personnalisé et une information sur l'identité et l'état des victimes³⁵⁰.

Le préfet peut avoir recours à la réquisition si l'établissement désigné pour accueillir le CAF est un établissement privé³⁵¹. Le local ne doit pas être trop éloigné du lieu de l'événement.

Dans le CAF on y retrouve infirmières, psychologues, assistantes sociales, médecins.

Les associations agréées de sécurité civile (AASC) peuvent aussi apporter leur soutien dans la prise en charge globale mais aussi en intervenant au sein de la CAF³⁵². Cela peut être le cas de la Croix rouge par exemple.

Le CAF a un double enjeu, informer les familles mais aussi les recenser. A l'image de la CIAV qui permet de recentrer tous les appels, le CAF permet d'identifier les familles des victimes et de centraliser toutes les informations les concernant eux et aussi la potentielle victime. « Potentielle » car des familles n'ayant pas de nouvelles de leur proche peuvent venir ici chercher des réponses alors même que leur proche n'est pas une victime. A contrario cela peut permettre d'identifier des victimes qui jusqu'alors n'étaient pas retrouvées ou ne s'étaient pas manifestées. En effet les forces de l'ordre recueillent des identités, des informations sur les personnes susceptibles d'être des victimes. Cela permet de recueillir des informations *ante mortem* pour aider le travail d'identification des victimes fait à l'Institut Médico-légal (IML).

³⁴⁸ **DAMIANI (C.)**, *Le soutien psychologique des victimes du terrorisme*, L'esprit du temps, Topique 2003/2 n°83, p. 173 – 185

³⁴⁹ *Ibid.*

³⁵⁰ SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE L'AIDE AUX VICTIMES, *loc.cit.*

³⁵¹ *Ibid.*

³⁵² *Ibid.*

La cellule est d'ailleurs présente à l'IML pour accueillir les familles, ce fut le cas lors des attentats de novembre 2015³⁵³. Toujours dans l'objectif d'aider et accompagner le plus possible les familles qui sont également complètement désorientées.

Enfin sont mises en place des réunions d'informations des victimes et des familles pour permettre d'informer au mieux sur leur prétention en leur qualité de victime ainsi que de suivre les investigations concernant l'accident ou l'acte terroriste³⁵⁴.

Chapitre 2 : Le suivi administratif et juridique de la victime

L'identification voit reposer sur elle des enjeux majeurs notamment judiciaires mais elle permet aussi de prendre en charge la famille de la victime en la rassurant le cas échéant. Les autorités possèdent des désormais de nombreux atouts permettant un suivi du début à la fin de la prise en charge de la victime.

Une fois soignée, le parcours de la victime ne s'arrête pas pour autant. Débute alors pour elle une phase administrative et judiciaire lui permettant d'obtenir une compensation indemnitaire.

Section 1: L'identification comme enjeu majeur de suivi de la victime

§1: Les enjeux de l'identification des victimes

L'identification des personnes vivantes ou décédées relève du domaine de la médecine légale. Elle intervient lorsque le droit la questionne, lorsque le droit s'interroge sur la médecine³⁵⁵. Depuis une réforme de 2011³⁵⁶, les compétences médico-légales sont une mission des établissements publics de santé. Les établissements sièges tels que les CHU sont composés d'une unité médico-légale (UMJ) et un d'institut médico-légal (IML), ils sont donc les premiers concernés par le travail d'identification.

A/ Les enjeux judiciaires

Le principe même de l'identification est dans un premier temps d'identifier les victimes des terroristes. Cette identification est importante car elle est garante du bon déroulé

³⁵³ DAMIANI (C.), *L'organisation de la prise en charge globale des victimes des actes de terrorisme*, op.cit.

³⁵⁴ SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE L'AIDE AUX VICTIMES, *loc.cit.*

³⁵⁵ BOUVET (R.), *Identification des victimes et gestion des familles et des proches*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 257

³⁵⁶ Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

de la procédure pour engager la responsabilité des auteurs. Identifier permet de protéger les auteurs de l'acte de toute atteinte extérieure, de contact mais aussi de sécuriser le lieu. C'est une étape importante de l'enquête judiciaire puisqu'il faut faire attention à sécuriser les possibles preuves³⁵⁷.

Concernant les victimes, l'identification doit permettre de consolider la LUV. Rappelons que le parquet de Paris possède une compétence concurrente à celle des autres juridictions sur le territoire en ce qui concerne le recensement des victimes de terrorisme³⁵⁸. Cette liste unique des victimes recense les personnes décédées à la suite de l'acte terroriste, les personnes blessées ayant subi un dommage physique ou psychique directement lié à l'acte terroriste, ainsi que les personnes impliquées, c'est-à-dire qui se trouvaient sur le lieu des faits au moment de l'acte terroriste et qui, ayant été exposées au risque, ont présenté ultérieurement aux faits un dommage physique ou psychologique qui y est directement lié³⁵⁹.

L'établissement de la LUV est important pour l'autorité judiciaire puisqu'elle permet de matérialiser l'infraction par le biais des traces physiques et psychiques retrouvées sur les victimes. Il y a ici un intérêt pénal.

Si la personne est décédée, la LUV permet d'établir un permis d'inhumer qui est nécessaire pour établir un acte de décès. Cet aspect de la LUV concerne l'état-civil.

Enfin la LUV est la base sur laquelle le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) se fonde pour pourvoir aux frais d'obsèques, verser les provisions aux victimes ou ayants droit. La constitution de la LUV a donc aussi un intérêt indemnitaire.

Néanmoins suite aux attentats sur le territoire français et notamment à Paris, la LUV a évolué en liste partagée des victimes directes de l'acte terroriste³⁶⁰. Quelques changements par rapport à l'ancienne mais surtout une complexification puisqu'elle regroupe désormais plusieurs listes³⁶¹. Le Procureur doit maintenant en plus établir une liste des personnes décédées et une liste consolidée des victimes alors qu'auparavant elles étaient toutes regroupées.

³⁵⁷BOUVET (R.), *loc.cit.*

³⁵⁸Code de procédure pénale, article 706-16

³⁵⁹BOUVET (R.), *op.cit.* p. 266

³⁶⁰*Ibid.*

³⁶¹*Ibid.*

B/ Les enjeux extra-judiciaire

Dans cette partie il convient ici de voir l'apport de l'identification dans la prise en charge des victimes mais aussi de leur famille. Cette prise en charge ne peut se faire avant l'identification puisque c'est l'identification qui permet de faire reconnaître à la personne sa qualité de victime³⁶². La CIAV est un acteur important sur cet aspect puisque c'est elle qui centralise toutes les informations pour ensuite redescendre ces informations vers les différents services compétents pour s'assurer de la prise en charge des victimes. On l'a vu c'est le premier acteur de la gestion des familles et des proches.

Aussi l'identification intervient dans le cadre de la prise en charge de la victime par un établissement de santé. Bien sur l'absence d'identité ne fait pas obstacle à la dispensation de soins. Cependant cette absence d'identité peut être préjudiciable, premièrement pour la victime, si elle est inconsciente les médecins ne peuvent avoir aucune information sur des potentielles contre-indications médicales. Deuxièmement pour la continuité du parcours de soin qui peut être rompu ou même manquer de qualité du fait de l'utilisation de numéro à la place d'identité.

L'identification est à plusieurs titres un outil essentiel à la bonne gestion de la situation mais aussi et surtout à la prise en charge des patients.

§2: Les outils d'identification et de suivi sur le terrain

A/ SINUS

Lors d'un événement exceptionnel faisant beaucoup de victimes, l'identification et le dénombrement des personnes blessées non décédées sur le lieu de l'événement sont réalisés par le système SINUS (système d'identification numérique standardisé). Cela permet de référencer la victime avec un bracelet de couleur et un code barre. Ce code barre se retrouve aussi sur les documents liés à la victime. Les informations sont transmises en temps réel sur une base de données.

C'est un outil purement pré-hospitalier puisque les établissements de santé ne peuvent pas générer de numéro SINUS pour les victimes.

³⁶²*Ibid.* p. 267

B/ SIVIC

Les établissements de santé ne peuvent en effet générer de numéro SINUS car un outil leur est spécialement dédié. Il s'agit de l'outil intra hospitalier SIVIC. Cet outil permet de référencer les éléments d'identification recueillis à l'occasion de la prise en charge hospitalière et de les associer au numéro SINUS de la victime.

Ensuite l'ARS va établir une liste de victime depuis les informations entrées dans SIVIC. Cette liste concourt à l'élaboration de (l'ex) LUV mais est surtout un outil pratique de pilotage pour l'ARS puisque les informations dans SIVIC concernent l'état de santé de la personne et son type de structure d'hospitalisation.

Section 2: Le parcours de la victime en phase post-crise

§1: L'appréciation de la qualité de victime permettant l'indemnisation de la victime

La reconnaissance de la qualité de victime passe par l'identification. Cette reconnaissance est essentielle pour la victime car elle marque la première étape de sa prise en charge³⁶³.

Le droit français ne définit pas unanimement le terrorisme ce qui comme on l'a vu empêche une prise en compte dans le droit de la santé. Le droit français ne peut donc pas définir « une victime d'actes de terrorisme »³⁶⁴. Cette absence de définition connaît les mêmes causes que pour le terrorisme. Le silence de la loi est souvent mauvais car laisse à interprétation mais dans ce cas précis cela permet de ne pas exclure des personnes de la reconnaissance en tant que victime qui s'estiment néanmoins être une victime.

Les victimes d'actes de terrorisme sont indemnisées, une réparation intégrale des dommages corporels résultant des actes de terrorisme, indemnisation gérée par le FGTI.

Le droit de l'UE donne cependant une définition : « Toute personne physique ayant subi un préjudice, y compris une atteinte à son intégrité physique, mentale ou émotionnelle, ou une perte matérielle, dans la mesure où ce préjudice a été directement causé par une infraction terroriste »³⁶⁵.

³⁶³BOUVET (R.), *op.cit.* p. 265

³⁶⁴*Ibid.*

³⁶⁵Considérant 27 de la directive n° 2017/541 du Parlement européen et du Conseil du 15 mars 2017 (JOUE L 88/6 du 31 mars 2017 qui renvoie à l'art. 2 de la directive 2012/29/ UE du Parlement et du conseil du 25 oct. 2012.

Ici les ayants droit ne font pas parti des bénéficiaires contrairement au droit français qui en matière d'indemnisation les englobe³⁶⁶.

Il faut aller voir du côté de la doctrine pour avoir des éléments de réponses. La doctrine pénale et civile voit la victime comme une personne qui subit ou souffre d'autrui ou d'événements néfastes³⁶⁷.

Le droit administratif l'entend comme toute personne qui a vécu un dommage qui doit donc recevoir une indemnisation³⁶⁸.

Le point commun entre ces visions est l'existence d'un dommage et de préjudice lié³⁶⁹. C'est cela qui permet la distinction entre les victimes directes et indirectes. Cependant cette approche est remise en cause par les dommages causés du fait d'acte terroriste. En effet les actes sont spécifiques et peuvent créer des dommages physiques mais aussi psychiques et ceux pour des personnes qui ne sont pas nécessairement au-devant de la scène.

Deux visions sont utilisées pour reconnaître le statut de victime. Premièrement se focaliser sur le préjudice directement causé par l'acte terroriste, dans ce cas on identifie les victimes principales c'est-à-dire celles exposées à un risque vital et donc visées par l'acte.

Ou alors on se focalise sur les dommages causés par l'acte sans regarder si la personne est directement exposée ou non. Cette vision élargie logiquement le périmètre des victimes

A/ L'incidence de la spécificité des dommages sur la qualité de la victime

1/ La prise en compte de l'exposition directe à l'acte de terrorisme pour reconnaître la qualité de victime

L'exposition directe est essentielle puisque celle-ci repose sur le lien de causalité direct entre le dommage et son fait générateur.

Si la personne est exposée de manière directe, il est donc normal qu'elle obtienne la qualité de victime. C'est cette position qui est adoptée par les juridictions françaises lorsqu'elle est confrontée à une victime d'un acte terroriste³⁷⁰. Cette approche permet alors à la victime de

³⁶⁶ BOUVET (R.), *op.cit.*

³⁶⁷ ALT-MAES (F.), *Le concept de victime en droit civil et en droit pénal*, RSC 1994, p. 35

³⁶⁸ TRAVARD (J.), *La victime et la puissance publique, Réflexions sur l'évolution de la responsabilité administrative extracontractuelle*, Mare et Martin, Bibliothèque des thèses, septembre 2013, p. 23 s.

³⁶⁹ MUSCAT (H.), *La reconnaissance des différentes victimes et la spécificité des dommages*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 265

³⁷⁰ *Ibid.*

rechercher la responsabilité de l'Etat pour faute lourde dans l'organisation des services de police pour empêcher l'acte terroriste car dès lors qu'elle prouve que le préjudice subi est en lien direct avec l'acte, alors la responsabilité de l'Etat sera prouvée.

De cette logique découle la reconnaissance du FGTI qui indemnise les victimes selon « des cercles d'exposition » .

Pour les attentats de Paris et de Nice, ce sont ces zones matérialisées en zones géographiques qui ont permis d'accorder ou non la qualité de victime.

Cette vision du FGTI fait passer la nature du dommage au second plan pour faire primer la zone géographique, ce qui refuse naturellement la qualité de victime aux primo-intervenants³⁷¹. Mais aussi aux impliqués qui pourraient avoir de séquelles psychologiques, on peut facilement imaginer que sur l'attentat de Nice une personne relativement éloignée de la route de passage du camion a quand même réussi à voir la scène. C'est pour cette raison qu'en 2017 le Fonds de garantie a décidé de ne plus maintenir le préjudice exceptionnel spécifique des victimes de terrorisme, la logique étant de ne pas faire bénéficier de cette prise en charge les personnes qui n'étaient pas dans la trajectoire du camion.

2/ La prise en compte des dommages pour reconnaître la qualité de victime

Ici on prend en compte le dommage c'est la logique derrière la création de la LUV. Rappelons le, cette liste identifiait les victimes selon les dommages (décédées, blessés psychique ou physique). C'est la nature du dommage et ses circonstances qui constituent la victime par le fait de son décès ou du développement de troubles psys, alors que ses ayants droit étaient reconnus comme victimes indirectes. Même si aujourd'hui la LUV n'est plus et qu'elle est partagée, la catégorisation des victimes selon le dommage n'a pas bougé. Néanmoins le dommage ne garantit pas d'être reconnu comme une victime, en effet chaque acteur dispose de ses critères spécifiques. Par exemple l'assurance maladie exige que la victime ait la qualité de blessé ou d'impliqué au sens du code de la sécurité sociale et donc qu'elle ait été sur les lieux du dommage.

Une décision de la Cour de cassation du 8 février 2018 admet que le Fond de garantie puisse refuser d'indemniser une victime si elle considère que celle-ci ne devrait pas avoir ce statut³⁷².

³⁷¹*Ibid.*

³⁷² C. Cass. 2^o.civ, 8 Février 2018 (17-10.146)

Ce non accord sur le statut de victime mais aussi les organismes qui exigent certaines autres certitudes n'est pas bon pour la victime qui voit les conditions changer régulièrement et selon les attentats. Un cadre légal serait nécessaire. Un juge dédié à l'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme disposant d'une compétence nationale a été créé afin d'unifier le droit.

B/ L'incidence de la spécificité des dommages sur le droit à réparation

- **La réparation par indemnisation**

L'indemnisation par le fonds de garanties se fonde sur la nomenclature Dintilhac et qui peut être contestée surtout avec tous les actes terroristes subis ces dernières années³⁷³. Dans le cadre des dommages causés par un attentat, il existe des chefs de préjudice spécifiques. Telle est le cas du préjudice exceptionnel spécifique des victimes d'attentats qui est déconnecté de la gravité des séquelles, c'est une indemnisation exclusive au fait d'être une victime d'un acte terroriste pour les victimes directes mais aussi indirectes³⁷⁴. Ce chef de préjudice permet aussi de montrer la solidarité nationale à la victime mais aussi de prendre en compte les difficultés futures liées à l'expérience comme un syndrome post-traumatique. Ce qui pose problème car un préjudice ne peut être réparé deux fois, or le syndrome post-traumatique est déjà indemnisé.

Après l'attentat de Nice, le FDGTI a reconnu deux nouveaux préjudices à savoir le préjudice d'attente et d'angoisse de mort afin de reconnaître d'avantage l'expérience traumatisante de la victime. Cependant ces préjudices ne sont pas autonomes ce qui rend moins marquant leur spécificité³⁷⁵.

- **La réparation non pécuniaire**

Comme toute victime d'événement aussi marquant, la victime va souvent se renfermer sur elle-même et s'exclure petit à petit du monde et de toute forme de sociabilité. Cette réintégration dans « un groupe humain »³⁷⁶ est un enjeu important car il s'agit d'accompagner la victime dans son combat. L'indemnisation est certes indispensable pour dédommager

³⁷³ **BOUCHEZ (Y.) ; BOUANCHAUD (C.)**, *Attentat de Nice : la justice condamne le fonds de garantie à mieux indemniser la fille d'une victime*, Le Monde, Décembre 2018. https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/12/22/attentat-de-nice-la-justice-condamne-le-fonds-de-garantie-a-mieux-indemniser-la-fille-d-une-victime_5401345_1653578.html [site consulté le 16 Juillet 2019]

³⁷⁴ **MUSCAT (H.)**, *op.cit.* p. 267

³⁷⁵ *Ibid.*

³⁷⁶ **VEDRINNE (J.)**, *Evaluation d'un dommage psychique, la rencontre avec l'expert*, Stress et Trauma, 2009, p. 245 -249.

symboliquement la victime et surtout l'indemniser de ses frais liés aux dommages. Une victime peut être contrainte d'arrêter son travail car devenu impossible à faire suite aux dommages physiques. Mais l'indemnisation financière ne peut pas permettre à la victime d'aller mieux et de tout réparer.

C'est pourquoi il existe des réparations en nature comme par exemple l'accroissement de la prise en charge au titre de l'assurance maladie³⁷⁷. Cet élargissement des réparations possibles pour les victimes de terrorisme avec l'accent mis sur le suivi de celle-ci révèle la prise en compte des autorités pour la prise en charge psychologique de la victime. Mais il est vrai qu'il peut s'agir là d'une manière de contourner les lacunes de l'indemnisation en insistant sur la reconnaissance et la solidarité par la réception de la médaille nationale de reconnaissance aux victimes du terrorisme ou encore par la mention « victime de terrorisme » sur l'acte de décès.

§2 : Le parcours juridique de la victime

A/Phase post crise

I/ CLAV

Il existe différents moyens de s'assurer de la coordination des dispositifs de suivi de la victime. Au niveau national c'est le SGAV qui coordonne l'action. Lorsque cela concerne un événement spécifique comme un attentat terroriste alors c'est le comité local d'aide aux victimes (CLAV) qui veille sur la prise en charge adaptée aux victimes et notamment de l'indemnisation des victimes³⁷⁸. Il est présidé par le préfet et comprend tous les établissements publics qui sont concernés ou toute personnalité qualifiée dans le domaine de l'aide aux victimes³⁷⁹. Elle a plusieurs missions :

- *Veille à l'articulation du dispositif d'urgence
- *Identifie les locaux pour l'accueil des victimes
- *Assure la transmission des données relatives au suivi
- *Facilite la résolution des difficultés
- *Veille le cas échéant à la conclusion d'un accord cadre d'indemnisation amiable (favoriser la signature d'une telle convention est un enjeu majeur en cas d'accident collectif)

³⁷⁷Décret n° 2016-1 du 2 janv. 2016 relatif à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme par les organismes d'assurance maladie

³⁷⁸ Décret n° 2017-618 du 25 avril 2017 relatif aux comités locaux d'aide aux victimes

³⁷⁹SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE L'AIDE AUX VICTIMES, *La prise en charge des victimes d'accidents collectifs*, 2017.

Les CLAV remplacent les Comités Locaux de suivi des victimes dédiés aux victimes de terrorisme afin d'étendre le champ d'action à toutes les victimes de violence.

Chaque CLAV élabore son schéma local d'aide aux victimes cependant le dispositif est récent, très peu de CLAV et peu ont un schéma. Dans ce schéma elle doit prévoir la coordination avec les partenaires extérieurs comme les avocats, assurances ou encore les associations. Un annuaire de tous les acteurs compétents accompagne le schéma.

En pratique il est difficile de réunir une pluralité d'acteurs intervenants en matière de violence afin d'établir un schéma qui convient à tous.

2/ Assurances

Les assurances peuvent intervenir dès la phase d'urgence. Elles jouent un rôle important dans l'indemnisation des victimes. Si l'incident est à l'étranger alors l'assurance peut prendre en charge toute ou partie du rapatriement.

Il existe plusieurs garanties qui peuvent être mises en œuvre :

Défense : en cas de responsabilité totale ou partielle de l'assuré.

Recours : en cas de préjudice subi par l'assuré du fait d'un tiers.

Dommages : matériels (garanties dommages aux biens), corporels (contrats de personnes et versement d'indemnités à titre d'avances sur recours).

Protection juridique : en cas de préjudice non couvert au titre d'une garantie corporelle ou matérielle.

De plus il faut établir un accord cadre d'indemnisation qui permet de mettre en contact la victime, son avocat et l'assurance. L'accord cadre veille au respect des modalités d'intervention des assureurs permettant une indemnisation rapide.

3/ Avocats

Le procureur avec le bâtonnier de l'ordre des avocats définit l'ampleur de la mobilisation du barreau. Chaque victime dispose du libre choix des moyens aboutissant à son indemnisation et en particulier le libre choix de l'avocat qui dispose d'une liberté totale dans le choix des procédures et des moyens.

Si un contrat d'assurance prévoit la protection juridique alors le coût de l'assistance est pris en charge. Il est aussi possible d'obtenir une aide sur les honoraires des avocats ainsi qu'une aide juridictionnelle le cas échéant.

B/ Phase judiciaire

Suite à l'événement qui a causé de nombreuses victimes, les services de police judiciaire diligente une enquête de flagrance³⁸⁰ sous contrôle du procureur de la République. Elle peut ensuite continuer sous forme d'enquête préliminaire. Ce qui donne lieu à l'ouverture d'une information judiciaire par la saisine d'un magistrat ou juge anti-terroriste le cas échéant.

La spécificité des dossiers dans ce genre de situation vient de la particularité des faits et du nombre important de victimes qui peuvent être suivis par plusieurs associations de victimes agréées³⁸¹ afin de se constituer partie civile. Ce sont des associations de victimes qui sont des associations de défenses créées et animées par les victimes qui se constituent partie civile en leur nom. Suite aux attentats de Novembre 2015 l'adhésion à ces associations a été forte et leur soutien unanime contrairement aux attentats de Janvier 2015. Elles ont eu d'avantage de forcés pour mettre la pression aux institutions pour essayer de faire bouger les choses. Par exemple la FENVAC se porte systématiquement partie civile.

La difficulté est de maintenir informé tout le monde, le juge doit porter une attention toute particulière à la transmission des informations. C'est pour cela que sont réalisées des réunions de parties civiles tout au long de l'avancement du dossier qui sont accessibles aussi pour les victimes non constituées parties civiles.

L'organisation des procès est spécifique puisqu'ils ont souvent une connotation exceptionnelle vu le nombre de victimes. Ces ajustements touchent principalement la logistique.

Les familles auront, une fois sur place des réunions d'information afin de les informer de la préparation du procès. Ainsi elles ont un rôle à jouer puisque régulièrement des groupes de travaux de victimes sont créés afin de faire entendre la voix des victimes dans la préparation du procès est une étape importante dans leur vie.

³⁸⁰

³⁸¹ Code de procédure pénale, article 2-15.

Enfin les frais de déplacements des victimes sont pris en charge ainsi qu'une indemnité de séjour qui comprend le repas et la nuitée. Cependant c'est la victime qui doit avancer les frais (sauf demande d'acompte sur indemnité), ce qui peut être un frein au déplacement quand on sait qu'il y a potentiellement des victimes étrangères attendues au procès.

Conclusion

Au fil de l'étude, la question des enjeux de la mise en place du dispositif de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles a été abordée sous plusieurs angles.

Le premier volontairement très large cherchait à revenir aux fondamentaux en examinant ce qui permet la mise en place d'un cadre juridique d'exception et quels sont ses modalités. Redéfinir les grandes notions de droit comme l'ordre public, les pouvoirs de polices et surtout rappelé que le juge veille à une correcte mise en place des mesures. De ce cadre juridique, démontrait que la gestion de crise et plus particulièrement des SSE et un enjeu multidisciplinaire touchant nombre d'acteurs.

Le deuxième angle tâche de prouver que la gestion des SSE est un enjeu pour tout le système de santé et plus particulièrement l'établissement de santé qui a fort à faire dans le domaine de la planification. Planification qui est nombreuse (voir trop nombreuse) mais qui est l'outil avec le retour d'expérience indispensable afin de préparer ce même système de santé à la pire situation possible.

Le troisième ambitionne de faire comprendre l'appréhension que le droit de la santé peut avoir sur un sujet comme le terrorisme. Notion nouvelle pour un pan du droit relativement récent qui nécessite des approfondissements par la doctrine tant il y a de matière à traiter. L'éthique et le droit de la santé permettent d'avoir une autre vision des questions que soulèvent le terrorisme habituellement tant sur la question du secret médical que du rôle du soignant.

Enfin, le dernier angle aborder dans l'étude concerne la victime qui est évidemment au centre de toutes les préoccupations et qui est la véritable raison de toute la gestion des SSE. La prise en charge de la victime tend à se développer tant chez les professionnels du droit que chez les

professions plus médicales, indemnitaires ou assurantielles. Le parcours de la victime n'est pas facile mais doit être encadré tant il concentre d'enjeux importants.

Cet angle de vue global sur les enjeux de la mise en place du dispositif de réponse aux SSE concilie les nombreuses thématiques en gestion de SSE en reprenant et en élargissant le cycle que connaît cette thématique à savoir l'apparition du risque au retour d'expérience, en y ajoutant au commencement la mise en place d'un cadre juridique d'exception et se terminant au procès permettant une indemnisation ainsi qu'en permettant à la victime de clore ce chapitre ainsi que son suivi en tant que victime.

Bibliographie

I. Ouvrages généraux

- **Dictionnaires**

- **CABRILLAC (R.)**, Dictionnaire du vocabulaire juridique, LexisNexis, 2017, 578p.
- **CALLU (M.F) ; GIRER (M.) ; ROUSSET (G.)**, Dictionnaire de droit de la santé, LexisNexis, 2017, 417p.

- **Autres ouvrages généraux**

- **CABRILLAC (R.) ; FRISON-ROCHE (M-A.) ; REVET (T.)**, Libertés et droits fondamentaux, Dalloz, 17^e édition, 2011, 951p.
- **CARCASONNE (G.) ; GUILLAUME (M.)**, La Constitution introduite et commentée, Points, 12^e édition, 2014, 480p.
- **LONG (M.) ; WEIL (P.) ; DELVOLVE (P.) ; GENEVOIS (B.)**, Les grands arrêts de la jurisprudence administrative, Grands arrêts, Dalloz, 20^e édition, 2015, 996p.

- **Cours**

- Fiche orientation, Ordre public, Dalloz, Juin 2019.

II. Ouvrages spécialisés

- **LAGADEC (P.)**, *La gestion des crises, outils de réflexion à l'usage des décideurs*, Mars 1991, Ediscience, 326p.

III. Thèses et mémoires

- **GUICHARD-FRIOT (V.)**, **VIALLA (F.)** (dir.), *La place de la sécurité sanitaire dans le biodroit*. Thèse de droit public, Mai 2010, Université Bordeaux IV.
- **GROSIEUX (P.)**, **LECA(A.)** (dir.), *Principe de précaution et sécurité sanitaire*. Collection

- **MARRE (F.)**, *La préparation des établissements de santé à la gestion de crise : limites, enjeux et perspectives en lot et Garonne*, Mémoire, 2010, EHESP, IASS

IV. Articles, contributions, colloques

- **ALT-MAES (F.)**, *Le concept de victime en droit civil et droit pénal*, RSC, 1994, p. 35 – 50.
- **APOLLIS (B.)**, *La coordination des forces de l'ordre et des professionnels de santé : arrêter les auteurs des actes et/ou soigner les blessés ?*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 226 – 236.
- **ARAS (M.)**, *Le service des secours : service public ? Service au public ? Service d'ordre public ?*, RDSS, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 225
- **BARBARIN-COSTES (P.)**, *L'hôpital face à une situation sanitaire exceptionnelle à caractère biologique*, 2016/2017, 56p.
- **BORGETTO (M.)**, *Organisation des secours et territoire*, RDSS, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 195
- **BORGETTO (M.)**, *Terrorisme et droit de la santé*, RDSS, 2019, n° 2/2019, 30 Avril 2019, p. 197 – 199
- **BOURDON (P.)**, *La protection des établissements de santé contre les actes terroristes*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 208 – 216
- **BOUVET (R.)**, *Identification des victimes et gestion des familles et des proches*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 257 – 264
- **DAMIANI (C.)**, *L'organisation de la prise en charge globale des victimes des actes de terrorisme*, EDP Sciences, Perspectives psy 2017/2 Vol. 56, p. 153 - 159.
- **DAMIANI (C.)**, *Le soutien psychologique des victimes du terrorisme*, L'esprit du temps, Topique 2003/2 n°83, p. 173 – 185.
- **DEAN (J-M.)**, *L'articulation des pouvoirs entre le directeur d'hôpital et les autorités de tutelle face à l'acte terroriste*, RDSS, 2019, n° 2/2019, 30 Avril 2019, p. 216
- **FAVRO (K.)**, *La détermination du territoire des secours : entre droit dur et droit souple*, RDSS, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 207

- **FESSLER (J-M.)**, *La gestion de crise*, Gestions hospitalières, n° 439, octobre 2004, 620p.
- **IAUDO (A.)**, *La consécration juridictionnelle du droit d'être secouru*, RDSS, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 247
- **LAGREE (J.)**, *Éthique et terrorisme*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 245 – 248
- **LOCHAK (D.)**, *Pouvoirs exceptionnels et droits fondamentaux*, CRDF, n°6, 2007, p. 123-128
- **MOQUET-ANGER (M-L.)**, *Les aspects juridiques de la sélection des blessés et de la prise en charge des malades hospitalisés*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 249 – 256
- **MOREL SENATORE (A.)**, *Existe-t-il un droit fondamental au prompt secours ?*, RDSS, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 238
- **MUSCAT (H.)**, *La reconnaissance des différentes victimes et la spécificité des dommages*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 265 – 271
- **PAUVERT (B.)**, *LeCoTRRiM, instrument de la rénovation de la planification des risques*, RDSS, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 217
- **PAUVERT (B.)**, *La spécificité des actes de terrorisme par rapport aux crises sanitaires graves*, RDSS, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 199 -208
- **POIROT-MAZEREZ (I.)**, **THERON (S.)**, **LARRIEU (J.)**, *La crise sanitaire, curiosité ou paradigme*, p 161-178.
- **PRETOT (X.)**, *Secours à victime et aide médicale urgente : doctrine d'emploi et évolution du droit*, RDSS, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 197
- **PY (B.)**, *Réquisitoire contre l'expression de secret médical, plaidoyer pour l'expression de secret professionnel*, RDS, n°1, 2013 (V. numérique 2016), p. 161-166.
- **RUDETZKI (F.)**, *Victimes du terrorisme et médias*, L'esprit du temps, Topique 2003/2 n°83, p. 205 -2010.
- **RUDETZKI (F.)**, *La prise en charge des victimes du terrorisme*, Champ social, Victimologie et criminologie 2005, p 75 – 82.
- **SCHMID (A.)**, **JONGMAN (A.)**, *Political Terrorism: A New Guide To Actors, Authors, Concepts, Data Bases, Theories, And Literature*, Transaction Publishers, Piscataway, 1988, p. 1-2.

- **THERON (F.)**, *Le cadre juridique des situations de crise*, *LIREC*, n° 41, décembre 2013, p12 à 17.
- **TRAVARD (J.)**, *La victime et l'évolution de la responsabilité administrative extracontractuelle*, Mare et Martin, Bibliothèque des thèses, Septembre 2013, 892P.
- **TRUCHET (D.)**, *L'urgence sanitaire*, *RDSS*, 2007, n° 3, 14 Mai 2007, P. 411-
- **VALLIER (F.)**, *Les attentes du secours dans la société contemporaine*, *RDSS*, 2018, n°2/2018, 30 Avril 2018, p. 233
- **VEDRINNE (J.)**, *Evaluation d'un dommage psychique, la rencontre avec l'expert*, *Stress et Trauma*, 2009, p. 245 -249.
- **VIRIOT-BARRIAL (D.)**, *Secret médical et terrorisme*, *RDSS*, 2019, n°2/2019, 30 Avril 2019, p. 236 – 245

V. Colloques

- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *10 ans du Point focal national CORRUSS*, colloque international, 5 juillet 2017, Paris, 16p.
- **INHESJ**, *Colloque attentats : responsabilité juridique des primo-intervenants*, 2019.

VI. Jurisprudence

- CE 18 avril 1902, *Maire de Nérès-les-Bains*
- CE 28 juin 1918, *Heyriès*
- CE 28 févr. 1919, *Dames Dol et Laurent*.
- CE 28 mars 1947, *Sieur Crespin*.
- CE 21 déc. 1951, *Époux Grolleau*.
- CE, sect., 18 déc. 1959, *Sté « Les films Lutétia »*
- CE, ass., 27 oct. 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge*.
- Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé
- C. Cass. 2°.civ, 8 Février 2018 (17-10.146)
- CE, 5° et 6° chambres réunies, 18 juillet 2018, 411156

VII. Guides, plans, groupes de travail et rapports

- **ARS**, *Volet ORSAN MEDICO PSY*, 2019.
- **ASSEMBLEE NATIONALE**, *Rapport n° 3922 fait au nom de la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015*, Juillet 2016.
- **CIPDR**, Plan national de la prévention de la radicalisation, Février 2018.
www.gouvernement.fr [site consulté le 24 juillet 2019]
- **FGTI**, *L'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme*.
- **INERIS**, *Comment définir le risque ?*, 2019. <https://www.ineris.fr/fr/risques/est-risque/comment-definir-risque> [Site consulté le 5 Août 2019].
- **IVS**, *La veille et l'alerte sanitaires en France*, 2011.
- **LA COUR DES COMPTES**, *La prise en charge financière des victimes du terrorisme*, décembre 2018.
- **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES**, *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, 2014.
- **MINISTRE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Guide ORSEC départemental et zonal Mode d'action de secours à de nombreuses victimes dit « NOVI »*, 2019.
- **MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER, DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION**, *ORSEC départemental Plan Particulier d'Intervention Etablissements « SEVESO Seuil haut »*, tome S.12, 2010, 12p.
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, 222p.
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles*, 2018.
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Agressions collectives par armes de guerre*, 2019.

- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *L'établissement de santé en tension*, 2005.
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Retour d'expérience guide méthodologique, situations d'urgence sanitaire et exercices de simulation*, Avril 2019.
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire*, Mars 2007.
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *L'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences sanitaires (EPRUS)*.
- **PHILIPPE (J-M.)**, *Situations sanitaires exceptionnelles*, DGS, 12 janvier 2017.
- **SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE L'AIDE AUX VICTIMES**, *La prise en charge des victimes d'accidents collectifs*, 2017.

VIII. Textes normatifs

- **Constitution**
 - Constitution du 4 Octobre 1958
- **Lois**
 - Loi du 24 déc. 1943, assurance des sinistres résultant d'actes de sabotage ou de terrorisme (JO du 12 mars 1944, p. 753)
 - Loi n°55-385 du 3 Avril 1955 relative à l'état d'urgence (version consolidée du 10 juillet 2019)
 - Loi n° 86-1020 du 9 sept. 1986 relative à la lutte contre le terrorisme et aux atteintes à la sûreté de l'État (JO du 10, p. 10956)
 - Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V) - article L3131-7 du code de la santé publique
 - Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, JORF n° 55 du 6 mars 2007.
 - Loi n° 2008-174 du 25 févr. 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental,
 - loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 visant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale

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

- **Décrets**

- Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure
- Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, JORF n° 0077 du 1 Avril 2010 page 6277.
- Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médicopsychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Décret n° 2016-1 du 2 janv. 2016 relatif à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme par les organismes d'assurance maladie
- **Décret n° 2017-618 du 25 avril 2017 relatif aux comités locaux d'aide aux victimes**

- **Circulaires et instructions :**

- Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale
- Circulaire n° 5567/SG relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures, Janvier 2012.
- INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- INSTRUCTION N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Instruction interministérielle du 12 novembre 2015 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme
- Circulaire relative à la lutte contre le terrorisme – commission d'attentat(s) sur le territoire national, coordination de la réponse judiciaire, décembre 2015.
- 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
- Instruction interministérielle n ° 5853/SG du 13 Avril 2016 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

- INSTRUCTION n° SG/HFDS/2016/340 du 4 nov. 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé
- Directive n° 2017/541 du Parlement européen et du Conseil du 15 mars 2017 (JOUE L 88/6 du 31 mars 2017) qui renvoie à l'art. 2 de la directive 2012/29/ UE du Parlement et du conseil du 25 oct. 2012.
- INSTRUCTION N° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

- **Codes :**

- Code général des collectivités territoriales
- Code pénal
- Code de procédure pénale
- Code rural
- Code de la santé publique
- Code de la sécurité intérieure

IX. Articles en ligne

- **Boutaric (F.),***La méthode de l'évaluation des risques sanitaires en France : représentations, évolutions et lectures plurielles*, VertigO, La revue électronique en sciences de l'environnement, 2013, 13(1).
- **Rollet (V.),***Négocier l'accès à la santé au niveau mondial: Processus, concrétisation et défis de la diplomatie sanitaire mondiale*, Études internationales, 44(1), 2013, 109–130
- **Michalon(R),***Terrorisme et éthique médicale – une première approche, espace éthique*, 2017 (<http://www.espace-ethique.org/ressources/article/terrorisme-et-ethique-medicale-une-premiere-approche>) [site consulté le 29 juillet 2019]
- **DAMIANI (C.) ; SZEPIELAK(D.),***Le soutien psychologique des victimes en France*, Martin média, le journal des psychologues 2009/1 n0264, p. 31- 36.
- **BLIN (S.),***Valls aux adolescents : « Habituez-vous à vivre avec le terrorisme »*, Le Figaro, 23 janv. 2015
- **FRESNAIS (R.),***Le jour où le CHU de Caen a cru être la cible d'un acte terroriste*, Ouest-France, 2018. <https://www.ouest-france.fr/normandie/caen-14000/retro-2018-le-jour->

[ou-le-chu-de-caen-cru-etre-la-cible-d-un-acte-terroriste-6151238](#) [site consulté le 4 Août 2019].

- **TRANTHIMY (L.)**, *La sécurisation des établissements au milieu du gué*, Le quotidien du médecin, novembre 2017 <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/la-securisation-des-etablissements-au-milieu-du-gue> [site consulté le 17 Juillet 2019]
- **BIENVAULT (P.)**, *Soigner les terroristes, un devoir éthique*, La Croix, Novembre 2018. <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sciences-et-ethique/Soigner-terroristes-devoir-ethique-2018-11-06-1200981139> [site consulté le 10 Aout 2019]
- **PIQUET (C.)**, Des médecins nous racontent comment ils soignent les terroristes et les grands criminels, Le Figaro, Aout 2017. <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2017/08/08/01016-20170808ARTFIG00187-des-medecins-nous-racontent-comment-ils-soignent-les-terroristes-et-les-grands-criminels.php> [site consulté le 3 Aout 2019]
- **BOUCHEZ (Y.) ; BOUANCHAUD (C.)**, *Attentat de Nice : la justice condamne le fonds de garantie à mieux indemniser la fille d'une victime*, Le Monde, Décembre 2018. https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/12/22/attentat-de-nice-la-justice-condamne-le-fonds-de-garantie-a-mieux-indemniser-la-fille-d-une-victime_5401345_1653578.html [site consulté le 16 Juillet 2019]

Site officiel

- **GOUVERNEMENT**, *Risques, prévention des risques majeurs*, <https://www.gouvernement.fr/risques/le-processus-de-gestion-de-crise>; [consulté le 13 juillet 2019]
- **ARS**, La sécurisation des établissements de santé, février 2018, <https://www.ars.sante.fr/la-securisation-des-etablissements-de-sante> [site consulté le 17 juillet 2019]
- **CNOM**, Risque terroriste, Aout 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/risque-terroriste> [site consulté le 24 Juillet 2019]

Autres

- Dictionnaire Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> [site consulté le 5 Août 2019]

Table des matières

Remerciements	2
Table des abréviations	4
Introduction	8
Première partie : La notion de situation exceptionnelle et la constitution d'un cadre juridique pour une réponse adaptée.....	15
Titre 1 : Le cadre juridique et la gestion d'une situation exceptionnelle.....	16
Chapitre 1 : L'instauration d'un cadre juridique exceptionnel et son contrôle.....	17
L'instauration d'un cadre juridique d'exception ne peut se faire sans porter atteinte à l'ordre public. La réponse des autorités à la situation passe par la mise en œuvre de pouvoirs de police qui sont néanmoins contrôlés par le juge.....	17
Section 1 : Ordre public et pouvoirs de police	17
§1 La notion d'ordre public	17
A/ Définition de l'ordre public général.....	17
B/ Définition de l'ordre public spécial.....	18
§2 Les pouvoirs de police : outils de gestion de situations exceptionnelles.....	18
A/ Les pouvoirs de police administrative	18
1 / Définition de la police administrative (ou générale)	18
2/ Les acteurs de police administrative en période de crise	19
B/ Pouvoirs de police spéciale	20
1/ Les autorités détentrices de pouvoirs de police spéciale	20
2/ Des pouvoirs étendus nécessaires à la gestion de la situation	21
Section 2 : Le contrôle des pouvoirs étendus	22
§1 Le contrôle du juge en situation dictée par l'urgence.....	22
A/ Le contrôle des buts et des motifs.....	22
B/ Le contrôle de proportionnalité de la mesure.....	23

§ 2 Les situations exceptionnelles prévues par le cadre jurisprudentiel et constitutionnel	23
A/ La théorie des « circonstances exceptionnelles ».....	23
B/ Le cadre constitutionnel	24
1/ <i>L'état d'urgence</i>	25
2/ <i>L'état de siège</i>	25
3/ <i>L'article 16 de la Constitution</i>	26
Chapitre 2 : La gestion d'une situation exceptionnelle.....	26
Section 1 : La crise au sens général.....	26
§ 1 La notion de crise	26
A/ Définition de la notion de crise	26
B/ Une conception de plus en plus élargie.....	28
§ 2 La gestion de la crise	29
A/Le processus de gestion de crise	29
B/Les autorités compétentes en gestion de crise.....	30
1/ <i>Le niveau national</i>	30
2/ <i>Le niveau zonal</i>	32
3/ <i>Le niveau régional</i>	32
Section 2 : Le cas spécifique de la situation sanitaire exceptionnelle.....	33
§1 La notion de SSE	33
A/ Définition stricte des SSE	33
B/ L'appréciation du concept de SSE	34
§2 La réponse organisationnelle aux SSE	35
A/ Un système de réponses stratifiées.....	35
B/ L'évolution de la structuration hospitalière comme atout pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle	36

Titre 2 : L'organisation hospitalière face à une situation sanitaire exceptionnelle 37

Chapitre 1 : Les principes d'organisations d'un établissement de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle 38

Section 1 : La structure hospitalière et sa prise en compte des risques 38

§ 1 : L'appréciation de la situation géographique et des moyens de l'établissement de santé 38

A/ La prise en compte de l'environnement 38

1/ La zone proche hospitalière 38

2/ L'enceinte de l'établissement 39

B/ La prise en compte des moyens matériels et humains 40

§ 2 : La gestion de crise au sein de l'établissement de santé 41

A/ Les grands principes de gestion de crise 41

1/ Niveau 1 « plan de mobilisation interne » 42

2/ Niveau 2 « plan blanc » 42

B/ La cellule de crise hospitalière (CCH) 43

Section 2 : La réponse opérationnelle de l'établissement de santé à une situation sanitaire exceptionnelle 43

§ 1 : Préparation de la réponse au sein des établissements de santé 43

A/ Les étapes clés d'une préparation efficace 43

B/ Les capacités de réponses d'un établissement 45

1/ La mobilisation des moyens humains 45

2/ Libération des lits et déprogrammation d'activités 46

§ 2 : Le dispositif de réponse du système de santé en général 46

A/ Le plan ORSAN 46

B/ Le plan blanc 48

Chapitre 2 : Une préparation indispensable 49

Section 1 : La planification 49

§ 1 : Le cadre général de la planification 49

A/ Définition	49
B/ Le rôle central de l'ARS en matière de planification.....	50
§ 2 : La planification l'outil indispensable aux situations sanitaires exceptionnelles	51
A/ Les dispositifs de planification sanitaire	51
1/ <i>Le dispositif ORSAN</i>	51
2/ <i>Le plan de gestion des tensions hospitalières</i>	52
3/ <i>Le plan bleu</i>	52
4/ <i>Le plan de continuité d'activité (PCA)</i>	52
5/ <i>Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS)</i>	52
B/ Les dispositifs de sécurité civile.....	53
1/ <i>Le dispositif d'Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile (ORSEC)</i> .	53
2/ <i>Le plan particulier d'intervention (PPI) et plan d'opération interne (POI)</i> .	53
Section 2 : La prise en compte des expériences pour être plus efficace	54
§ 1 : Instaurer une réelle culture de crise : un enjeu hospitalier	54
A/ Préparer les moyens humains au pire.....	54
B/ L'intérêt des exercices.....	55
§ 2 : Un retour d'expérience indispensable	56
A/ Les principaux enjeux	56
B/ Les objectifs	57
Deuxième partie : L'appréciation de la notion de terrorisme par le droit de la santé et l'évolution de la prise en charge de la victime	59
Titre 1 : La confrontation du système de santé au terrorisme	60
Chapitre 1 : La position du droit de la santé face à la notion de terrorisme	61
Section 1: Droit de la santé et terrorisme	61
§1: L'approche nouvelle du terrorisme par le droit de la santé	61
A/ L'institution d'un droit relatif aux crises sanitaires graves.....	61
B/ L'inclusion du terrorisme dans le droit des crises sanitaires graves	62
§2 : La difficile prise en compte du terrorisme par le droit de la santé	63

A/ L'absence de définition unique	63
B/ Une notion trop plurielle pour être définie par le droit de la santé	64
Section 2: Les établissements de santé face au terrorisme.....	65
§1: Les actions menées par les établissements de santé	65
A/ Les mesures possibles pour les établissements de santé	65
1/ <i>Les mesures de prévention</i>	65
2/ <i>Les mesures palliatives</i>	67
B/ Des moyens difficiles à renforcer	68
1/ <i>Les limites de la prévention</i>	68
2/ <i>Les limites des mesures palliatives</i>	68
§ 2 : L'organisation entre les forces de l'ordre et les professionnels de santé	69
A/ L'organisation générale.....	69
B/ L'adaptation de cette coordination durant la crise	72
Chapitre 2 : Ethique et terrorisme	74
Section 1: La prise en compte du secret médical en cas de terrorisme	74
§1: Secret médical et terroriste	74
A/ La préservation encadrée du secret médical dans le contexte terroriste	74
B/ La remise en cause du secret médical dans le contexte terroriste	76
§2: La place de l'éthique en situation d'acte terroriste.....	77
A/ Le terrorisme face à l'éthique médicale.....	77
B/ Le soignant face au terroriste : entre « droit » et « mérite » aux soins	78
Section 2: Les aspects juridiques de la sélection blessés et la prise en charge des malades hospitalisés	80
§1: Les principes du service public, garants du droit à la protection de la santé.....	80
A/ L'application des principes du service public à l'ensemble des établissements de santé.....	80
B/ La gestion de la crise par la mise en œuvre des principes du service public	81
§2: La mise en œuvre circonstanciée des principes déontologiques	82

A/ L'égalité de traitement	82
B/ L'exigence de la priorisation comme choix éthique	83
Titre 2 : Le suivi de la victime en phase post-crise.....	84
Chapitre 1 : La prise en charge de la victime par le système de santé.....	85
Section 1 : Le parcours et la prise en charge de la victime	85
§ 1 : La prise en charge de la victime immédiatement après l'événement.....	85
A/ L'organisation de secours pré-hospitaliers et de l'aide médicale urgente	85
B/ L'organisation de la prise en charge hospitalière.....	86
§2: La prise en charge de victimes d'actes terroristes	87
A/ Le cadre légal et institutionnel de la prise en charge	87
B/ Zoom sur la prise en charge suite aux attentats de Paris.....	89
1/ Janvier 2015 « Charlie Hebdo »	89
2/ Novembre 2015 « Bataclan »	90
Section 2: La prise en charge psychologique, un enjeu de plus en plus important	91
§1:La prise en charge médico-psychologique	91
A/ L'organisation de la prise en charge médico-psy par l'ARS	91
B/ La CUMP	92
§2:Les moyens extérieurs mis en place pour l'accompagnement	92
A/ Les associations d'aide aux victimes complémentaire à l'organisation institutionnelle.....	92
B/ Rassurer la famille pour mieux prendre en charge les victimes.....	94
Chapitre 2 : Le suivi administratif et juridique de la victime	95
Section 1: L'identification comme enjeu majeur de suivi de la victime	95
§1: Les enjeux de l'identification des victimes	95
A/ Les enjeux judiciaires	95
B/ Les enjeux extra-judiciaire	97
§2: Les outils d'identification et de suivi sur le terrain	97
A/ SINUS	97

B/ SIVIC	98
Section 2: Le parcours de la victime en phase post-crise.....	98
§1: L'appréciation de la qualité de victime permettant l'indemnisation de la victime	98
A/ L'incidence de la spécificité des dommages sur la qualité de la victime	99
1/ <i>La prise en compte de l'exposition directe à l'acte de terrorisme pour reconnaître la qualité de victime</i>	99
2/ <i>La prise en compte des dommages pour reconnaître la qualité de victime</i> .	100
B/ L'incidence de la spécificité des dommages sur le droit à réparation.....	101
§2 : Le parcours juridique de la victime	102
A/Phase post crise	102
1/ <i>CLAV</i>	102
2/ <i>Assurances</i>	103
3/ <i>Avocats</i>	103
B/ Phase judiciaire	104
Conclusion	105
Bibliographie	107
Table des matières	116